

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE ET ADAPTATIONS CULTURELLES DE LA
THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE POUR TRAITER LE TROUBLE DE
STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES JEUNES RÉFUGIÉS

THÈSE PRÉSENTÉE
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
VALÉRIE LAFRANCE

13 MAI 2011

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Cette thèse doctorale a été réalisée grâce à une bourse de doctorat offerte par le Conseil de Recherches en Sciences Humaines du Canada (CRSH).

De plus, plusieurs personnes m'ont épaulée tout au long de mon parcours doctoral et m'ont aidée à le mener à bien. J'adresse de sincères remerciements à...

Lyse Turgeon et André Marchand, codirecteurs de thèse, pour la confiance que vous m'avez témoignée, pour vos judicieuses recommandations, ainsi que pour votre patience et vos encouragements dans les moments plus difficiles. Pierre Plante, enseignant, pour les commentaires constructifs au sujet de mon projet de thèse. Isabelle Daigneault, Sophie Gilbert et Réal Labelle, enseignants, pour votre précieuse contribution en tant que membres de jury.

Je tiens aussi à remercier chaleureusement mon conjoint, les membres de ma famille et mes grandes amies, pour vos encouragements, votre présence et votre appui inconditionnel tout au long de mes années de doctorat. David, Olivia, maman, papa, Dominique, Stéphane, Cathia, Marie-Eve, Sonia et plusieurs autres de mes proches, je n'y serais jamais arrivée sans vous.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES.....	vii
LISTE DES SYMBOLES.....	ix
RÉSUMÉ.....	x
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I	
JEUNES RÉFUGIÉS : SANTÉ MENTALE, TROUBLE DE STRESS POST- TRAUMATIQUE ET AUTRES CONSIDÉRATIONS.....	4
1.1 Qui sont les réfugiés et les demandeurs d’asile?.....	4
1.1.1 Définitions et statistiques démographiques.....	4
1.1.2 Expériences vécues et santé mentale.....	5
1.2 Jeunes réfugiés et TSPT.....	8
1.2.1 Qu’est-ce que le TSPT?.....	8
1.2.2 Validité du diagnostic de TSPT pour les personnes réfugiées.....	11
1.2.3 Répercussions du TSPT.....	12
1.2.4 Prévalence du TSPT chez les jeunes réfugiés.....	13
1.2.5 Évolution du trouble.....	16
1.2.6 Comorbidités	18
1.2.7 Facteurs de risque et de protection.....	19
1.3 Autres considérations importantes au sujet du traitement des jeunes réfugiés traumatisés.....	23
1.3.1 Barrières à l’engagement thérapeutique.....	23
1.3.2 Stress d’acculturation et « autres besoins » des jeunes réfugiés.....	24
1.4 Conclusions.....	25

CHAPITRE 2
LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DANS LE TRAITEMENT DU
TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES JEUNES RÉFUGIÉS... 27

2.1	Considérations théoriques au sujet de la TCC, des cultures et de la thérapie pour le TSPT.....	27
2.1.1	Qu'est-ce que la TCC?.....	27
2.1.2	Pourquoi s'intéresser à la TCC dans le traitement des jeunes réfugiés?....	28
2.1.3	Débats concernant la pertinence culturelle de la TCC.....	29
2.1.4	Modèle d'Ehlers et Clark (2000) pour le TSPT.....	31
2.1.5	Formes de TCC et d'approches analogues dans la littérature.....	34
2.2	Appui empirique de la TCC et des autres approches pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés	37
2.2.1	Objectifs et méthodologie.....	38
2.2.2	Résultats de la première recension.....	42
2.2.3	Résultats de la seconde recension.....	55
2.3	Discussion, recensions 1 et 2.....	80
2.4	Limites des études retenues et des recensions effectuées.....	81
2.5	Conclusions.....	85

CHAPITRE 3
ADAPTATIONS CULTURELLES, THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE
ET JEUNES RÉFUGIÉS TRAUMATISÉS..... 88

3.1	Pourquoi adapter les interventions psychothérapeutiques selon la culture?.....	88
3.1.1	La culture et ses manifestations en psychothérapie.....	89
3.1.2	Répercussions sur la psychothérapie.....	95
3.1.3	Hypothèse de compatibilité culturelle et hypothèse universaliste.....	96
3.2	Quand adapter les interventions psychothérapeutiques selon la culture?.....	98
3.3	Comment adapter les interventions psychothérapeutiques selon la culture?.....	102
3.3.1	Démarche d'adaptation culturelle des EBT.....	102
3.3.2	Étape 1 : Modèle théorique.....	105
3.3.3	Étape 2 : Choix d'un protocole.....	106

3.3.4	Étape 3 : Recenser la littérature scientifique pour identifier des adaptations potentielles.....	110
3.3.5	Étape 4 : Applications dans le traitement cognitivo-comportemental des jeunes réfugiés traumatisés.....	122
3.3.6	Conclusions et étapes subséquentes de la démarche d'adaptation.....	129
3.4	Considérations statistiques à propos d'éventuelles études d'efficacité.....	130
3.5	Retombées de la création d'un tel protocole.....	131
3.6	Conclusion partielle.....	132
	CONCLUSIONS, LIMITES ET PISTES DE RECHERCHES FUTURES.....	134
	APPENDICE A CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE.....	141
	APPENDICE B DÉMARCHES DE RECHERCHES DOCUMENTAIRES POUR LES RECENSIONS D'ÉCRITS SYSTÉMATIQUES PRÉSENTÉES AU CHAPITRE II.....	145
	APPENDICE C PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES AU CHAPITRE II.....	154
	APPENDICE D QUALITÉS ET BIAIS MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES AU CHAPITRE 2.....	175
	APPENDICE E LIGNES DIRECTRICES POUR TRAVAILLER AVEC DES INTERPRÈTES.....	185
	APPENDICE F AUTO-ÉVALUATION CULTURELLE.....	187
	RÉFÉRENCES.....	189

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

	Page
Tableau 1.1 Facteurs de risque et de protection pour le développement du TSPT chez les jeunes réfugiés.....	21
Figure 2.1 Modèle d'Ehlers et Clark.....	33
Tableau 2.1 Études d'efficacité exclues de la première recension et motifs d'exclusion	44
Tableau 2.2 Études d'efficacité exclues de la deuxième recension et motifs d'exclusion	56
Tableau A.1 Principales caractéristiques des études recensées au chapitre II.....	154
Tableau A.2 Qualités et biais méthodologiques des études recensées au chapitre II.....	176

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

AACAP	<i>American Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
APA	<i>American Psychiatric Association</i>
CBITS	<i>Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools</i>
CBT	<i>Cognitive Behavior Therapy</i>
CENTRAL	<i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>
CIM-10	Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, dixième révision
CPT	<i>Cognitive Processing Therapy</i>
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
EBT	Psychothérapies basées sur les évidences, ou psychothérapies basées sur les données probantes (<i>Evidence-Based Therapy</i>)
EMDR	Désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires (<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>)
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

KIDNET	Thérapie par exposition aux narratifs pour enfants (<i>Kid-friendly Narrative Exposure Therapy</i>)
NET	Thérapie par exposition aux narratifs (<i>Narrative Exposure Therapy</i>)
NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Ordre des Psychologues du Québec
PILOTS	<i>Published International Literature On Traumatic Stress</i>
PTSD	<i>Post-traumatic Stress Disorder</i> (trouble de stress post-traumatique)
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UNHCR	<i>United Nations High Commissioner for Refugees</i> (nom anglais du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés, ou HCR)
VIVO	Victim's Voice

LISTE DES SYMBOLES

<i>d</i>	taille d'effet (alpha de Cohen)
<i>Dx</i>	diagnostic
<i>ET</i>	écart-type
<i>IC</i>	intervalle de confiance
<i>M</i>	moyenne
<i>N, n</i>	taille échantillonnale
<i>n.p.</i>	non précisé
<i>ns</i>	non significatif
<i>p</i>	seuil de signification
<i>Sx</i>	symptômes
<i>TE</i>	taille d'effet

RÉSUMÉ

Les enfants et adolescents réfugiés constituent une population résiliente, mais à risque pour développer le trouble de stress post-traumatique (TSPT). Le TSPT nuit au fonctionnement, au développement et à l'intégration des jeunes réfugiés aux pays d'accueil. Il est important d'identifier des formes de traitement efficaces et recevables. Chez les jeunes non-réfugiés traumatisés, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) détient l'appui empirique le plus solide, donc il est pertinent d'explorer son efficacité auprès des jeunes réfugiés traumatisés.

Cette thèse vise à explorer la pertinence et la recevabilité de la TCC dans l'intervention auprès de jeunes réfugiés qui répondent aux critères diagnostiques du TSPT. Il s'agit d'une étude exploratoire effectuée sur la base de deux recensions systématiques d'une part, et d'une revue de littérature de l'autre.

En ce qui concerne les recensions systématiques, deux objectifs sont formulés : 1) recenser les études évaluant l'efficacité d'interventions psychothérapeutiques ciblant le TSPT chez les enfants et adolescents réfugiés, demandeurs d'asile et déplacés; 2) recenser les études évaluant l'efficacité d'interventions psychothérapeutiques ciblant le TSPT, destinées à des adultes réfugiés ou à de jeunes immigrants. La section suivante de la thèse offre un survol de la littérature scientifique portant sur les adaptations culturelles d'approches thérapeutiques appuyées par les données empiriques (*evidence-based therapy* ou EBT) afin d'explorer pourquoi, quand et comment modifier la TCC pour mieux répondre aux besoins des jeunes réfugiés traumatisés. Les recensions ont été effectuées par mots-clés sur des bases de données spécialisées et en consultant les listes de références des notices retenues.

Les études mesurant l'efficacité d'interventions offertes à de jeunes réfugiés traumatisés sont rares et comportent d'importants biais méthodologiques. Selon neuf études recensées, aucune approche ne détient un appui empirique solide. La KIDNET, une approche analogue à la TCC, fournit des résultats encourageants. Les études auprès d'adultes réfugiés et jeunes immigrants sont plus nombreuses et de meilleure qualité. Vingt-quatre études ont été recensées. La TCC et certaines approches analogues y reçoivent un appui empirique préliminaire. Les résultats portent à se questionner sur l'importance d'adapter culturellement les traitements. Face à des données empiriques insuffisantes, les recommandations de certains experts appuieraient l'initiative d'adapter culturellement la TCC pour traiter le TSPT chez les jeunes réfugiés. Une démarche parcimonieuse et méthodique est envisagée.

Des études d'efficacité empiriques et contrôlées additionnelles sont requises au sujet du traitement des jeunes réfugiés traumatisés, notamment sur la TCC. La nécessité d'adapter culturellement doit être étudiée davantage.

Mots clés : jeunes, réfugiés, trouble de stress post-traumatique, thérapie cognitivo-comportementale, adaptations culturelles

INTRODUCTION

Chaque année, des dizaines de milliers de personnes provenant de plusieurs pays à travers le monde demandent l'asile au Canada, fuyant des conditions de vie précaires comme la guerre ou la persécution politique. À leur arrivée au pays d'accueil, elles font habituellement face à un statut social incertain et doivent composer avec les multiples facteurs anxiogènes associés à l'intégration dans un nouveau pays. Ces expériences et circonstances rendent les demandeurs d'asile et les réfugiés plus à risque de développer des troubles de santé mentale, en particulier le trouble de stress post-traumatique (TSPT)¹, que les personnes non-réfugiés. Chez les enfants et les adolescents, qui constituent près du quart de tous les demandeurs d'asile et réfugiés au Canada, ce trouble entraîne une grande souffrance psychologique, interfère avec le fonctionnement quotidien et peut nuire au développement psychosocial et cognitif. Comme le TSPT a des répercussions importantes sur le fonctionnement, le développement et l'intégration au pays, il est essentiel de développer des interventions psychothérapeutiques appropriées et efficaces. En contrepartie, puisque la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) jouit d'un support empirique solide dans le traitement du TSPT chez les enfants, adolescents et adultes occidentaux², l'intérêt potentiel de cette approche dans le traitement des jeunes réfugiés traumatisés est évident. Cette thèse porte donc sur la TCC lorsqu'appliquée au traitement du TSPT chez les jeunes réfugiés. L'emphase sera surtout mise sur les enfants d'âge scolaire et les adolescents, groupes d'âge qui ont été davantage

¹ Bien que l'appellation « état de stress post-traumatique » ait remplacé « trouble de stress post-traumatique » dans la littérature scientifique depuis la publication de la dernière version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2003), l'appellation « trouble de stress post-traumatique » a néanmoins été employée dans cette thèse afin d'en simplifier la lecture.

² Dans cette thèse, le terme « occidental », qu'il soit employé comme nom ou adjectif, fait référence aux individus de civilisations européennes (habituellement de race blanche) de l'Amérique du Nord, de l'Australie, de l'Europe de l'Ouest et de la Nouvelle-Zélande.

ciblés par les études de traitement pour le TSPT (*National Institute for Clinical Excellence* [NICE], 2005). Il s'agit d'une étude basée sur deux recensions d'écrits systématiques et une revue de littérature non systématique, renfermant des publications empiriques et des recommandations d'experts.

Dans la littérature actuelle, la question du traitement des enfants et adolescents réfugiés traumatisés peut être envisagée sous deux angles différents. D'un côté, la littérature fait état d'un besoin important de services de santé mentale, d'un manque d'information au sujet de l'efficacité des services psychothérapeutiques dispensés à cette population et d'un intérêt potentiel pour les approches thérapeutiques appuyées par les données empiriques (*evidence based therapy* ou EBT) comme la TCC. D'un autre côté, la recevabilité culturelle des approches psychothérapeutiques dites occidentales, comme la TCC et les autres EBT, est contestée par certains. Lorsque ces approches sont néanmoins envisagées, des adaptations culturelles sont souvent recommandées et apportées de façon irrégulière aux protocoles d'intervention, donnant lieu à une grande hétérogénéité des services offerts. Ainsi, dans la littérature scientifique, l'efficacité et la recevabilité culturelle de la TCC pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés sont matière à débats. Pour cette raison, le but de cette thèse consiste à explorer la pertinence de la TCC en tant qu'approche d'intervention auprès de jeunes réfugiés traumatisés, en portant une attention particulière au thème de l'efficacité des diverses formes de traitement proposées dans la littérature scientifique, ainsi qu'aux adaptations culturelles d'EBT. L'intérêt pour ces questions est d'autant plus grand que dans l'état actuel des connaissances sur le traitement des enfants réfugiés traumatisés, il existe encore très peu de chevauchement entre la littérature sur l'efficacité thérapeutique des traitements et les adaptations culturelles à y apporter, malgré la complémentarité évidente de ces thèmes.

La thèse est divisée en trois chapitres. Le premier chapitre décrit la problématique des jeunes réfugiés qui justifie l'intérêt pour la question des services de santé mentale à leur offrir, en particulier les statistiques démographiques, les circonstances couramment vécues, la prévalence et les répercussions du TSPT, ainsi que d'autres considérations importantes pouvant avoir des répercussions sur les services à offrir. Le second chapitre porte sur la question de l'efficacité des approches de traitement employées auprès de jeunes réfugiés

traumatisés, avec deux recensions systématiques exhaustives des études d'efficacité de traitement. La première recension comprend, mais ne se limite pas, aux études où la TCC ou des approches analogues ont été employées. La seconde recension porte sur les études d'efficacité de traitements effectuées auprès de populations semblables aux jeunes réfugiés : adultes réfugiés traumatisés et jeunes migrants traumatisés. Enfin, le troisième chapitre concerne la question des adaptations culturelles à apporter à la TCC. Il est structuré selon trois questions principales : pourquoi, quand et comment adapter culturellement les EBT et la TCC ? Puis, l'adaptation d'un protocole de traitement existant y est envisagée sur la base des réponses apportées à ces questions. La thèse se conclut par un retour sur les points saillants des différents chapitres, une description des limites de l'étude ainsi qu'une discussion au sujet des implications pour l'évolution de ce domaine d'études.

CHAPITRE I

JEUNES RÉFUGIÉS : SANTÉ MENTALE, TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET AUTRES CONSIDÉRATIONS

Ce chapitre porte sur la situation des enfants et adolescents réfugiés, en particulier ceux qui ont été admis au Canada. L'information qu'il comporte vise à illustrer les besoins psychothérapeutiques des jeunes réfugiés et à souligner l'importance de s'intéresser à la question des services de santé mentale à leur offrir. Pour ce faire, un portrait de la population cible est d'abord présenté, y compris des définitions, des statistiques et une description des circonstances couramment vécues par les personnes réfugiées de tous âges. Les répercussions de ces circonstances sur la santé mentale sont abordées ensuite, notamment le développement du TSPT. Ce trouble est ensuite présenté en détail : critères diagnostiques, validité selon les cultures, prévalence chez les jeunes réfugiés, répercussions, évolution à travers le temps, facteurs de risque et de protection. Enfin, deux autres considérations importantes pour le travail auprès des jeunes réfugiés traumatisés, les questions de l'engagement et des autres besoins de cette clientèle, sont abordées.

1.1 Qui sont les réfugiés et les demandeurs d'asile ?

1.1.1 Définitions et statistiques démographiques

La définition officielle d'une personne réfugiée provient de la *Convention relative au statut des réfugiés de l'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés* aussi appelée *Convention de Genève* (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 1951). Selon cette dernière, un *réfugié* est « une personne qui, par crainte de persécution, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou ne veut réclamer la protection de ce pays ».

Lorsque cette personne réclame la protection d'un autre pays, elle devient un *demandeur d'asile* jusqu'à ce que le pays d'accueil rende une décision à propos de la demande et qu'elle devienne, ou non, un réfugié. Il est notable que les critères mentionnés dans la Convention de Genève excluent les personnes qui cherchent à fuir leur pays pour des raisons comme la pauvreté, la faim ou les problèmes de santé qui ne peuvent être soignés dans le pays d'origine. Malgré tout, le terme « réfugié » englobe des réalités très hétérogènes, allant des conditions de camps de réfugiés dans les pays en voie de développement à l'intégration sociale dans les pays industrialisés.

En matière de statistiques, à la fin de l'année 2007, le Haut Commissariat pour les réfugiés des Nations Unies (UNHCR, 2008a) estimait à plus de 12 millions de personnes le nombre de réfugiés et de demandeurs d'asile à travers le monde. De ce nombre, plus de 28 000 personnes ont demandé l'asile au Canada en 2007, provenant majoritairement du Mexique, d'Haïti, de la Colombie, de la Chine et du Sri Lanka. Près du quart de ces personnes sont des enfants et des adolescents (UNHCR, 2008a).

1.1.2 Expériences vécues et santé mentale

En terme d'expériences vécues, les circonstances qui inciteront des individus et des familles à quitter leurs communautés sont hors du commun et souvent qualifiées d'« extrêmes » ou de « catastrophiques ». Selon l'UNHCR, 35 % des personnes réfugiées ont été victimes de torture ou de violence psychologique grave (UNHCR, 2008b). Même des circonstances moins graves dans le pays d'origine, cependant, sont habituellement anxiogènes. Par ailleurs, les défis associés à la réinstallation dans un nouveau pays sollicitent les capacités d'adaptation et génèrent de l'anxiété chez plusieurs personnes ; ces défis sont fréquemment désignés par l'expression « stress d'acculturation » et leur impact sur la santé mentale et le processus d'intégration des réfugiés est démontré dans la littérature scientifique (Birman *et al.*, 2005; Ehntholt, Smith et Yule, 2005; Raval, 2005; Rousseau, 1995). Plus précisément, les événements et circonstances anxiogènes communément vécus par les personnes avant, durant et après qu'elles demandent l'asile dans un autre pays peuvent inclure la persécution, la guerre (en tant que combattant ou témoin), le meurtre de personnes proches, le lieu de

résidence changeant, les déplacements continuels pour éviter d'être repéré, l'emprisonnement ou la détention, la torture, la recherche ardue d'un domicile dans le pays d'accueil, la séparation d'avec des membres de la famille ou de la communauté, la pauvreté, l'exposition à une nouvelle culture, les restrictions légales et le racisme (Fantino et Colak, 2001; Hodes, 2000). Lorsque le pays d'accueil n'a pas rendu sa décision concernant la demande d'asile, à tout ceci peut s'ajouter l'anxiété associée au risque réel ou perçu de déportation (Bala, 2005; Hodes, 2000). Ainsi, l'expérience commune des personnes réfugiées comporte une multitude de circonstances anxiogènes dans leur pays d'origine, durant la migration et durant leur intégration dans le pays d'accueil.

L'impact de ces circonstances anxiogènes sur la santé mentale des réfugiés, les enfants et adolescents en particulier, a suscité l'intérêt de la part de la communauté scientifique. Des études de prévalence ont été effectuées dans plusieurs pays afin d'explorer les répercussions des « traumatismes de guerre » sur la santé mentale des jeunes réfugiés. À partir de ces études, les chercheurs ont formulé des conclusions principales. D'abord, à l'instar de la littérature à propos de jeunes non-réfugiés exposés à des événements potentiellement traumatiques, les chercheurs ont observé qu'une proportion considérable de jeunes réfugiés évalués ne présentait aucun problème de santé mentale. Dans la plupart des cas, la proportion de jeunes ne présentant pas de symptômes psychiatriques ou exprimant peu de détresse malgré la présence de certains symptômes constituait la majorité (Kinzie et Sack, 2002; Rousseau et Guzder, 2008; Sack, Him et Dickason, 1999). De telles données illustrent avec éloquence la grande résilience des jeunes réfugiés face à des circonstances anxiogènes importantes.

Toutefois, plusieurs chercheurs ont constaté que les jeunes réfugiés étaient malgré tout une population très susceptible de développer différents problèmes de santé mentale. Le trouble le plus étudié et dont la prévalence est fréquemment la plus élevée chez des personnes réfugiées de tous âges est le TSPT (Osterman et de Jong, 2007), avec des taux de prévalence pouvant varier entre 11 et 100% (Barwick, Beiser et Edwards, 2002; Birman *et al.*, 2005; Evans et Kaman-Lee, 1998; Woodcock, 2000; Yule *et al.*, 2000). Des précisions au sujet de la prévalence du TSPT seront présentées ultérieurement. La dépression est un second trouble très prévalent chez les personnes réfugiées et qui apparaît généralement en

comorbidité (Osterman et de Jong, 2007; Murray *et al.*, 2008). De façon plus générale, dans des échantillons de jeunes réfugiés, les taux de psychopathologies rapportés sont souvent considérablement plus élevés que dans les populations de jeunes non-réfugiés (Hodes, 2000; Kinzie *et al.*, 2006; Weine et Henderson, 2005). D'ailleurs, dans une étude québécoise effectuée auprès d'un échantillon de 203 adolescents réfugiés âgés de 13 à 19 ans et provenant de 35 pays, Tousignant et collègues (Tousignant *et al.*, 1999) ont évalué un taux de psychopathologie de 21 % excluant la phobie spécifique, comparativement à 11 % des adolescents québécois non-réfugiés. Plus précisément, ils ont observé des taux plus élevés d'anxiété généralisée, de dépression majeure et de troubles de comportements chez les jeunes réfugiés comparativement aux jeunes non-réfugiés. Au Royaume-Uni, Hodes (1998) mentionne différentes études de prévalence établissant que les taux de troubles mentaux graves chez les jeunes réfugiés varient entre 40 et 50 %. D'autres chercheurs ont rapporté des résultats similaires, incluant des prévalences élevées de TSPT, de dépression majeure et d'autres troubles anxieux chez les jeunes réfugiés (Derluyn, Mels et Broekaert, 2009; Ehnholt et Yule, 2006; Goldstein, Wampler et Wise, 1997; Hodes, 2000; Murray *et al.*, 2008). C'est pourquoi, malgré leur grande résilience, les jeunes réfugiés sont considérés une population « à risque ».

Au-delà des catégories diagnostiques proposées par la nosologie psychiatrique occidentale, la littérature sur les enfants réfugiés rapporte une vaste gamme de symptômes et réactions : anxiété, cauchemars récurrents, insomnie, énurésie secondaire, introversion, symptômes anxieux et dépressifs, difficultés scolaires, problèmes relationnels, problèmes comportementaux, anorexie, problèmes somatiques et comportements régressifs (Angel, Hjern et Ingleby, 2001; Birman *et al.*, 2005; Almqvist et Brandell-Frosberg, 1997; Goldstein, Wampler et Wise, 1997; Mollica *et al.*, 1997; Paardekooper, de Jong et Hermanns, 1999; Papageorgiou *et al.*, 2000; Rousseau, 1995). Le lien entre la présence de ces symptômes et l'exposition à des traumatismes avant la migration a été clairement démontré (Almqvist et Brandell-Frosberg, 1997; Howard et Hodes, 2000; Paardekooper *et al.*, 1999; Papageorgiou *et al.*, 2000; Lustig *et al.*, *Review of Child...*, 2004).

La prévalence élevée du TSPT chez les enfants et adolescents réfugiés, de même que le lien entre différents symptômes ou réactions problématiques et des événements prémigratoires qu'ils ont vécus, appuient l'importance de se pencher davantage sur ce trouble. Ainsi, la suite de la thèse porte sur le TSPT. Les sous-thèmes abordés incluent la description du trouble, sa validité culturelle, son évolution, les comorbidités fréquentes et les facteurs de risque et de protection.

1.2 Jeunes réfugiés et TSPT

1.2.1 Qu'est-ce que le TSPT?

Il s'agit d'un ensemble de réactions qui peuvent apparaître après qu'une personne ait vécu au moins une situation lors de laquelle sa vie ou son intégrité physique a été menacée, ou lors de laquelle la vie ou l'intégrité physique de quelqu'un d'autre a été menacée. Toutes sortes d'événements peuvent être potentiellement traumatiques, tels que les accidents de voiture, les conflits armés, les désastres naturels et les agressions sexuelles. De plus, la personne doit aussi avoir ressenti un sentiment intense de peur, d'horreur ou d'impuissance au moment de l'événement traumatique pour poser un diagnostic de TSPT.

Les réactions traumatiques se regroupent en trois grandes catégories : les symptômes de reviviscences (p. ex. : souvenirs répétitifs et intrusifs de l'événement, cauchemars), les symptômes d'évitement et d'émoussement de la réactivité générale (p. ex. : refus de parler de l'événement, sentiment d'être coupé de ses émotions) et les symptômes de suractivation neurovégétative (p. ex. : agitation, irritabilité, difficultés de concentration). Un certain nombre de symptômes appartenant à chacune des catégories doit être présent pour qu'un diagnostic puisse être établi. La liste complète des critères diagnostiques du TSPT, issue du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e version, texte révisé* (DSM-IV-TR) publié par l'Association Psychiatrique Américaine (*American Psychiatric Association* [APA], 2003), est présentée à la fin (Appendice A).

Ces réactions peuvent apparaître à tout âge, mais certains symptômes se manifestent différemment chez les jeunes. Par exemple, chez les enfants, il y aurait une surreprésentation des symptômes de reviviscence comparativement aux autres catégories de symptômes de TSPT. Moins nombreux, les symptômes d'évitement et d'émoussement de la réactivité générale seraient malgré tout plus fréquemment rapportés que les symptômes de réactivité physiologique, de sorte que le TSPT sous-clinique est plus fréquent que le TSPT clinique chez les jeunes de moins de 12 ans (Berthiaume, Bériault et Turgeon, 2006; Perrin, Smith et Yule, 2000). Certains auteurs rapportent également des différences dans le profil symptomatique en fonction du stade développemental atteint par le jeune. En effet, alors que le portrait clinique des adolescents traumatisés ressemble à celui des adultes en fonction de leur niveau de maturation, celui des enfants plus jeunes comporte quelques distinctions (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP], 1998). Par exemple, plutôt que de « revivre » l'événement sous forme de pensées ou d'images intrusives, les enfants d'âge préscolaire et scolaire auront tendance à reproduire ce qu'ils ont vécu sous forme de jeux répétitifs ou compulsifs, de dessins ou de verbalisations (Albano *et al.*, 1997; AACAP, 1998). Les enfants ont aussi tendance à réagir davantage par de l'agitation et de l'anxiété généralisée que les adolescents et les adultes. Ceci explique la présence de certaines réactions facilement observables par les parents : peurs diverses, irritabilité, accès de colère, difficultés d'attention et de concentration, problèmes liés au sommeil (Berthiaume, Bériault et Turgeon, 2006; Perrin, Smith et Yule, 2000). Par ailleurs, en bas âge, les capacités cognitives et verbales sont limitées. Comprendre et expliquer ce qu'ils ressentent peut donc être plus difficile pour les enfants d'âge scolaire et préscolaire. Les symptômes cognitifs sont d'ailleurs moins fréquents chez les jeunes d'âge préscolaire (AACAP, 1998; Scheeringa et Zeanah, 1995; Vernberg et Johnston, 2001).

Précisons que le TSPT peut découler d'un événement unique (type I), ou encore d'événements multiples ou répétés (type II ou « complexe ») (Terr, 1995). Certains experts sont d'avis que la description actuelle du TSPT ne reflète pas adéquatement les impacts associés aux traumatismes complexes. Les réactions typiquement associées au TSPT complexe incluent : les difficultés de régulation des affects et l'impulsivité, les altérations de l'attention et de la conscience, la somatisation, les altérations de la perception de soi, les

altérations dans la relation avec autrui, et les changements dans les systèmes de croyances (Cook *et al.*, 2007; Herman, 1992). La *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, dixième révision* (CIM-10; Organisation mondiale de la santé [OMS], 1992), une autre nomenclature des troubles de santé mentale employée à travers le monde, regroupe certaines de ces réactions sous le diagnostic distinct de *Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe*. Les critères associés à ce diagnostic incluent : une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de perte d'espoir, l'impression permanente d'être « sur la brèche » comme si on était constamment menacé, et un détachement. D'autres auteurs proposent la création d'un nouveau diagnostic, le Traumatisme développemental complexe (*Developmental Trauma Disorder* ; van der Kolk, 2005), pour décrire avec une précision accrue l'impact d'événements traumatiques multiples ou répétés sur le développement des enfants. Ces impacts engloberaient les réactions associées au TSPT complexe mentionnées précédemment, ainsi que des réactions additionnelles comme les modifications dans la régulation corporelle, l'apparition de plaintes somatiques variées (maux gastro-intestinaux, céphalées, etc.), la présence de comportements autodestructeurs et la perte du sentiment d'auto-efficacité.

À la connaissance de l'auteure, aucun chercheur n'a encore rapporté avoir évalué la présence de ce genre de réactions chez de jeunes réfugiés. L'utilité du concept de TSPT complexe dans le travail thérapeutique auprès de jeunes réfugiés n'est donc pas claire pour le moment (Grey et Young, 2008). Toutefois, il est reconnu que les jeunes et adultes réfugiés sont sujets à avoir été exposés à des événements traumatiques répétés ou multiples (Lewis et Ippen, 2004; Schauer, Neuner et Elbert, 2005). Ces notions peuvent avoir des répercussions sur les services thérapeutiques, notamment au niveau de l'évaluation et du traitement des personnes réfugiées qui ont vécu des événements traumatiques. Ces répercussions seront abordées brièvement au chapitre III.

1.2.2 Validité du diagnostic de TSPT pour les personnes réfugiées

La plupart des chercheurs s'entendent sur le fait que le TSPT peut se développer chez des personnes de toutes les cultures, dans tous les pays du monde (Sack, Secley et Clarke, 1997; Schauer, Neuner, Elbert, 2005; Ostermann et de Jong, 2007; Vickers, 2005; Yehuda, 2003). D'ailleurs, des cas d'adultes et d'enfants répondant aux critères diagnostiques du TSPT ont été recensés en Afghanistan (Mghir *et al.*, 1995), en Afrique du Sud (Straker et Moosa, 1988), en Arménie (Goenjian *et al.*, 1997; Najarian *et al.*, 2001), en Bosnie (Angel, Hjern et Ingleby, 2001; Weine *et al.*, 1995), au Cambodge (Kinzie et Sack, 2002; Mollica *et al.*, 1997), en Croatie (Ajdukovic et Ajdukovic, 1998; Živić, 1995), au Chili (Durkin, 1993), au Guatemala (Sabin *et al.*, 2003), au Tibet (Servan-Schreiber, Lin et Birmaher, 1998), au Koweït (Nader *et al.*, 1993), au Liban (Saigh *et al.*, 1999), en Palestine (Thabet et Vostanis, 1999) et au Vietnam (Hauff et Vaglum, 1994). Cette liste n'est pas exhaustive.

Malgré tout, certains auteurs ont questionné la validité du diagnostic de TSPT lorsqu'appliqué à des personnes de cultures non occidentales comme les réfugiés. Ces auteurs proposent que, bien que le trouble existe dans plusieurs cultures ou groupes ethniques, la valeur ou le sens qui sont attribués aux symptômes ne sont pas nécessairement les mêmes (Doherty, 1999; Miller, Kulkarni et Kushner, 2006). Par exemple, Nicholl et Thompson (2004) expliquent que dans certaines cultures, les rêves à propos d'une personne décédée sont perçus comme étant positifs et réconfortants. Ils ajoutent que dans certaines cultures, les symptômes d'intrusions et d'évitement peuvent être considérés comme des réactions « adaptatives » ou « normales ». D'autres auteurs suggèrent que les symptômes inclus dans la classification diagnostique du TSPT sont limitatifs et ne reflètent pas nécessairement tout le spectre des réactions traumatiques culturellement pertinentes (AACAP, 1998; Miller, Kulkarni et Kushner, 2006). Par exemple, Hinton et ses collègues (Hinton, Um, Ba, 2001a, 2001b; Hinton *et al.*, 2004) ont amplement documenté un sous-type d'attaques de panique qui accompagne souvent les symptômes de TSPT chez plusieurs réfugiés asiatiques. Ces attaques de panique seraient déclenchées par des interprétations catastrophiques culturellement spécifiques de réactions physiologiques associées à l'anxiété. Par exemple, les tensions musculo-squelettiques dans la région du cou et les étourdissements découleraient du *kyol goeu*, un « excès de vent dans le corps » pouvant entraîner la mort. Un autre exemple de

réaction traumatique culturellement pertinente concerne le symptôme libellé *calor*, une sensation de chaleur intense, prolongée et désagréable qui accompagne les réactions d'anxiété chez des personnes provenant de pays d'Amérique du Sud, comme le Salvador ou le Guatemala (AACAP, 1998; Miller, Kulkarni et Kushner, 2006)

Selon l'avis de plusieurs auteurs, le concept de TSPT demeure néanmoins utile et applicable à toutes les cultures. Cette position s'appuie entre autres sur des principes neurobiologiques universels selon lesquels, à l'étude d'images du cerveau obtenues par résonnance magnétique, des anomalies structurales et fonctionnelles seraient décelées de façon consistante chez des adultes souffrant de TSPT. Ces anomalies se situeraient au niveau des zones cérébrales impliquées dans la mémoire et la peur, et ce, nonobstant la culture des individus (Karl *et al.*, 2006; Kitayama *et al.*, 2005; citées dans Crumlish et O'Rourke, 2010).

Cela dit, certains auteurs proposent que les réactions traumatiques généralement associées au diagnostic de TSPT soient en grande partie universelles, mais que certaines réactions traumatiques culturellement spécifiques puissent s'ajouter au portrait clinique (Miller, Kulkarni et Kushner, 2006; Bolton, 2000). Ces différents points de vue mettent en relief l'importance d'effectuer une évaluation initiale adéquate, tenant compte non seulement de la présence des symptômes traumatiques « classiques », mais aussi de potentielles réactions traumatiques culturellement spécifiques (Miller, Kulkarni et Kushner, 2006). Il est également essentiel d'évaluer la détresse psychologique et l'interférence avec le fonctionnement quotidien associées aux différents symptômes traumatiques, puisque la perception des symptômes peut également varier d'une culture à l'autre (APA, 2000; Nicholl et Thompson, 2004). Précisons que ces précautions en lien avec l'évaluation psychologique ne sont pas spécifiques aux personnes réfugiées, mais qu'elles correspondent aux pratiques usuelles en psychologie.

1.2.3 Répercussions du TSPT

Au-delà des symptômes de TSPT et des autres difficultés associées aux événements traumatiques vécus avant la migration, il importe d'en comprendre les répercussions sur le

fonctionnement quotidien et le développement des jeunes réfugiés. Il a été démontré que plusieurs jeunes réfugiés parviennent à bien fonctionner malgré la présence des symptômes traumatiques décrits précédemment, et ce, même lorsque les réactions se maintiennent durant de nombreuses années (Mollica *et al.*, 1997; Sack *et al.*, 1995; Sack, Him et Dickason, 1999; Summerfield, 2000). Toutefois, pour un certain nombre d'autres jeunes réfugiés, le TSPT occasionne une grande détresse psychologique et interfère de façon importante avec le fonctionnement quotidien. La nuit, le repos et le sommeil sont atteints. Durant le jour, les pensées et souvenirs peuvent survenir à tout instant et interférer avec l'attention et la concentration. Des difficultés scolaires sont donc observables chez des enfants et adolescents réfugiés qui ont vécu des traumatismes dans leur pays d'origine, ce qui peut compromettre leur développement cognitif (Onyut *et al.*, 2004; Rousseau et Drapeau, 2000; Schauer, Neuner, Elbert, 2005; Vernberg et Johnston, 2001). Le TSPT interfère aussi au niveau du développement social et affectif des jeunes, par exemple lorsque l'irritabilité et l'évitement de certaines activités nuisent à leurs relations interpersonnelles (Albano *et al.*, 1997; Ahearn et Athey, 1991). Par le fait même, de telles difficultés cognitives et socioaffectives complexifient l'intégration des enfants et adolescents réfugiés dans les pays d'accueil (Fantino et Colak, 2001; UNHCR, 2008b). À plus long terme, la détresse pousse certains jeunes traumatisés à envisager le suicide (Giaconia *et al.*, 1995; Schauer, Neuner, Elbert, 2005; Yule, 1998).

1.2.4 Prévalence du TSPT chez les jeunes réfugiés

Les études visant à évaluer la prévalence du TSPT au sein de populations d'enfants et d'adolescents réfugiés à travers le monde rapportent des taux élevés, pouvant varier de 11 % à 100 % (Catani *et al.*, 2008; Ehntholt et Yule, 2006; Fazel, Wheeler et Danesh, 2005; Lustig *et al.*, *Review of Child...*, 2004; Servan-Schreiber, Lin et Birmaher, 1998).

Quelques études de prévalence ont été effectuées auprès d'échantillons d'enfants et d'adolescents réfugiés en intégration dans des pays occidentaux. Par exemple, dans l'une des études les plus fréquemment citées dans le domaine, Kinzie et ses collègues (Kinzie *et al.*, 1986) ont recruté 46 adolescents âgés de 14 à 20 ans, réfugiés aux États-Unis après avoir

survécu au régime Pol Pot (1975-1979). Avant de demander refuge, alors qu'ils étaient âgés de 6 à 12 ans, 40 de ces jeunes avaient été exposés à des camps de travail où « la terreur était constante, les exécutions brutales étaient routinières, le travail était insoutenable et la famine était la norme » (Draguns, 1996). Au moment de l'évaluation, quatre ans après leur arrivée dans le pays d'accueil, 20 (50 %) des 40 jeunes exposés à des événements traumatiques répondaient aux critères diagnostiques du TSPT selon le DSM-III-R (APA, 1987). De plus, les auteurs mentionnent que les jeunes répondant aux critères diagnostiques du TSPT ou de la dépression rapportaient des difficultés de fonctionnement modérées à graves. Pour leur part, Papageorgiou et collègues (Papageorgiou *et al.*, 2000) ont évalué l'état de santé mentale de 95 jeunes réfugiés bosniaques via un programme d'intervention psychosociale en Grèce. Les jeunes, âgés de 8 à 13 ans, avaient survécu à la guerre de Bosnie. Les données que les chercheurs ont obtenues à l'aide de questionnaires et d'entrevues cliniques suggèrent que 28 % de ces jeunes ($n = 27$) dépassaient le seuil de signification clinique pour le TSPT.

D'autres chercheurs ont plutôt évalué le taux de prévalence du TSPT chez de jeunes réfugiés réinstallés dans des conditions précaires, souvent en camps de réfugiés dans des pays en voie de développement. Par exemple, Servan-Schreiber, Lin et Birmaher (1998) ont recruté aléatoirement 61 jeunes tibétains réfugiés en Inde. Les jeunes étaient âgés de 8 à 17 ans. Ils étaient tous séparés de leurs parents, plusieurs depuis 18 mois ou plus, et avaient vécu ou été témoins d'événements traumatiques en lien avec la répression religieuse et politique du Tibet par le gouvernement chinois. Les auteurs rapportent que 11,5 % des jeunes réfugiés de l'échantillon répondaient aux critères diagnostiques du TSPT, avec 18 % additionnels qualifiés de « TSPT probables » sur la base d'observations cliniques.

Pour leur part, Thabet et collègues (Thabet, Abed et Vostanis, 2004) ont administré différents instruments de dépistage à 403 jeunes Palestiniens âgés de 9 à 15 ans, localisés dans quatre camps de réfugiés de la bande de Gaza. Les jeunes rapportaient avoir été exposés à des événements traumatiques liés à la guerre, soit directement ou indirectement (par les médias). Bien que les auteurs n'aient pas déterminé si les jeunes répondaient ou non aux critères diagnostiques du TSPT, ils ont spécifié que les réactions rapportées par les jeunes suggéraient la présence de symptômes de TSPT d'intensité légère dans 85 cas (21,1 %), des symptômes d'intensité modérée dans 212 cas (52,6 %), des symptômes d'intensité grave dans

91 cas (22,9 %) et des symptômes d'intensité très grave dans quatre cas (1 %). Les auteurs ont conclu que les jeunes vivant en zones de guerre présentaient un risque élevé de souffrir du TSPT.

De son côté, Khamis (2005) a constitué un échantillon de 1 000 jeunes palestiniens (jeunes de population normative et réfugiés) âgés de 12 à 16 ans, y compris 112 jeunes Palestiniens *déplacés internes*³ vivant en camps de réfugiés. Elle indique qu'une proportion importante de jeunes (54,7 %) avaient été exposés à des événements traumatiques « de grande magnitude », surtout des attaques par des soldats de l'armée israélienne (dans 49,4 % des cas). Au total, 34,1 % des jeunes de l'échantillon satisfaisaient aux critères du TSPT. L'auteure précise que ce taux était significativement plus élevé chez les jeunes Palestiniens établis dans des camps de réfugiés (50 %) que chez les jeunes vivant en milieux ruraux (33,2 %) ou urbains (31,5 %).

Enfin, Rothe, Castillo-Matos et Busquets (2002) ont évalué l'état de santé mentale de 74 adolescents réfugiés cubains (âgés de 13 à 19 ans) confinés à un camp de réfugiés à l'extérieur des États-Unis dans des conditions difficiles (promiscuité, barbelés, surveillance militaire, violence). Ayant entre autres recours à une entrevue clinique et un questionnaire autoadministré, ils ont observé que 95 % des jeunes rapportaient des symptômes de TSPT d'intensité très grave alors que les autres 5 % rapportaient des symptômes d'intensité grave. Les auteurs ont reconnu l'impossibilité de départager l'anxiété associée aux expériences prémigratoires de l'anxiété découlant des circonstances anxiogènes du camp de réfugiés. Ils ont conclu que les adolescents réfugiés exposés à des conditions migratoires traumatiques sont une population à haut risque de développer des troubles psychopathologiques comme le TSPT.

Ces études comportent des échantillons de tailles inégales et hétérogènes au niveau de l'âge et de l'appartenance ethnique des sujets, de la présence des parents, du degré

³ L'expression « déplacé interne » ou « personne déplacée à l'intérieur de son pays » fait référence à un réfugié qui a fui son domicile par crainte de persécution tout en demeurant à l'intérieur des frontières de son pays d'origine.

d'exposition aux événements traumatiques et du temps écoulé depuis la réinstallation. Aussi, les méthodes d'échantillonnage et d'évaluation employées par les chercheurs diffèrent. La grande variabilité entre les résultats peut certainement être expliquée par ces caractéristiques. Par ailleurs, certaines de ces études portaient sur des jeunes vivant encore dans des conditions précaires de camps de réfugiés, ce qui a certainement un impact sur la prévalence de TSPT rapportée. Or, même les études portant sur des jeunes réfugiés réinstallés dans des pays occidentaux comportent habituellement des « échantillons de convenance », pour reprendre l'expression d'Ostermann et de Jong (2007). Ces derniers précisent que, dans les pays occidentaux, les personnes recrutées à des fins d'études épidémiologiques sont habituellement des demandeurs d'asile ou des utilisateurs de ressources de santé mentale plutôt que des membres normatifs de la communauté de réfugiés réinstallés (tel que dans l'étude de Papageorgiou *et al.*, 2000). Osterman et de Jong précisent, à juste titre, que ceci peut avoir pour effet de présenter un portrait exagéré de l'état de santé mentale des personnes réfugiées réinstallées. Or, même la plus petite prévalence rapportée dans ces différentes études est plus élevée que celle observée dans des populations normatives de jeunes occidentaux, estimée entre 1,3 % et 6,3 % (Berthiaume, Bériault et Turgeon, 2006; Giaconia *et al.*, 1995). Ceci appuie l'importance de s'intéresser aux réactions post-traumatiques chez les jeunes réfugiés.

1.2.5 Évolution du trouble

Parmi les jeunes qui développent un TSPT, qu'il s'agisse ou non de jeunes réfugiés, une proportion non négligeable voit sa symptomatologie se maintenir sur une longue période de temps, voire même plusieurs années (Almqvist et Brandell-Forsberg, 1997; AACAP, 1998; Ehnholt, Smith et Yule, 2005; Yule, 2001). Les chercheurs qui ont étudié l'évolution du TSPT chez les jeunes réfugiés mentionnent effectivement des taux élevés de maintien à long terme, mais rapportent des données d'une grande variabilité.

D'abord, pour faire suite à leur étude décrite à la section précédente (Kinzie *et al.*, 1986), Kinzie et son équipe ont rapporté des données longitudinales à propos de l'état de santé psychologique de certains des jeunes participants de l'étude initiale (Kinzie *et al.*, 1989; Sack

et al., 1993; Sack, Him et Dickason, 1999). Trente des 40 adolescents et jeunes adultes cambodgiens réfugiés ayant participé à la première étude ont été réévalués trois années plus tard à l'aide des mêmes outils psychométriques. Vingt-sept d'entre eux rapportaient avoir vécu un ou plusieurs événements potentiellement traumatisants et, de ce nombre, 13 (48 %) répondaient aux critères du TSPT. Des chercheurs de la même équipe ont réévalué des jeunes de l'échantillon initial à deux autres moments, six et douze années après leur arrivée aux États-Unis (Sack *et al.*, 1993; Sack, Him et Dickason, 1999). La taille échantillonnale était de 31 participants dans les deux cas et la moyenne d'âge des participants était alors respectivement 23 et 27 ans. Les auteurs ont observé que le taux de prévalence de TSPT avait tendance à diminuer au fil du temps, avec 38 % ($n = 12$) après six ans et 35 % ($n = 11$) douze années après la migration. Il faut spécifier que le moment de survenue des symptômes de TSPT était très variable. Par exemple, chez 18 % ($n = 7$) des participants, le début des symptômes TSPT était survenu en différé, au moins cinq ans après la fin des hostilités du régime Pol Pot. À cet égard, bien que les auteurs n'en fassent pas mention, il est possible de postuler que certaines personnes aient été exposées à de nouveaux événements traumatiques au cours des nombreuses années du suivi longitudinal, ce qui aurait déclenché un TSPT. Un effet cumulatif des nombreux stressors vécus peut également avoir mené à l'apparition d'un TSPT en différé. Pour en revenir aux résultats, les auteurs rapportent également que le TSPT s'était maintenu pendant huit à douze ans pour une proportion importante de l'échantillon.

Pour leur part, Almqvist et Brandell-Forsberg (1997) ont évalué 50 jeunes Iraniens réfugiés en Suède, un an après leur arrivée au pays. Les jeunes, âgés de 4 à 8 ans, avaient fui l'Iran avec leurs parents en raison de la guerre et de la persécution politique. Les chercheurs rapportent que des 42 enfants exposés à des événements traumatiques en Iran, neuf répondaient aux critères diagnostiques du TSPT, ce qui correspond à 21 % des jeunes exposés ou 18 % de l'échantillon total. Deux années et demie plus tard, 39 des 50 jeunes de l'échantillon initial (alors âgés de 6 à 10 ans) ont pu être réévalués, dont 34 qui avaient été exposés à la violence organisée dans leur pays d'origine. Les chercheurs ont déterminé que sept jeunes répondaient aux critères du TSPT, y compris six des neuf cas rapportés lors de la première étude. Ce nombre représente 21 % des jeunes exposés, ou 18 % de tous les jeunes réévalués. Au-delà des proportions identiques de jeunes affectés, les auteurs ont constaté que

les symptômes s'étaient légèrement atténués chez l'ensemble des jeunes, mais que les jeunes les plus symptomatiques lors de la première étude étaient également les plus symptomatiques à la relance. Ces résultats démontrent que les réactions traumatiques et le TSPT peuvent se maintenir pendant plusieurs années, même lorsque les événements traumatiques sont survenus en bas âge.

Onyut et collègues (Onyut *et al.*, 2004) ont recueilli des données épidémiologiques sur le TSPT auprès d'un large échantillon d'adolescents et d'adultes Somaliens ($N = 561$) et Rwandais ($N = 912$) réfugiés en Ouganda. Bien que les auteurs fournissent peu de détails concernant les caractéristiques démographiques de leur échantillon (y compris la répartition des participants selon l'âge), ils rapportent avoir sélectionné les participants de façon aléatoire, avoir employé des questionnaires culturellement valides et avoir corroboré les diagnostics établis par des évaluateurs de la communauté par ceux établis par des chercheurs-cliniciens experts. Ils rapportent une prévalence de TSPT chronique de 31,1 % dans l'échantillon d'adolescents et d'adultes rwandais, et de 47 % dans l'échantillon somalien. Précisons qu'en moyenne, les événements traumatiques à l'origine des symptômes rapportés avaient eu lieu entre neuf et onze années avant l'évaluation.

Malgré les lacunes méthodologiques de ces études et les nombreuses différences entre les jeunes réfugiés évalués et la méthodologie employée, les travaux de ces chercheurs démontrent que le TSPT et les réactions traumatiques peuvent se maintenir pendant plusieurs années après la survenue des événements déclencheurs. Ces données vont dans le même sens que les publications au sujet de jeunes et d'adultes non-réfugiés (Bichescu *et al.*, 2007; Mollica *et al.*, 2001; Terr, 1983; Yule, 2001).

1.2.6 Comorbidités

Les problèmes de santé mentale et autres difficultés courantes chez les jeunes réfugiés sont présentés dans une section précédente. Parmi ces difficultés, ce sont les symptômes de dépression et d'autres troubles du spectre anxieux qui accompagnent le plus souvent le TSPT dans le portrait clinique des jeunes réfugiés (Fazel, Wheeler et Danesh, 2005; Hodes, 2000;

Murray *et al.*, 2008) Tousignant et collègues (1999) rapportent également un taux élevé de troubles des conduites.

Une précision concernant les symptômes dépressifs mérite mention. Osterman et de Jong (2007) mentionnent que les études peuvent varier au niveau de la séquelle la plus prévalente rapportée suite à un événement traumatique; il arrive que la prévalence de la dépression soit supérieure à la prévalence du TSPT. Toutefois, d'autres chercheurs ont observé que chez les personnes réfugiées, les symptômes post-traumatiques sont associés aux événements extrêmes vécus alors que les symptômes dépressifs découlent davantage des circonstances anxieuses récentes de la vie quotidienne, y compris les stressors liés à l'intégration dans le pays d'accueil (Başoğlu *et al.*, 2004; Grey et Yule, 2008; Layne *et al.*, 2001; Sack, Him et Dickason, 1999). Conséquemment, les symptômes dépressifs et traumatiques n'évoluent pas toujours de façon similaire, les symptômes dépressifs diminuant parfois plus rapidement après la période initiale d'instabilité liée à l'intégration au pays. Une évaluation psychologique rigoureuse doit donc comporter des questions pour évaluer la présence de ces symptômes fréquemment comorbides et leurs déclencheurs.

1.2.7 Facteurs de risque et de protection

Sur la base des nombreuses études de prévalence effectuées sur le thème du TSPT, certains facteurs ont été mis en évidence parce qu'ils augmentent ou diminuent le risque pour les jeunes réfugiés de développer le trouble. En fait, trois critères ont été identifiés comme étant les plus importants déterminants du niveau de la gravité du TSPT. À l'instar de la littérature portant sur des jeunes et des adultes non-réfugiés, le degré d'exposition (p. ex. : proximité physique) et la gravité de l'événement (p. ex. : avoir subi des blessures, décès d'un proche) ont été identifiés comme les deux variables les plus importantes pour déterminer la gravité du TSPT à travers le monde, quel que soit l'âge (Ostermann et de Jong, 2007; Ehntholt et Yule, 2006; Yule, 2001). Une autre variable d'une importance prédominante, identique à ce qui est observé chez les jeunes occidentaux, concerne le fonctionnement des parents (Berthiaume, Bériault et Turgeon, 2007; AACAP, 1998; Scheeringa et Gaensbauer, 2000). En effet, les jeunes réfugiés ont été démontrés plus à risque de développer des problèmes de santé mentale

lorsque leurs parents éprouvent eux-mêmes un niveau de détresse psychologique élevé, en particulier lorsqu'il s'agit de la mère (Mghir *et al.*, 1995; Qouta, Punamäki et El Sarraj, 2005; Smith *et al.*, 2001). D'autres auteurs ont rapporté l'effet protecteur de la cohésion familiale sur la santé mentale des jeunes (Rousseau, 1995). Plus précisément, Scheeringa et Gaensbauer (2000) ont identifié que les facteurs parentaux qui sont corrélés positivement avec des symptômes plus graves chez les jeunes réfugiés incluaient un nombre plus élevé de symptômes de TSPT chez les parents, des psychopathologies plus graves chez la mère, le fait pour les parents de nier les symptômes de leur enfant et les changements dans le fonctionnement familial. Enfin, toujours pour illustrer l'importance de la variable parentale dans le développement du TSPT, certains chercheurs se sont intéressés aux mineurs non accompagnés⁴. Des études évaluant la santé mentale de ces jeunes démontrent leur plus grande susceptibilité à développer le TSPT et d'autres problèmes de santé mentale, comparativement aux jeunes réfugiés accompagnés (Derluyn *et al.*, 2009; Jeppsson et Hjern, 2005; Kinzie *et al.*, 1986; Loughry et Flouri, 2001).

D'autres variables ont été étudiées en relation avec le développement du TSPT chez les enfants et adolescents réfugiés. Ehntholt et Yule (2006) résumant sous forme de tableau les principaux facteurs de risque et de protection dont l'impact a été évalué dans la littérature scientifique (*voir* Tableau 1.2). Ceux-ci peuvent se situer au niveau de l'événement traumatique, des caractéristiques personnelles du jeune, des variables familiales et des stressors postmigratoires.

Les facteurs de risque et de protection pour le TSPT sont similaires aux facteurs de risque et de protection qui affectent la santé mentale et l'adaptation des jeunes réfugiés dans leur nouveau pays. Par exemple, Lustig et collègues (2004) rapportent que le soutien social, le bien-être parental, l'identification à la culture d'origine, les croyances religieuses, la capacité des jeunes à acquérir la langue du pays d'accueil et l'employabilité du père, entre autres, font partie des variables pouvant influencer l'intégration des jeunes réfugiés dans le nouveau pays et leur tendance à développer des problèmes de santé mentale. La compréhension de l'impact

⁴ Jeunes qui se présentent au pays d'accueil seuls ou sans tuteurs légaux en vue de revendiquer le statut de réfugié.

Tableau 1.1
Facteurs de risque et de protection pour le développement du TSPT chez les jeunes réfugiés

	Facteurs de risque	Facteurs de protection
Reliés au traumatisme	<ul style="list-style-type: none"> • Exposition à des traumatismes de guerre <ul style="list-style-type: none"> - événements traumatiques multiples - gravité du traumatisme (p. ex. : mort violente d'un membre de la famille ou être témoin de quelqu'un se faisant blesser, torturer ou tuer) - perception du degré de menace personnelle - degré d'implication personnelle • Sort inconnu des personnes disparues 	
Caractéristiques individuelles	<ul style="list-style-type: none"> • Vulnérabilité préexistante <ul style="list-style-type: none"> - troubles comportementaux préalables - problème de santé chronique préalable 	<ul style="list-style-type: none"> • Disposition <ul style="list-style-type: none"> - bon tempérament - estime de soi positive - habileté à réagir à de nouvelles situations • Système de croyances <ul style="list-style-type: none"> - convictions idéologiques par rapport aux objectifs visés par son propre camp - croyances bouddhistes fortes
Famille	<ul style="list-style-type: none"> • Mauvaise santé mentale des parents <ul style="list-style-type: none"> - surtout la détresse maternelle - persécution politique et emprisonnement du père • Non accompagné par membres de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> • Rôle de la famille <ul style="list-style-type: none"> - cohésion - adaptabilité
Environnement post-migration	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien social faible • Stresseurs postmigratoires <ul style="list-style-type: none"> - processus de demande d'asile - négociation avec les autorités de l'immigration - statut de réfugié non résolu - difficultés financières - chômage - domicile inadéquat ou partagé - déplacements fréquents - difficultés langagières - isolement social - discrimination raciale - anxiété liée à l'adaptation à une nouvelle culture 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien social élevé

D'après : Ehnholt, Kimberly A, et William Yule. 2006. « Practitioner Review: Assessment and Treatment of Refugee Children and Adolescents who Have Experienced War-Related Trauma ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, no 12, p. 1197-1210.

de ces facteurs de risque et de protection est nécessaire à une évaluation adéquate et, par le fait même, à la planification et la mise en application d'une intervention psychothérapeutique efficace (American Psychological Association, 2003; Bala, 2005).

Le contenu des sections précédentes démontre que la prévalence élevée du TSPT chez les jeunes réfugiés, son risque de maintien à long terme et ses répercussions sur le développement et l'intégration de ces jeunes ont été bien documentés, en particulier au courant des quinze dernières années. Ces données illustrent le fait que plusieurs enfants réfugiés ont besoin de traitements et de services ciblant la problématique du TSPT. Or, quels services sont les plus appropriés selon les particularités et les besoins de cette population ? Au Canada comme dans plusieurs pays, il existe des ressources qui desservent spécifiquement les jeunes réfugiés. En l'absence de recommandations officielles pour orienter les interventions psychologiques, les intervenants ont fait preuve de créativité pour tenter de répondre aux besoins particuliers de cette population vulnérable. Il ne fait d'ailleurs aucun doute que des services thérapeutiques de très grande qualité ont été mis sur pied par ces ressources, mais peu de données empiriques ont été publiées au sujet de leur efficacité. En fait, aucune approche thérapeutique n'a encore reçu un appui empirique suffisamment solide dans le traitement du TSPT chez les enfants et adolescents réfugiés pour être qualifiée de psychothérapie basée sur les évidences, ou psychothérapie basée sur les données probantes (« evidence based therapy » ou EBT) (Birman *et al.*, 2005).

Actuellement, l'approche cognitivo-comportementale détient l'appui empirique le plus solide dans le traitement du TSPT, mais cet appui empirique provient en large partie d'études effectuées auprès d'échantillons occidentaux (Muroff, 2007; Murray *et al.*, 2008). Cet appui empirique a toutefois suscité l'intérêt de plusieurs cliniciens et chercheurs, qui ont entrepris d'explorer la possibilité d'utiliser la TCC dans le traitement de jeunes appartenant à des minorités ethniques, y compris les jeunes réfugiés qui présentent des réactions post-traumatiques. Or, la question des traitements appropriés ne fait pas uniquement référence à l'efficacité des interventions ciblant le TSPT; deux autres considérations importantes abordées dans la littérature concernent les barrières à l'engagement thérapeutique et les besoins de cette clientèle qui ne sont pas de l'ordre de la santé mentale (Birman *et al.*, 2005; Howard et Hodes, 2000; Ingleby, 2005; Winter et Young, 1998).

1.3 Autres considérations importantes au sujet du traitement des jeunes réfugiés traumatisés

1.3.1 Barrières à l'engagement thérapeutique

Birman et collègues (2005) expliquent que malgré les preuves démontrant leurs besoins de traitement, il est peu probable que les jeunes réfugiés en processus d'intégration dans un nouveau pays bénéficient de services de santé mentale parce qu'ils les utilisent rarement. Ce phénomène de faible engagement dans les ressources disponibles ne se limite pas aux jeunes réfugiés, mais touche particulièrement les enfants, adolescents et adultes appartenant à la plupart des minorités culturelles. En effet, dans une étude pionnière sur la question, Sue et collègues (Sue *et al.*, 1991) ont observé qu'à Los Angeles, les Américains d'origines asiatique et mexicaine sous-utilisaient les ressources de santé mentale comparativement aux Blancs. Ils ont aussi rapporté que, proportionnellement à leur nombre dans la population, les Afro-Américains y avaient davantage recours que les Américains blancs, bien qu'ils avaient tendance à moins en bénéficier que des personnes blanches ou provenant d'autres regroupements culturels. Les auteurs n'étaient pas en mesure de proposer des explications à ces divergences au moment de l'étude, mais mettaient en garde contre la généralisation des résultats à l'ensemble des groupes culturels. Depuis la publication de cette étude, plusieurs autres chercheurs ont observé qu'en comparaison aux Blancs, en présence de besoins et de ressources financières similaires, les personnes appartenant à des minorités ethniques avaient tendance à moins recourir aux services de santé mentale disponibles, à consulter en psychothérapie seulement en cas de problématiques graves et à abandonner le traitement prématurément (Griner et Smith, 2006; Interian et Díaz-Martinez, 2007; Persson et Rousseau, 2009). L'utilisation des services de santé mentale par les personnes réfugiées, y compris les jeunes, est moins bien documentée. Mais, des experts semblent faire consensus que ce phénomène s'applique bel et bien à ces populations également (Birman *et al.*, 2005; Persson et Rousseau, 2009).

Parmi les hypothèses formulées pour expliquer la sous-utilisation des services de santé mentale par les personnes de minorités ethniques, certains proposent que les cultures diffèrent selon leur perception de la psychothérapie comme étant une forme d'aide crédible et acceptable (Griner et Smith, 2006; Hays, 2008; Lau, 2006). Ainsi, selon cette hypothèse, il

est possible que les parents réfugiés aient peu confiance envers les services psychologiques, ou encore qu'ils jugent inacceptable de se tourner vers une personne extérieure à la famille pour discuter d'un problème chez leur enfant (McCabe *et al.*, 2005). Une autre hypothèse concerne l'accessibilité des ressources, ce qui fait référence à leur emplacement géographique, mais aussi à leur visibilité et aux moyens mis en place pour répondre aux contraintes de la clientèle cible (p. ex. : heures d'ouverture flexibles, faibles coûts, etc.). D'ailleurs, Winter et Young (1998) décrivent que les personnes réfugiées peuvent entre autres s'avérer insuffisamment familières avec le processus de référence vers les ressources, être peu informées concernant les services de santé mentale offerts et leur emplacement, maîtriser insuffisamment la langue d'usage pour accéder aux services, avoir peur ou souhaiter être desservies par une ressource qui fait preuve d'une bonne connaissance et d'un respect de leurs cultures et traditions. En ce sens, étant nouvellement arrivés au pays, il est probable que les parents de jeunes réfugiés en détresse ne sachent pas comment fonctionne le système de santé, ni quelles ressources existent. Il se peut également qu'ils ne soient pas familiarisés avec le concept de psychothérapie, les rendant peu enclins à rechercher cette forme d'aide ou à l'accepter lorsqu'elle leur est offerte. Ces quelques exemples suggèrent qu'au-delà de la préoccupation pour l'efficacité des services psychologiques, des mesures pour faciliter l'engagement des jeunes réfugiés et leur famille dans le traitement peuvent être requises.

1.3.2 Stress d'acculturation et « autres besoins » des jeunes réfugiés

Selon certains experts, l'importance accordée à l'étude du TSPT auprès des personnes réfugiées a pris une ampleur telle dans la littérature scientifique que d'autres facettes importantes de l'expérience de refuge, y compris des besoins à combler qui ne sont pas de l'ordre de la santé mentale, ont été négligées (Englund, 1998; Ingleby, 2005; Miller, Kulkarni et Kushner, 2006). Ces besoins peuvent se situer à différents niveaux : soins médicaux, services juridiques, aide à la recherche d'emploi, recherche de logement, etc. Les « autres besoins » fréquents chez les jeunes réfugiés peuvent porter sur l'intégration au milieu scolaire, les difficultés langagières et académiques, l'expérience de racisme ou de discrimination et les répercussions liées aux difficultés d'intégrations de leurs parents

(difficultés à se trouver un emploi, lieu de résidence inadéquat, précarité financière, etc.). En fait, le concept de « stress d'acculturation » est souvent employé en référence aux circonstances anxiogènes liées à l'intégration au pays (Birman et al., 2005). L'impact du stress d'acculturation sur la santé mentale des personnes réfugiées est bien connu. Aussi, la plupart des auteurs concèdent l'importance de tenir compte des facteurs anxiogènes en thérapie, afin d'éviter que ceux-ci nuisent au cheminement thérapeutique. Certains sont d'avis que le succès même d'une intervention ciblant les symptômes post-traumatiques dépend du fait que le thérapeute aborde aussi ces besoins en cours de suivi (Bala, 2005; Birman et al., 2005). À l'instar des obstacles à l'engagement thérapeutique abordés précédemment, tout thérapeute oeuvrant auprès des jeunes réfugiés traumatisés doit envisager la présence de ces sources d'anxiété additionnelles.

1.4 Conclusions

En conclusion, les jeunes réfugiés constituent une population vulnérable de laquelle les professionnels de la santé mentale doivent se préoccuper. Des événements traumatiques parfois répétés dans leur pays d'origine, les nombreux deuils associés à la migration d'un pays qu'ils ne reverront peut-être jamais et les multiples facteurs anxiogènes associés à l'intégration dans un nouveau pays sollicitent les capacités d'adaptation de ces jeunes. Sans nier la grande résilience de la plupart des jeunes réfugiés, la vulnérabilité plus grande de cette population à développer des psychopathologies est bien documentée. Entre autres, la prévalence élevée du TSPT et les répercussions de ce trouble sur les jeunes réfugiés qui le développent ont été amplement démontrées dans la littérature.

Les grands besoins de services de santé mentale appropriés et efficaces sont bien documentés. Sur cette base, il n'est donc pas surprenant de constater que plusieurs auteurs et chercheurs se sont interrogés sur l'applicabilité des approches psychothérapeutiques démontrées efficaces empiriquement en Occident pour répondre aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents réfugiés traumatisés. L'une de ces approches, la TCC, revêt un intérêt particulier, puisqu'elle détient l'appui empirique le plus robuste en Occident dans le traitement d'enfants non-réfugiés souffrant du TSPT (AACAP, 1998; Foa, Keane et

Friedman, 2004; NICE, 2005). De plus, la TCC constitue l'approche endossée par une majorité de psychologues aux États-Unis et au Canada (Hays, 2008; Ordre des psychologues du Québec [OPQ], communication personnelle, 2009). Il est donc concevable que la mise sur pied d'un protocole d'intervention issu de cette approche puisse faciliter la diffusion des connaissances au sujet du traitement des jeunes réfugiés traumatisés et, ainsi, augmenter l'accessibilité des services qui leur sont destinés. La suite de cette thèse porte sur le traitement psychothérapeutique des enfants et adolescents réfugiés qui répondent aux critères diagnostiques du TSPT, y compris par la TCC. Les questions d'efficacité et de recevabilité seront abordées, de même que des considérations liées à l'engagement, à l'importance de tenir compte des autres besoins et autres aspects de l'adaptation culturelle des interventions dispensées aux jeunes de minorités culturelles comme les jeunes réfugiés traumatisés.

CHAPITRE II

LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DANS LE TRAITEMENT DU TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE CHEZ LES JEUNES RÉFUGIÉS

Ce chapitre comporte une recension systématique et exhaustive de la littérature scientifique à propos de l'efficacité des interventions destinées à traiter le TSPT chez les jeunes réfugiés. Ceci inclut, mais ne se limite pas à la TCC et aux approches analogues à la TCC. Comme il s'agit d'un domaine en émergence et compte tenu de la rareté des publications, les études d'efficacité effectuées auprès de populations similaires aux jeunes réfugiés sont aussi recensées systématiquement et présentées. Ceci inclut les études portant sur le traitement d'adultes réfugiés traumatisés et de jeunes immigrants traumatisés. Le chapitre commence par une présentation de la TCC et une exploration de l'appui théorique de cette approche pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés. Puis, deux recensions d'écrits systématiques et exhaustives sont présentées, l'une sur le traitement du TSPT auprès des jeunes réfugiés, l'autre sur le traitement du TSPT auprès d'adultes réfugiés et de jeunes migrants. Les résultats de ces deux recensions sont ensuite présentés et analysés par approche de traitement. Par la suite, les rapprochements entre les jeunes réfugiés, les adultes réfugiés et les jeunes immigrants sont explorés. Les résultats sont interprétés avec une emphase particulière sur la TCC.

2.1 Considérations théoriques au sujet de la TCC, des cultures et de la thérapie pour le TSPT

2.1.1 Qu'est-ce que la TCC?

Les thérapies cognitives et comportementales, communément désignées par l'expression « la TCC », englobent des approches où les thérapeutes s'intéressent à l'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie. Ces thérapeutes ont donc recours à une

méthodologie expérimentale afin de comprendre et modifier les troubles psychologiques qui perturbent la vie d'une personne (Cottraux, 2004). Faisant référence aux modèles issus des théories de l'apprentissage (conditionnement classique et opérant, théorie de l'apprentissage social) et aux modèles cognitifs fondés sur l'étude du traitement de l'information, les psychologues d'approche TCC utilisent des techniques thérapeutiques qui interviennent au niveau des comportements, des cognitions et des émotions. Ces trois dimensions sont considérées interreliées, de sorte qu'il est présumé qu'une intervention visant une seule de ces dimensions aura néanmoins des répercussions sur les deux autres. Précisons aussi que la TCC s'appuie sur une conception environnementaliste; le milieu est perçu comme pouvant contribuer à façonner les réactions d'une personne, bien que certains aspects de la relation entre une personne et son milieu puissent habituellement être améliorés (Chaloult, 2008; Cottraux, 2004).

2.1.2 Pourquoi s'intéresser à la TCC dans le traitement des jeunes réfugiés?

L'accent mis sur la TCC dans cette thèse ne remet nullement en question l'intérêt ou l'efficacité potentielle de certaines autres approches thérapeutiques. Entre autres, des chercheurs ont également employé la Désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (*Eye movement desensitization and reprocessing* ou EMDR) et certaines approches créatives (art thérapie, thérapie par la danse ou par le jeu, etc.) auprès de jeunes réfugiés qui auraient été bien reçus, selon les auteurs (Almqvist et Broberg, 1997; Harris, 2007; Lustig et Tennakoon, 2008; Oras, de Ezpeleta et Ahmad, 2004; Rousseau et Heush, 2000). Quelques études ne portant pas sur la TCC ou sur des approches thérapeutiques analogues à la TCC seront d'ailleurs décrites ultérieurement.

Or, la TCC revêt un intérêt particulier. D'abord, l'efficacité thérapeutique de cette approche n'est plus à démontrer dans le traitement psychologique du TSPT chez les enfants, adolescents et adultes occidentaux (Amaya-Jackson *et al.*, 2003; Cohen, Berliner et March, 2000; Foa et Keane, 2004; NICE, 2005; Perrin, Smith et Yule, 2000). En fait, la TCC est considérée comme l'une des formes d'intervention les plus efficaces et solidement appuyées par la littérature scientifique dans le traitement du TSPT chez les jeunes (Berthiaume,

Bériault et Turgeon, 2006; Cohen, Berliner et March, 2000; Smith, Perrin et Yule, 1999). Cette affirmation repose sur un nombre important et toujours grandissant d'études d'efficacité empiriques auprès de personnes mineures exposées à des événements traumatiques variés. La TCC a notamment été utilisée avec succès dans des contextes de traumatismes multiples. De plus, dans certains cas, les chercheurs ont précisé que les jeunes participants provenaient de différents groupes ethniques (Deblinger et Heflin, 1996; Murray *et al.*, 2008). Ces deux particularités sont similaires aux circonstances des jeunes réfugiés.

La TCC revêt aussi un intérêt particulier dans le traitement des enfants et adolescents réfugiés souffrant du TSPT parce qu'il s'agit de l'une des approches les plus couramment utilisées en Amérique du Nord. Selon Meyers (tel que cité dans Hays, 2008), aux États-Unis, 89 % des psychologues rapportent utiliser l'approche cognitive ou les approches cognitivo-comportementales. Au Québec, ce sont 49 % des membres de l'Ordre des Psychologues du Québec (OPQ) qui se déclarent d'orientation TCC ou qui déclarent qu'il s'agit de leur deuxième approche de choix. Ce nombre est substantiellement plus élevé que pour toute autre approche théorique (OPQ, 2009). Or, une forme de traitement du TSPT chez les jeunes réfugiés évaluée efficace par des études empiriques pourrait être disséminée plus efficacement à des intervenants qui maîtrisent déjà l'approche sur laquelle elle repose.

2.1.3 Débats concernant la pertinence culturelle de la TCC

La TCC a été décrite comme une approche qui se prête bien au travail multiculturel pour plusieurs raisons. En effet, Hays (2008) souligne que tout comme la perspective multiculturelle, la TCC insiste sur l'importance de renforcer le pouvoir personnel du client, reconnaît l'importance d'adapter la thérapie en fonction des besoins et des forces propres à chaque individu, met l'emphase sur le rôle de l'environnement dans le façonnement des émotions, comportements, pensées et symptômes physiques, encourage l'incorporation des forces et sources naturelles de soutien d'un client dans la thérapie, et repose sur des processus conscients qui peuvent être aisément articulés et évalués. D'autres auteurs ont fait mention du fait que l'orientation à court terme et l'approche thérapeutique concrète orientée sur des objectifs répond aux attentes de clients appartenant à plusieurs cultures non occidentales

(Deblinger et Heflin, 1996; Kohn-Wood, Hudson et Graham, 2008; Dwairy et Van Sickle, 1996).

Certaines critiques envers la TCC ont également été formulées. Par exemple, la principale critique concerne le postulat de neutralité en termes de valeurs culturelles (Hays, 2006). En effet, probablement en raison du caractère scientifique de la TCC, plusieurs la considèrent à tort comme une approche neutre et exempte de biais culturels. Elle véhicule des valeurs de culture occidentale par son orientation individualiste plutôt que collectiviste (promeut indépendance, autonomie et affirmation de soi plutôt qu'interdépendance) et son emphase sur la logique, les cognitions, les habiletés verbales et la pensée rationnelle (Sue et Sue, 2003). De plus, compte tenu de l'importance prioritaire attribuée aux variables internes, l'impact parfois limitatif de l'environnement (p. ex. : discrimination culturelle, racisme) pourrait courir le risque d'être minimisé par des thérapeutes d'orientation cognitivo-comportementale sans formation en thérapie interculturelle (Muroff, 2007). Dans la même veine, bien que la spiritualité puisse occuper une place importante dans plusieurs cultures et constituer un puissant facteur de protection pour certains clients, Hays (2006) précise qu'elle est rarement abordée en TCC. Cette critique pourrait cependant moins bien s'appliquer à l'égard de certaines variantes thérapeutiques issues de la « troisième vague de TCC » (p. ex. thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement; Cottraux, 2004; Dionne, 2009; Larouche, 2009; Neveu et Dionne, 2009), variantes qui pourraient s'avérer intéressantes dans le travail thérapeutique auprès de jeunes réfugiés. Ces arguments illustrent bien certains débats qui entourent la question des services psychothérapeutiques appropriés pour répondre aux besoins de personnes appartenant à divers groupes ethniques, y compris les jeunes réfugiés. Malgré tout, l'interférence de ces caractéristiques avec l'efficacité ou la recevabilité de la TCC reste à démontrer.

D'autres auteurs ont plutôt soulevé des préoccupations éthiques face à l'idée d'employer certaines techniques thérapeutiques d'orientation TCC, particulièrement l'exposition aux souvenirs traumatiques dans le cas du traitement du TSPT. En effet, dans le cas où les événements déclencheurs du TSPT sont multiples, certains experts mettent en garde les chercheurs et intervenants contre les dangers d'inciter les personnes traumatisées à aborder directement les souvenirs (Rousseau, 1993-94). Le point de vue exprimé est que les

événements en question seraient trop difficiles, douloureux, voire même impossibles à aborder. Il y aurait aussi un risque d'exacerber les symptômes (AACAP, 1998). Pour cette raison, Herman (1992) propose une approche dite « phasique » à l'intervention pour le TSPT, où la thérapie est divisée en trois phases : 1) assurer la sécurité, 2) reconstruire le récit du traumatisme, et 3) consolider l'identité et générer de nouvelles perspectives d'avenir. Ce genre de démarche peut s'appliquer aussi bien à la TCC qu'à d'autres approches, lorsque jugé pertinent par le thérapeute. Lorsque certaines précautions sont prises, des études tendent à appuyer l'idée que même des souvenirs extrêmes comme les événements de guerre et la torture peuvent être abordés directement en thérapie de façon sécuritaire, et que cette démarche peut s'avérer bénéfique (Agger et Jensen, 1990; Schulz *et al.*, 2006; Weine *et al.*, 1998). En réaction à ce débat, la prudence est de mise. Les résultats d'études empiriques peuvent alimenter cette réflexion.

Malgré certains points de vue divergents, l'appui théorique que reçoit la TCC en tant qu'approche appropriée dans l'intervention auprès de clients de cultures non occidentales est considérable (Deblinger et Heflin, 1996; Ehntholt, Smith et Yule, 2005; Friedberg et Crosby, 2001; Huey et Polo, 2008; Hwang et Wood, 2007; Interian et Díaz-Martínez, 2007; Kohn *et al.*, 2002; Murray *et al.*, 2008; Muroff, 2007; Stein *et al.*, 2003; Whaley et Davis, 2007).

Une façon alternative d'envisager la question de l'applicabilité de la TCC dans le traitement du TSPT chez des adultes et des jeunes de diverses cultures consiste à évaluer la pertinence culturelle de modèles explicatifs du TSPT et des interventions d'orientation cognitivo-comportementale qui reposent sur ces modèles. L'un de ceux-ci, le modèle d'Ehlers et Clark (2000), est présenté à la section suivante à titre d'exemple.

2.1.4 Modèle d'Ehlers et Clark (2000) pour le TSPT

Le modèle d'Ehlers et Clark (2000) est l'un des modèles basés sur l'approche TCC auquel se réfèrent plusieurs auteurs pour expliquer l'apparition et le maintien des symptômes de TSPT. Ce modèle propose que le développement et le maintien du TSPT dépendent principalement des cognitions associées à l'événement traumatique déclencheur, ainsi que du sens personnel

qu'attribue l'individu à cet événement (Séguin-Sabouraud, 2006). Plus précisément, malgré le fait que l'événement traumatique à l'origine du TSPT soit passé, le modèle décrit trois façons par lesquelles les réactions anxieuses sont activées et maintenues malgré le passage du temps : 1) le souvenir traumatique est mal encodé, ce qui crée chez la personne l'impression que le danger est toujours réel au moment présent ; 2) l'événement traumatique est perçu à tort comme ayant une signification qui perdure, ce qui fait en sorte qu'aux yeux de la personne, le sens qu'elle attribue à l'événement traumatique conserve sa pertinence à travers le temps ; et 3) les stratégies que la personne met en place afin de contrôler le danger perçu (p. ex. : stratégies d'évitement cognitif et comportemental) ont plutôt pour conséquence d'entretenir la peur (Vickers, 2005). Ainsi, le modèle d'Ehlers et Clark met en lumière les rôles du mauvais traitement des souvenirs traumatiques par la mémoire et des attributions négatives dans le développement et le maintien du TSPT. Il offre une compréhension du TSPT qui appuie l'usage de stratégies thérapeutiques cognitives (identification et modification des pensées dysfonctionnelles) et comportementales (exposition graduée aux stimuli qui déclenchent les reviviscences) dans le but de changer la signification personnelle de l'événement traumatique vécu. La figure à la page suivante illustre le modèle d'Ehlers et Clark (*voir* Figure 2.1).

Certains auteurs considèrent ce modèle tout aussi utile pour expliquer les réactions traumatiques d'enfants et d'adolescents (Meiser-Stedman, 2002; Stallard, 2003; Vickers, 2005). Par ailleurs, bien qu'aucun modèle théorique qui tienne spécifiquement compte du rôle de la culture dans le processus de traumatisation n'ait encore été proposé (Osterman et de Jong, 2007), Vickers (2005) et Grey et Young (2008) suggèrent que le modèle d'Ehlers et Clark (2000) puisse aussi s'appliquer au traitement de personnes réfugiées traumatisées, justement en raison de ses composantes subjectives. En effet, les croyances et l'évaluation négative du traumatisme sont deux éléments centraux, mais subjectifs du modèle. Un même événement, perçu différemment d'une personne à l'autre, contribuera ou non à déclencher un TSPT; la signification accordée à l'événement se situe au cœur du modèle. Or, cette signification est en grande partie déterminée par le contexte culturel passé et actuel de la personne (Brown, 2008; Draguns, 1996; Miller, Kulkarni et Kushner, 2006). Ainsi, le modèle d'Ehlers et Clark (2000), dc par l'importance accordée à des composantes subjectives,

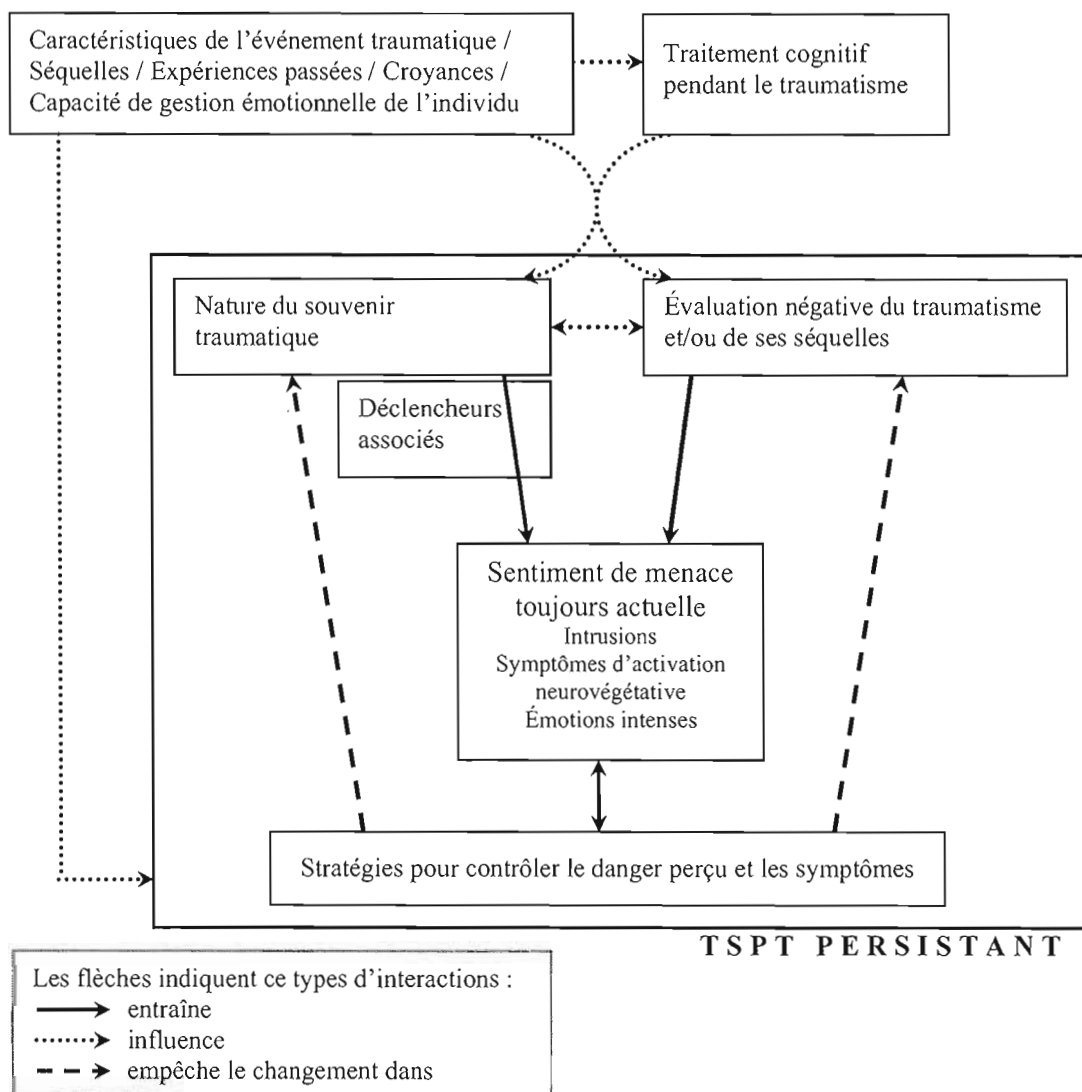


Figure 2.1 Modèle d'Ehlers et Clark

D'après : Ehlers, Anke, et David M. Clark. 2000. « A Cognitive Model for Persistent PTSD ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 38, p. 319-345.

semble pouvoir s'appliquer aussi à des personnes de cultures diverses. Cette flexibilité est utile dans le travail auprès de personnes de cultures diverses. Dans cette optique, il n'est pas surprenant que des chercheurs aient entrepris d'utiliser la TCC dans le travail thérapeutique auprès de personnes réfugiées traumatisées de tous âges. D'ailleurs, parmi les formes de

traitement du TSPT d'orientation TCC ou analogue que l'on retrouve dans la littérature au sujet des personnes réfugiées se trouvent : la TCC « traditionnelle » qui cible le TSPT, la TCC « adaptée culturellement » qui cible le TSPT et les approches d'exposition aux narratifs ou de témoignages. Comme la suite de ce chapitre fera régulièrement référence à ces approches, une brève description de chacune sera maintenant offerte.

En terminant, il importe de préciser que d'autres modèles d'orientation TCC ont été proposés pour expliquer l'apparition et le maintien des symptômes de TSPT. Une description exhaustive de ces modèles allait au-delà des objectifs de cette thèse, mais le lecteur intéressé à en savoir davantage à ce sujet est invité à consulter Séguin-Sabouraud (2006).

2.1.5 Formes de TCC et d'approches analogues dans la littérature

Cette section présente les formes d'intervention d'orientation TCC ou analogue les plus fréquemment rencontrées dans la littérature portant sur les personnes réfugiées. Il apparaît pertinent d'offrir au lecteur une description sommaire de chaque forme d'intervention, puisqu'elles seront abordées maintes fois dans la suite du chapitre. Il s'agit de la TCC « traditionnelle » qui cible le TSPT, la TCC « adaptée culturellement » qui cible le TSPT, ainsi que la catégorie regroupant la NET, la KIDNET et la thérapie par les témoignages.

2.1.5.1 TCC « traditionnelle » qui cible le TSPT

Cette catégorie englobe toute forme d'intervention ciblant le TSPT où le thérapeute fait majoritairement usage de techniques thérapeutiques issues des approches cognitives, comportementales, ou cognitivo-comportementales : exposition graduée en imagination, immersion, exposition *in vivo* graduée aux stimuli évités, restructuration cognitive, techniques de gestion émotionnelle variées (p. ex. : respiration abdominale, détente musculaire progressive, méditation), etc. Les thérapies cognitives et les thérapies par expositions sont incluses dans cette catégorie. De plus, la TCC traditionnelle peut être dispensée en différentes modalités : individuelle, familiale, groupe. *La Thérapie par le*

traitement cognitif (Cognitive Processing Therapy, CPT), de Resick et Schnicke (1993), et l'Intervention cognitivo-comportementale pour le trauma dans les écoles (*Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools, CBITS*), créé par Jaycox et collègues (2002), sont deux exemples d'interventions d'approche cognitivo-comportementale traditionnelle issus de la littérature scientifique sur le traitement du TSPT chez des personnes réfugiées ou immigrantes. Dans les deux cas, les techniques thérapeutiques sont présentées aux participants selon une séquence où la maîtrise des techniques initiales est jugée importante pour la réussite des étapes subséquentes.

2.1.5.2 TCC « adaptée culturellement » qui cible le TSPT

Cette catégorie englobe toute forme d'intervention ciblant le TSPT où le thérapeute fait majoritairement usage de techniques thérapeutiques issues des approches cognitives, comportementales, ou cognitivo-comportementales, mais auxquelles des modifications variées peuvent avoir été apportées pour tenir compte des caractéristiques culturelles des participants. En l'absence d'une définition opérationnelle d'une intervention adaptée culturellement, une grande variabilité pourrait exister entre les protocoles. Les auteurs précisent habituellement si le protocole d'intervention qu'ils proposent a été adapté culturellement ou non.

Or, pour l'instant, le principal protocole cognitivo-comportemental de traitement du TSPT chez les réfugiés qui soit adapté culturellement a été proposé par Hinton et son équipe (Hinton, Um et Ba, 2001b). Cet expert a été le premier à documenter l'association fréquente entre les réactions post-traumatiques et des attaques de panique particulières (ciblant le cou et orthostatiques) chez les réfugiés cambodgiens. Sur cette base, il a créé la *Thérapie par le retraitement des sensations (Sensation Reprocessing Therapy, SRT)*, qui combine des éléments de la TCC pour le TSPT (psychoéducation sur le TSPT, restructuration cognitive), certaines composantes thérapeutiques généralement incluses dans la TCC pour le trouble panique (exposition aux sensations intéroceptives, psychoéducation sur les attaques de panique) et certains éléments inspirés de la culture cambodgienne (visualisation d'une fleur de lotus, méditation, psychoéducation à propos des sensations dans la région du cou).

2.1.5.3 NET, KIDNET et thérapies par les témoignages

Les approches thérapeutiques basées sur la narration du récit traumatique peuvent être considérées des approches analogues à la TCC pour traiter le TSPT.

La *Thérapie par l'exposition aux narratifs* (« *Narrative Exposure Therapy* », ou NET; Schauer, Neuner et Elbert, 2005) constitue une formule de thérapie brève destinée aux adultes ayant survécu à la guerre, la torture et la persécution. Dans cette approche, l'intervenant – qui peut être un thérapeute expérimenté ou un paraprofessionnel détenant une formation brève (Neuner *et al.*, 2008) – aide la personne à reconstruire le récit détaillé et chronologique de sa biographie et à le mettre par écrit. Au cours de chaque séance, le récit est relu et retravaillé jusqu'à l'obtention d'un document cohérent, et ce, jusqu'à ce que la personne en vienne à tolérer et accepter les réactions émotionnelles qui accompagnent le récit. De plus, une copie du document signé par le client et les témoins est remise à la personne, qui est alors libre de l'utiliser pour dénoncer la violence organisée dont elle a été victime. La version de ce protocole adaptée aux enfants de huit ans et plus (*Kid-friendly narrative exposure therapy*, KIDNET) se déroule de la même façon, mais incorpore des objets tangibles pour symboliser la ligne du temps, ainsi que des stratégies d'expression créatives (p. ex. : théâtre, jeux de rôles, dessin, mouvements).

Similairement, la *Thérapie par les témoignages* (TT; *Testimonial psychotherapy*; Cienfuegos et Monelli, 1983) consiste à assister les individus dans la mise par écrit de leurs témoignages traumatiques, en prenant soin de situer les événements dans leur contexte socio-politique. Cette démarche permet un travail cognitif et émotif, et elle donne accès au contenu nécessaire à un travail thérapeutique. La TT est aussi décrite comme « un rituel de guérison et de dénonciation des injustices infligées aux victimes de persécution politique », leur permettant de donner un sens à leur expérience et de retrouver leur dignité politique (Agger et Jensen, 1990).

La NET / KIDNET et la TT s'apparentent à la TCC par leur recours à des stratégies favorisant l'exposition prolongée en imagination aux souvenirs traumatiques (Neuner *et al.*, 2004). Sous cet angle, elles constituent donc des approches analogues à la TCC. Elles s'en

distinguent cependant par leur visée sociale et politique, considérée essentielle à l'efficacité thérapeutique par les tenants de ces approches (Agger et Jensen, 1990; Weine *et al.*, 2008). En effet, l'hypothèse est que les participants font cet exercice avec l'intention d'utiliser leur vécu pour aider leur communauté d'origine à lutter contre l'oppression politique. L'apport de cette composante sociale sur l'efficacité thérapeutique et sur la recevabilité de cette forme d'intervention aux yeux des participants est parfois questionné. Par exemple, Agger et Jensen (1990) sont d'avis que les personnes qu'ils décrivent dans deux vignettes cliniques n'auraient pas accepté de participer à l'intervention en l'absence de cette visée sociale. De leur côté, Neuner et collègues (2010) mentionnent l'attrait des participants pour le document écrit qu'ils reçoivent en fin de thérapie et abordent la difficulté à départager l'impact des interventions d'exposition et celui de la démarche de témoignage. Une base de comparaison existe néanmoins entre les approches d'exposition aux narratifs, la TT et la TCC.

La section suivante présente l'appui empirique de la TCC et d'approches analogues dans le traitement du TSPT chez les jeunes réfugiés. Pour minimiser les biais d'approche et offrir un portrait fidèle de l'état actuel des connaissances à propos du traitement du TSPT chez les enfants et adolescents réfugiés, les études évaluant l'efficacité d'autres approches ou formes d'intervention y sont aussi recensées.

2.2 Appui empirique de la TCC et des autres approches pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés

Quelle que soit l'approche utilisée, l'étude de l'efficacité des interventions psychothérapeutiques destinées aux jeunes réfugiés en est à ses débuts. La plupart des publications sur le sujet incluent des descriptions d'interventions, des études de cas cliniques et des études cliniques non contrôlées de traitements dispensés à de petits groupes de participants (Birman *et al.*, 2005; Ehntholt et Yule, 2006; Murray *et al.*, 2008). Malgré tout, quelques études empiriques sur le traitement des jeunes réfugiés traumatisés ont été publiées.

Cinq recensions portant entre autres sur les personnes réfugiées et le TSPT ont été publiées ou soumises pour publication depuis le début de l'année 2009 (Cloitre, 2009;

Crumlish et O'Rourke, 2010; Palic et Elklit, 2010; Peltonen et Punamäki, 2009; Persson et Rousseau, 2009). Les deux démarches de recension proposées dans cette thèse, de type exhaustif (Petticrew et Roberts, 2006), ajouteront au travail accompli par ces chercheurs en assouplissant les critères de sélection des études afin d'incorporer la majorité des études effectuées auprès d'enfants réfugiés, souvent exclues au moment de la sélection en raison de limites méthodologiques importantes. Or, pour une description adéquate de l'état actuel des connaissances au sujet du traitement des enfants réfugiés traumatisés, ces publications doivent être tenues en compte.

Les études portant sur le traitement des enfants et adolescents réfugiés ont donc été systématiquement recensées dans un premier temps, selon une méthodologie détaillée à la section suivante et inspirée de lignes directrices reconnues (Higgins et Green, 2006; Petticrew et Roberts, 2006). Les études empiriques qui portent sur les adultes réfugiés traumatisés et sur les jeunes immigrants traumatisés ont été recensées ensuite, puisque ces populations sont similaires aux jeunes réfugiés traumatisés à plusieurs égards (expérience de refuge ou migratoire, exposition à des événements de guerre, âge, culture). Les sections suivantes portent sur les objectifs et la méthodologie de ces deux démarches de recension et leurs résultats respectifs. Elles sont suivies d'une discussion et de la conclusion du chapitre.

2.2.1 Objectifs et méthodologie

2.2.1.1 Objectifs et critères de sélection

L'objectif de cette section consiste à présenter une recension systématique des études évaluant l'efficacité d'interventions psychothérapeutiques dans le traitement du TSPT chez les enfants et adolescents réfugiés, demandeurs d'asile et déplacés. Un objectif parallèle était de recenser systématiquement les études d'efficacité d'interventions psychothérapeutiques ciblant le TSPT, portant cette fois sur des adultes réfugiés et sur des enfants et adolescents immigrants. En raison des similitudes entre ces populations et les jeunes réfugiés au niveau des expériences migratoires et des différences culturelles, il était présumé que cette seconde démarche permettrait de compléter et nuancer les résultats de la première. Afin d'éviter

toute confusion, pour la suite de la thèse, ces deux démarches de recherche seront désignées par « première recension » et « deuxième recension ».

Pour être considérée pour inclusion dans la première recension, chaque étude devait porter sur une ou plusieurs interventions psychothérapeutiques visant la réduction des manifestations du TSPT. Aucune présélection des études n'était faite en fonction de l'approche thérapeutique du traitement évalué. De plus, en raison du nombre limité de publications existantes, aucune présélection n'était faite selon les types de devis utilisés ou les tailles d'échantillons. Les personnes visées par l'intervention devaient être âgées de moins de 18 ans. Des participants adultes pouvaient aussi être inclus dans l'échantillon, à la condition que les auteurs rapportent distinctement les données d'efficacité ayant trait aux participants mineurs. Les participants inclus dans les études devaient être déplacés, soit à l'intérieur ou à l'extérieur des frontières de leur pays d'origine, au moment de la période de recrutement de l'étude; il pouvait donc s'agir de réfugiés, de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays ou de demandeurs d'asile. Les jeunes pouvaient être accompagnés de leurs parents ou d'un autre adulte occupant ce rôle, ou encore être des mineurs non accompagnés. Comme dans la recension de Crumlish et O'Rourke (2010), les « autres personnes relevant de la compétence du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) » n'ont pas été incluses dans les recherches. Ceci fait référence entre autres aux personnes réfugiées rapatriées, aux déplacés internes de retour et aux apatrides (UNHCR, 2008a). En ce qui concerne le profil clinique des participants, les auteurs devaient préciser si les critères diagnostiques du TSPT étaient satisfaits, ou encore s'ils soupçonnaient la présence d'un diagnostic de TSPT à partir de données obtenues à l'aide d'instruments psychométriques. Aucune sélection sur la base de l'intensité des symptômes traumatiques ou du type ou nombre d'événements déclencheurs n'était effectuée. La présence de troubles comorbides ou de symptômes de ces troubles était permise, mais les réactions traumatiques devaient constituer la cible principale du traitement étudié.

Dans la seconde recension, les mêmes critères de sélection étaient repris, à l'exception des limites au sujet de l'âge des participants. De plus, la seconde recension était élargie pour repérer les études portant sur les enfants et adolescents migrants.

Dans les deux cas, l'efficacité des interventions était déterminée en fonction des changements dans la capacité à satisfaire les critères diagnostiques du TSPT suite aux traitements, ou encore en fonction des changements dans le nombre et l'intensité des symptômes de TSPT.

2.2.1.2 Stratégies de recherche documentaire

Pour les deux recensions, la première étape de la démarche a été de consulter les bases de données *PsycINFO*, *Pubmed*, *Published International Literature On Traumatic Stress* (PILOTS, une base de données spécialisée sur le TSPT), *Cochrane Central Register of Controlled Trials* (CENTRAL), *ProQuest dissertations and theses*, *Sage Journals Online* et *PsycARTICLES*. Dans les deux cas, des mots-clés ont été formulés en français et en anglais et la recherche a été effectuée sans restriction temporelle.

Pour la première recension, une première série de mots-clés portait sur la situation des personnes réfugiées, déplacées ou demandeuses d'asile (refuge*, demandeur* d'asile, asylum seeker*, personne* déplacée*, etc.). Ensuite, des mots-clés faisant référence à l'âge des participants étaient ajoutés (child*, kid*, teen*, enfant*, adolesc*, youth, etc.), suivis de mots-clés associés aux interventions psychothérapeutiques (interv*, psychotherap*, treatm*, traite*, etc.). Puis, des mots-clés en lien avec les études d'efficacité étaient ajoutés à la séquence (efficac*, effectiveness, recension, review, « randomized control trial », « étude aléatoire contrôlée », etc.). Enfin, à l'exception de recherches effectuées à l'aide de la base PILOTS, des mots-clés associés au TSPT (trauma*, post-trauma*, PTSD, TSPT, etc.) étaient aussi inscrits. Pour la deuxième recension, les mots-clés restreignant la recherche aux jeunes étaient exclus, alors que des mots-clés associés aux personnes immigrantes (immigra*, migra*) étaient ajoutés. Les mots-clé employés sont similaires à ceux utilisés dans d'autres recensions d'écrits portant entre autres sur les personnes réfugiées (Crumlish et O'Rourke, 2010). Les deux démarches de recherche documentaire sont décrites plus en détail en appendice (Appendice B).

Une recherche manuelle des titres et des résumés d'articles, lorsque disponibles, a ensuite permis de déterminer si les notices identifiées par les deux démarches répondaient ou non aux critères de sélection de la recension. Ceci a mené à l'identification de publications pertinentes ou dont l'inclusion serait à déterminer ultérieurement, ainsi que quelques-unes dont la liste de références serait à consulter. Les publications dont l'inclusion était à déterminer ont été obtenues et lues en entier pour clarifier si elles répondaient aux critères de sélection. En dernier lieu, les listes de références des études retenues, des recensions d'écrits, des chapitres de livres et d'autres documents clés sur le sujet du traitement des personnes réfugiées ont été consultées afin de repérer des études pertinentes additionnelles.

2.2.1.3 Évaluation de la qualité des études

Une fois le choix des études arrêté, l'évaluation de la qualité méthodologique des études retenues englobait cinq dimensions : attribution aléatoire des sujets, présence d'une ou plusieurs conditions contrôles ou comparatives, protections contre la contamination, intégralité des données au posttest ou à la relance et taille échantillonnale⁵. De plus, la qualité méthodologique globale de chaque étude a été évaluée sur la base des critères de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, 2001), où sont décrits les trois niveaux de preuve suivants : (1) Fort : correspond à une étude dont le protocole est adapté pour répondre au mieux à la question posée, dont la réalisation est effectuée sans biais majeurs, dont l'analyse statistique est adaptée aux objectifs et dont la puissance est suffisante; (2) Intermédiaire : étude de protocole similaire, mais présentant une puissance nettement insuffisante (effectif insuffisant ou puissance *a posteriori* insuffisante), des anomalies mineures, ou ces deux types de limites; (3) Faible : autres types d'études.

⁵ Le choix des catégories à observer dans l'analyse de la qualité des études est inspiré des sources de biais méthodologiques décrites par Higgins et Green (2008) et Petticrew et Roberts (2006).

2.2.2 Résultats de la première recension

Les résultats des deux recensions seront présentés successivement. Dans chaque cas, l'information suivante sera fournie : (1) les études retenues, les études exclues et les motifs d'exclusion; (2) la description des études retenues, y compris les caractéristiques des participants, la nature des interventions psychologiques et des conditions de contrôle auxquelles étaient assignés les participants, et les qualités méthodologiques; (3) une analyse descriptive des études retenues, présentée selon le type de traitement offert aux participants. Les tableaux suivants seront présentés : (1) les études exclues de la recension et les motifs d'exclusion, (2) les caractéristiques des études retenues, et (3) les qualités méthodologiques des études retenues.

2.2.2.1 Études retenues et exclues

La démarche de recherche documentaire a permis d'identifier 34 études pertinentes ou potentiellement pertinentes, ainsi que 11 publications dont les listes de références pouvaient s'avérer utiles. L'éligibilité des études a été déterminée par l'auteure; des contraintes de temps n'ont pas rendu possible une démarche interjuges de sélection d'articles. La lecture complète des articles fut nécessaire pour la sélection de 31 publications, lorsque le titre et le résumé étaient insuffisants pour déterminer si les critères d'inclusion étaient satisfaits. De ce nombre, 27 publications ont été exclues. Dix-sept (17) d'entre elles étaient des études d'efficacité. Les motifs d'exclusion sont précisés au Tableau 2.1.

Neuf études répondant aux critères d'inclusion ont finalement été retenues (Catani *et al.*, 2009; Ehntholt, Smith et Yule, 2005; Gupta et Zimmer, 2008; Möhlen *et al.*, 2005; Onyut *et al.*, 2005; Oras, de Ezpeleta et Ahmad, 2004; Schauer *et al.*, 2004; Thabet, Vostanis et Karim, 2005; Vickers, 2005) et analysées.

2.2.2.2 Description des études retenues

En ce qui concerne les participants, les études retenues portaient sur des jeunes âgés de 8 à 17 ans, avec des étendues d'âges plus circonscrites selon les études. Aucune étude ne portait sur des enfants d'âge préscolaire. Les participants provenaient de divers pays d'origine : Sierra Leone, Bande de Gaza, Sri Lanka, Kosovo, Somalie, etc. Au moment de leur participation, ils étaient réfugiés, déplacés ou demandeurs d'asile. Plus précisément, quatre études portaient sur des jeunes réfugiés (Möhlen *et al.*, 2005; Onyut *et al.*, 2004; Schauer *et al.*, 2004; Vickers *et al.*, 2005), trois sur des jeunes déplacés (Catani *et al.*, 2009; Gupta et Zimmer, 2008; Thabet, Vostanis et Karim, 2006) et deux principalement ou uniquement sur des jeunes demandeurs d'asile (Ehnholt, Smith et Yule, 2005; Oras *et al.*, 2004). Par ailleurs, sur les neuf études retenues, cinq portaient sur des jeunes vivant dans les conditions précaires de camps de réfugiés (Catani *et al.*, 2009; Gupta et Zimmer, 2008; Onyut *et al.*, 2004; Schauer *et al.*, 2004; Thabet, Vostanis et Karim, 2006). Les quatre autres se déroulaient dans des pays d'accueil européens (Ehnholt, Smith et Yule, 2005; Möhlen *et al.*, 2005; Oras *et al.*, 2004; Vickers *et al.*, 2005). De plus, toutes les études portaient sur des jeunes présentant des réactions traumatiques découlant principalement d'événements de guerres, à l'exception d'une publication où l'intervention était offerte suite à un désastre naturel (tsunami survenu en 2004; Catani *et al.*, 2009) mais où tous les participants avaient néanmoins été exposés à la guerre à un moment antérieur. Dans huit études sur neuf, les auteurs précisaient que la majorité ou la plupart des participants satisfaisaient aux critères diagnostiques du TSPT. Le diagnostic était établi ou présumé, soit sur la base d'une entrevue diagnostique non structurée, structurée ou semi-structurée, soit en fonction du point de coupe clinique à un questionnaire mesurant le TSPT. Dans une seule étude, les auteurs ne rapportaient que les scores de fréquence et d'intensité des symptômes traumatiques (Gupta et Zimmer, 2008).

Les interventions offertes pouvaient être regroupées en quatre catégories : la *Thérapie par exposition aux narratifs pour enfants* (*Kid friendly narrative exposure therapy*, ou KIDNET), les interventions cognitivo-comportementales ciblant le TSPT (TCC), les programmes d'interventions psychosociales ciblant à la fois les réactions traumatiques et d'autres sphères de fonctionnement, et les autres formes d'intervention. Trois études évaluaient l'efficacité de la KIDNET (Catani *et al.*, 2009; Onyut *et al.*, 2005; Schauer *et al.*, 2005), deux évaluaient

Tableau 2.1
Études d'efficacité exclues de la première recension et motifs d'exclusion

Auteurs (année)	Motif(s) d'exclusion
Bevin (1999)	Pas d'évaluation au posttest.
Birman <i>et al.</i> (2008)	Les participants n'ont pas tous un Dx ou des Sx de TSPT. Les interventions ne ciblent pas nécessairement le TSPT.
Cloitre (2009)	Aucune étude auprès de jeunes réfugiés incluse dans l'analyse.
Dybdahl (2001)	L'intervention s'adresse à des mères réfugiées. Les enfants sont nés dans le pays d'accueil (non-réfugiés). L'impact de l'intervention sur les Sx de TSPT des enfants est évalué.
Fazel, Doll et Stein (2009)	N'évalue pas le TSPT. Seulement quelques enfants sont rencontrés par les intervenants.
Folkes (2002)	Ne précisent pas si les participants sont des réfugiés, immigrants, ou personnes appartenant à des minorités ethniques. Seulement 5 participants mineurs ($N = 61$) et résultats en fonction de l'âge non spécifiés.
Harris (2007)	Pas d'évaluation empirique de l'efficacité.
Hasanovic <i>et al.</i> (2009)	Jeunes préalablement réfugiés, rapatriés au moment de l'étude. L'assistance psychosociale offerte n'est pas décrite.
Hodes et Diaz-Caneja (2007)	Recension d'écrits non systématique.
Neuner <i>et al.</i> (2008)	Participants majoritairement adultes (utiliser dans la seconde recension).
Onyut <i>et al.</i> (2004)	Résultats d'un sondage épidémiologique. Étude de traitement incomplète.
Pantic (1998)	Pas de données d'efficacité rapportées.
Peltonen et Punamäki (2010)	Concerne tous les enfants exposés à la guerre, ne se limite pas aux jeunes réfugiés. Les interventions offertes ne sont pas suffisamment spécifiques.
Persson et Rousseau (2009)	Concerne tous les enfants exposés à la guerre, ne se limite pas aux jeunes réfugiés. Pas des études de traitement su TSPT.
Schauer (2008)	Jeunes préalablement déplacés, de retour dans leur ville natale au moment de l'étude.
Stæhr (2001)	Rédigée en danois.
Straker et Moosa (1988)	Pas de données d'efficacité rapportées.

Légende : Dx = diagnostic ; Sx = symptômes

l'impact de la TCC (Ehnholt, Smith et Yule, 2005; Vickers *et al.*, 2005) et deux proposaient des programmes d'intervention psychosociaux offerts en contextes de groupes (Gupta et Zimmer, 2008; Möhlen *et al.*, 2005). Deux études offraient des interventions plus difficiles à catégoriser. Dans la première, quelques séances d'EMDR étaient intégrées à des suivis individuels d'approche psychodynamique, de durées variables. Les auteurs de la deuxième étude qualifiaient le traitement qu'ils offraient d'« intervention de crise », précisaient qu'il était non directif et qu'il comportait des stratégies créatives ciblant les événements traumatiques vécus : dessin libre, discussions, écriture, récits et jeux de rôles (Thabet, Vostanis et Karim, 2005). Dans six cas sur neuf, les interventions offertes étaient manualisées donc plus facilement reproductibles (Catani *et al.*, 2009; Ehnholt, Smith et Yule, 2005; Gupta et Zimmer, 2008; Möhlen *et al.*, 2005; Onyut *et al.*, 2005; Schauer *et al.*, 2004), la moitié portant sur la KIDNET. L'intervention offerte par Catani et collègues comme condition de traitement comparative à la KIDNET, combinant méditation et relaxation (MED-RELAX), était également manualisée.

Seulement trois des neuf études comparaient l'efficacité d'une intervention à une condition contrôle, à une autre forme d'intervention ou à ces deux types de conditions. Ehnholt, Smith et Yule (2005) comparaient la TCC de groupe offerte à une condition contrôle ne recevant aucun traitement (Ehnholt, Smith et Yule, 2005). Catani et collègues (2009) comparaient l'efficacité de deux formes d'intervention, la KidNET et la MED-RELAX. Thabet, Vostanis et Karim (2005), comparaient l'efficacité d'une intervention de crise offerte en groupe à une condition où quatre séances de psychoéducation étaient offertes, ainsi qu'à une condition contrôle sans intervention (Thabet, Vostanis et Karim, 2005).

Le Tableau A.2, en appendice (Appendice D) décrit les qualités méthodologiques des recherches retenues. L'information suivante y est présentée : tailles d'échantillons, type de devis, assignation aléatoire des participants, protections contre la contamination, intégralité des données au posttest et niveau de preuve scientifique selon l'ANAES (2001). Certaines forces et lacunes récurrentes peuvent y être observées.

Au niveau des forces, tel que mentionné, les chercheurs de six études ont eu recours à des interventions manualisées reproductibles. De plus, à l'exception d'une équipe de recherche

(Oras, de Ezpeleta et Ahmad, 2004), tous les chercheurs ont eu recours à des questionnaires de TSPT et des entrevues diagnostiques dont les qualités psychométriques ont été établies et qui sont fréquemment utilisés dans la littérature jeunesse (*voir* Tableau A.1 – sur les caractéristiques des études). Les auteurs de six études ont eu recours à des versions de ces instruments de mesure traduites et validées dans la culture et la langue maternelle des participants (Catani *et al.*, 2009; Gupta et Zimmer, 2008; Möhlen *et al.*, 2005; Onyut *et al.*, 2005; Schauer *et al.*, 2005; Thabet, Vostanis et Karim, 2005). Une dernière qualité méthodologique qui mérite mention concerne l'attrition et l'intégralité des données rapportées au posttest et à la relance. En effet, dans six études sur neuf, les niveaux d'attrition rapportés étaient nuls ou faibles et justifiés de façon satisfaisante au moment de l'analyse des résultats (Catani *et al.*, 2009; Möhlen *et al.*, 2005; Onyut *et al.*, 2005; Oras, de Ezpeleta et Ahmad, 2004; Schauer *et al.*, 2004; Thabet, Vostanis et Karim, 2005).

En contrepartie, cinq types de lacunes méthodologiques ou sources de biais récurrentes peuvent être mentionnés. D'abord, les tailles échantillonales sont modestes⁶ dans les conditions de recherches de toutes les études recensées, excepté celle de Gupta et Zimmer (2008). En second lieu, les chercheurs de seulement deux études sur neuf rapportent avoir assigné aléatoirement les participants (Catani *et al.*, 2009; Gupta et Zimmer, 2008). Troisièmement, tel que mentionné précédemment, seules trois études comportaient au moins une condition de recherche alternative (Catani *et al.*, 2009; Ehntholt, Smith et Yule, 2005; Thabet, Vostanis et Karim, 2005). En quatrième lieu, peu de chercheurs ont mis en place des moyens afin de contrer la contamination (participants, intervenants et évaluateurs aveugles aux conditions de recherche); deux équipes de recherche ont précisé avoir fait administrer les instruments de mesure aux participants par des évaluateurs aveugles aux conditions de recherche (Catani *et al.*, 2009; Schauer *et al.*, 2004). Enfin, sur les neuf études, cinq n'ont pas précisé clairement la présence ou l'absence d'effets adverses suite aux traitements offerts (Catani *et al.*, 2009; Ehntholt, Smith et Yule, 2005; Gupta et Zimmer, 2008; Thabet, Vostanis et Karim, 2005; Vickers, 2005).

⁶ Une taille échantillonale de 25 à 30 participants par condition de recherche a été déterminée appropriée pour permettre de détecter des différences significatives entre deux traitements actifs (Chambless et Hollon, 1998).

Sur la base de ces différentes lacunes et forces méthodologiques, trois études (Catani *et al.*, 2009; Gupta et Zimmer, 2008; Thabet, Vostanis et Karim, 2005) pourraient potentiellement correspondre à un niveau de preuve qualifié d'« intermédiaire » selon l'ANAES (2001). Les six autres études correspondraient davantage à au niveau de preuve « faible ». Aucune des neuf études retenues ne rencontrait les caractéristiques de l'ANAES associées à un fort niveau de preuve, qui nécessite de base un échantillon de grande taille.

2.2.2.3 Analyse descriptive de l'effet des interventions

En raison du nombre limité d'études de traitement portant sur des enfants et adolescents réfugiés, chacune sera décrite plus en détail. Elles seront regroupées par type d'intervention offerte, selon le nombre d'études publiées à propos de chaque type d'intervention. Dans chacune des catégories de traitement, les études seront présentées en ordre décroissant de niveau de preuve. Enfin, pour chaque étude, les renseignements suivants seront fournis : 1) noms des auteurs et année de publication, 2) type d'étude (devis de recherche), 3) conditions de recherche, 4) caractéristiques des participants, 5) principaux instruments de mesure administrés, 6) caractéristiques et composantes de l'intervention offerte, et 7) principaux résultats et interprétations en fonction des qualités et limites de l'étude.

a) *La KIDNET*. Trois études retenues portent sur la KIDNET, y compris une étude de niveau de preuve intermédiaire et deux études de niveau de preuve faible.

Dans la première, Catani et ses collègues (2009) ont mis sur pied une étude randomisée contrôlée. L'objectif était de comparer l'efficacité de la KIDNET et d'une intervention combinant des techniques de relaxation et de méditation (MED-RELAX) pour apaiser les réactions post-traumatiques d'enfants et d'adolescents du Sri Lanka, suite au tsunami de 2004. Trois semaines après le tsunami, les auteurs ont évalué tous les jeunes âgés de 8 à 14 ans présents dans des camps de réfugiés à l'aide du *UCLA PTSD Index for DSM-IV* (Pynoos *et al.*, 1998; version tamoul validée). Au total, 31 jeunes satisfaisaient aux critères du TSPT. Dans tous les cas, les enfants avaient été exposés au tsunami, mais la majorité (67%) se

disant également « affectés par des événements traumatiques liés à la guerre ». Tous ont accepté de prendre part à l'étude. Ils ont été répartis aléatoirement en deux groupes, 16 dans la condition KIDNET, 15 dans la condition MED-RELAX. L'absence d'une condition contrôle découle de préoccupations éthiques. Les deux traitements offerts étaient répartis en six séances et échelonnés sur une période de deux semaines. Les mesures au posttest et à la relance ont été administrées par des évaluateurs aveugles au type de traitement reçu. Trente jeunes ont complété les relances. Les auteurs rapportent des taux de rémission du TSPT de 81% suite à la KIDNET et de 71% suite à l'intervention MED-RELAX. La différence entre les groupes n'est pas significative, de sorte que les deux interventions sont considérées efficaces. Comme le critère de temps requis pour l'établissement du diagnostic initial de TSPT (4 semaines) n'était pas satisfait au prétest, les auteurs ont comparé la prévalence finale du TSPT avec des taux mesurés dans des populations semblables n'ayant reçu aucune intervention. Sur cette base, ils proposent que les résultats observés dépassent largement les taux de rémission spontanée pouvant être escomptés dans des circonstances semblables. Ils estiment les deux interventions offertes potentiellement efficaces.

Ensuite, quelques années auparavant, des chercheurs de la même équipe (Onyut *et al.*, 2005) avaient évalué l'efficacité de la KIDNET à l'aide d'un devis de type avant / après non randomisé sans groupe contrôle. Les six participants recrutés, des jeunes somaliens âgés de 12 à 17 ans réfugiés en Ouganda, répondaient aux critères du TSPT selon le *Post-traumatic Diagnosis Scale* (PDS; Foa, 1995; version somalienne validée) et le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; World Health Organization [WHO], 1997; version somalienne validée). Après avoir reçu 4 à 6 séances de thérapie individuelle KIDNET, quatre jeunes étaient en rémission pour le TSPT; les deux autres jeunes présentaient des scores limites. Les auteurs rapportaient également des bénéfices importants au niveau des symptômes de dépression. En effet, les quatre jeunes qui présentaient de tels symptômes au prétest n'en présentaient plus au posttest.

Enfin, la publication de Schauer et ses collègues (2004) porte sur une étude de cas où une intervention KIDNET a été offerte à un adolescent qui avait vécu plusieurs événements traumatiques liés à la guerre. Le garçon, un jeune somalien âgé de 13 ans réfugié en Ouganda, répondait aux critères du TSPT selon le point de coupe clinique au PDS (Foa,

1995; version somalienne validée). Les auteurs rapportent qu'après seulement quatre séances de KIDNET, une diminution substantielle des réactions traumatiques était perceptible. Six mois après la fin de la thérapie, l'intensité des symptômes de stress post-traumatique avait diminué au tiers du score original obtenu, sous le point de coupe associé à la présence d'un diagnostic de TSPT.

Dans les deux dernières études, en raison du petit nombre de participants et de l'absence de condition contrôle, il est impossible de déterminer avec certitude que les changements rapportés sont attribuables au traitement plutôt qu'à la maturation ou au passage du temps. Néanmoins, ces résultats suggèrent que la KIDNET est une méthode sécuritaire, bien reçue et qui contribue possiblement à la diminution des symptômes de TSPT chez des adolescents réfugiés vivant dans la relative sécurité de camps de réfugiés.

b) *Thérapie cognitivo-comportementale*. Deux études de niveau de preuve faible portent sur la TCC.

Ehnholt et ses collègues (Ehnholt, Smith et Yule, 2005) ont recruté 26 jeunes réfugiés ou demandeurs d'asile âgés de 11 à 15 ans pour participer à une étude randomisée contrôlée. Les participants fréquentaient deux écoles secondaires londoniennes, en Angleterre. Ils provenaient de plusieurs pays où règne la guerre et présentaient des symptômes de stress post-traumatique d'intensité grave, ainsi que des symptômes de dépression et d'anxiété élevés. Vingt-quatre d'entre eux avaient des symptômes de TSPT d'intensité clinique, selon le point de coupe établi au *Revised Impact of Events Scale* (IES-R; Weiss et Mamar, 1997), laissant présumer qu'ils satisfaisaient aux critères diagnostiques du trouble. Les 26 jeunes ont été assignés à une condition TCC ($n = 15$) ou à une condition contrôle ($n = 11$) de façon non aléatoire, en fonction de leur horaire de cours, afin de constituer deux groupes par école. Les groupes étaient comparables au niveau de toutes les caractéristiques à l'exception de l'âge, les jeunes de la condition traitement étant significativement plus jeunes que ceux assignés à la condition contrôle. Les participants de la condition TCC ont reçu six rencontres hebdomadaires de thérapie offerte en groupe, incluant entre autres de la psychoéducation à propos du TSPT, un survol de la technique d'exposition graduée en imagination, des

techniques d'imagerie et d'attention partagée (« *dual attention techniques* »), des stratégies de gestion émotionnelle, des exercices de respiration et de relaxation, ainsi que de la restructuration cognitive. Les résultats obtenus au posttest suggèrent que les jeunes participants présentaient une amélioration « statistiquement significative, mais cliniquement modeste » des difficultés psychologiques suite à l'intervention, avec une diminution globale des symptômes de stress post-traumatique rapportés, mais aucune différence au niveau des symptômes dépressifs ou anxieux. Par ailleurs, les données recueillies auprès de huit de ces jeunes deux mois après la fin de l'intervention suggèrent que les gains ne s'étaient pas maintenus au posttest, bien que les jeunes se disaient satisfaits de l'intervention reçue.

Dans une étude de cas publiée par Vickers (2005), l'auteure décrit l'intervention d'orientation TCC qu'elle a offerte à une adolescente africaine âgée de 15 ans, réfugiée au Royaume-Uni sans ses parents (mineure non accompagnée). Le diagnostic de TSPT, établi à partir d'une entrevue clinique et du point de coupe clinique au PDS (Foa, 1995), découlait d'événements liés à la guerre et d'une agression sexuelle subie dans un camp de réfugiés. La jeune fille avait aussi décrit certaines difficultés au niveau du fonctionnement académique et social, du sommeil et de la gestion des émotions. Après 16 séances de TCC échelonnées sur une période de six mois, à l'aide de techniques thérapeutiques comme la restructuration cognitive et l'exposition en imagination aux souvenirs traumatiques, son score au PDS avait diminué de façon importante. Il se situait maintenant sous le point de coupe clinique pour le TSPT et reflétait une réduction importante des symptômes de TSPT. L'adolescente décrivait aussi des améliorations au niveau des autres difficultés rapportées. Elle a cependant interrompu prématurément le suivi et ne s'est pas présentée pour une évaluation au posttest.

Ces deux études ont été effectuées auprès d'échantillons de petite taille et, malgré le choix d'un devis expérimental dans l'étude de Ehntholt, Smith et Yule (2005), le manque de protection contre la contamination et les données non intégrales à la relance rendent ces résultats difficiles à interpréter. Ils suggèrent que la TCC puisse contribuer à réduire les symptômes de TSPT chez certains jeunes réfugiés et demandeurs d'asile, et que la TCC est une approche qui peut être bien reçue par certains.

c) *Programmes d'interventions psychosociales*. Gupta et Zimmer (2008) ont évalué l'efficacité d'un programme d'intervention psychosociale combinant des activités académiques et récréatives, ainsi que des stratégies d'intervention ciblant les traumatismes de guerre (psychoéducation, échanges sur les souvenirs positifs, expression directe et indirecte à propos du vécu en lien avec la guerre). Ils ont offert cette intervention en contexte de groupes scolaires, à 315 jeunes de la Sierra Leone âgés de 8 à 17 ans, déplacés en camps de réfugiés en raison de la guerre. La portion psychothérapeutique du programme d'intervention s'échelonnait sur une période de quatre semaines, à raison de deux séances de 60 minutes par semaine. Les auteurs ont évalué la présence de symptômes de TSPT à l'aide du IES-R (Weiss et Mamar, 1997), au prétest et un mois après la fin de l'intervention. Ils rapportent une diminution significative du score global à l'IES-R ($P < 0,0001$). En terme de catégories de symptômes, les auteurs rapportent une réduction significative des symptômes d'intrusion et de suractivation neurovégétative ($p < 0,0001$), mais aussi une augmentation modeste, mais significative des symptômes d'évitement ($p < 0,0001$). La grande taille de l'échantillon permet une plus grande généralisation des résultats. Ainsi, malgré l'absence d'une condition contrôle, ce programme d'intervention combiné semble être associé à certains gains thérapeutiques au niveau des symptômes de TSPT, chez des enfants et adolescents de la Sierra Leone. Concernant l'exacerbation des symptômes d'évitement, les auteurs formulent l'hypothèse que l'évitement puisse être une stratégie de gestion émotionnelle adaptative à court terme en contexte d'instabilité d'après-guerre. Des études contrôlées sont requises.

L'étude publiée par Möhlen et son équipe (2005) est un projet pilote basé sur un plan de recherche de type avant / après, non randomisé, sans condition contrôle ou de traitement alternatif. L'étude visait à évaluer un nouveau protocole d'intervention, conçu pour diminuer la détresse émotionnelle et améliorer le fonctionnement psychosocial de jeunes réfugiés traumatisés par la guerre. Dix jeunes kosovars albanais ($n = 9$) ou roms ($n = 1$), âgés de 10 à 16 ans et réfugiés en Allemagne depuis approximativement douze mois, y ont participé. Tous les jeunes avaient été exposés à des événements traumatiques reliés à la guerre et la persécution politique, à des degrés variables. Les participants recevaient douze rencontres de groupe hebdomadaires d'une durée de 120 à 180 minutes, comportant psychoéducation sur le TSPT et sur le deuil, verbalisations, stratégies de relaxation et de visualisation, et activités

créatives. Selon les données colligées à l'aide du *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ; Mollica *et al.*, 1992) et du *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children* (K-SADS; Chambers *et al.*, 1985; Kaufman *et al.*, 1997), six jeunes du groupe répondaient aux critères diagnostiques du TSPT avant le traitement. De ce nombre, trois étaient en rémission après l'intervention. Ceux qui présentaient initialement des profils symptomatiques plus intenses et complexes répondaient encore aux critères du TSPT suite au traitement. Dans l'ensemble, neuf des dix jeunes participants démontraient des gains significatifs au posttest au niveau du fonctionnement psychosocial, ainsi qu'une réduction significative de la gravité des symptômes de TSPT et de dépression.

Les résultats à ces deux études non contrôlées sont difficiles à mettre en commun, entre autres parce qu'elles portent sur des échantillons de participants très différents, évalués à l'aide d'instruments de mesure différents. Les interventions sont également difficiles à comparer, car elles sont de compositions différentes. Néanmoins, les résultats obtenus suggèrent que chez certains jeunes réfugiés ou déplacés exposés à des événements de guerre, les scores globaux de TSPT peuvent être réduits par des programmes d'intervention combinés alliant des stratégies visant le TSPT et d'autres composantes. Cependant, il semble que ces interventions soient moins bénéfiques pour les jeunes dont le profil symptomatique est le plus lourd. Ainsi, peut-être que les interventions pour le TSPT offertes en groupes scolaires seraient mieux adaptées à des contextes où les jeunes présentent des réactions légères à modérées. D'un autre côté, peut-être que l'intervention de groupe permettrait de repérer les jeunes les plus symptomatiques et de les référer à des services individuels. Des études additionnelles sur les programmes d'intervention psychosociaux, idéalement contrôlées, sont requises. L'impact des protocoles devrait être évalué sous forme de projet pilote avant toute dissémination à un grand nombre de jeunes.

d) *Autres formes d'interventions.* Les deux études suivantes portent sur des formes de traitements trop différentes pour permettre une comparaison.

Thabet, Vostanis et Karim (2005) ont mis sur pied une étude contrôlée non randomisée auprès d'enfants et d'adolescents gazaouis, déplacés et vivant en camps de réfugiés en raison

de circonstances liées à la guerre. Les auteurs ont ciblé six écoles et offert leurs interventions dans des groupes classes. Au total, 111 jeunes âgés de 9 à 16 ans ont participé à l'étude. Les auteurs les ont répartis non aléatoirement en trois conditions d'études, à raison de deux groupes classes par condition. Certains jeunes ($n = 43$) pouvaient recevoir soit sept séances hebdomadaires d'une intervention de crise non directive, adaptée de l'approche de *debriefing psychologique* (Everly et Mitchell, 1999). D'autres étaient assignés à une condition alternative où ils recevaient soit quatre séances de psychoéducation ($n = 22$), soit aucune intervention ($n = 42$). Selon le *Child Post-traumatic Stress Disorder Reaction Index* (CPTSD-RI; Pynoos, Frederick et Nader, 1987; version arabe validée), 64% des participants dépassaient le point de coupe clinique suggérant la présence d'un TSPT. Au posttest, trois mois après la fin du traitement, aucune différence significative ne pouvait être observée chez les participants, que ce soit entre les moments de mesure ou entre les conditions de recherche. Les auteurs proposent que le maintien des hostilités dans la bande de Gaza ait pu empêcher les participants de bénéficier de l'intervention ou faire en sorte que des gains encourus aient été perdus. Il est également possible que le problème se situe au niveau des composantes de traitement, tel qu'un nombre de séances insuffisant ou un manque d'emphase sur les stratégies de gestion émotionnelle.

Pour leur part, Oras, de Ezpeleta et Ahmad (2004) ont évalué 13 jeunes originaires de divers pays, demandeurs d'asile en Suède, référés à une clinique externe psychiatrique pour réfugiés parce qu'ils manifestaient des signes de détresse psychologique élevée. Tous avaient vécu des événements traumatiques qualifiés de « graves » par les auteurs et tous répondaient aux critères diagnostiques du TSPT selon le *Posttraumatic Stress Symptom Scale for Children* (PTSS-C; Ahmad *et al.*, 2000). Après l'évaluation initiale, ils ont offert à chaque jeune un suivi individuel d'orientation psychodynamique allant de 5 à 25 rencontres, incluant entre 1 et 6 séances d'EMDR offertes par un thérapeute spécialisé dans cette approche. Peu de précisions sont fournies quant au contenu de la thérapie. Après avoir administré les mêmes mesures au posttest, les auteurs rapportent des résultats mitigés. Pour l'ensemble du groupe, ils observent une augmentation significative du niveau de fonctionnement global ainsi qu'une diminution significative des scores de TSPT ($p < 0,01$), y compris à toutes les sous-échelles de catégories de symptômes. À un niveau individuel, les auteurs spécifient que « seulement

neuf des 13 enfants ont vu leur état s'améliorer ». Également, au posttest, une participante rapportait un score plus élevé à l'item mesurant l'humeur dépressive, et une autre participante rapportait des symptômes plus intenses d'évitement et de suractivation neurovégétative. De façon générale, les auteurs précisent que les jeunes manifestant une plus grande amélioration au niveau des symptômes de TSPT ne s'amélioreraient pas nécessairement au niveau du fonctionnement global, et *vice versa*. Ils proposent que ces résultats illustrent l'hypothèse selon laquelle le concept de TSPT ne refléterait pas adéquatement, à lui seul, le portrait clinique des jeunes réfugiés.

3.2.2.4 Première discussion partielle

De façon générale, ces études sont insuffisantes pour formuler des recommandations quant au traitement approprié des enfants et adolescents réfugiés traumatisés. Non seulement les études sont peu nombreuses, mais aucune ne correspond à un niveau de preuve scientifique fort. La plupart ont des limites méthodologiques importantes, rendant difficile la généralisation des résultats : petites tailles d'échantillons, attribution non aléatoire des sujets, absence de conditions contrôle, protection insuffisante contre la contamination, etc. De plus, elles portent sur des échantillons hétérogènes, où les auteurs ont eu recours à divers instruments de mesure. Malgré tout, la majorité des chercheurs utilisent des protocoles d'intervention manualisés donc reproductibles et des instruments de mesure validés, rapportent peu d'attrition, et présentent les données au posttest dans leur intégralité.

En ce qui concerne les traitements étudiés, la KIDNET semble fournir des résultats préliminaires encourageants. En ce qui concerne la TCC, les données sont insuffisantes et inconcluantes. Toutefois, comme la KIDNET comporte plusieurs éléments qui ont été adaptés de la TCC (Neuner *et al.*, 2002), ces résultats préliminaires portent à se questionner sur l'efficacité différentielle des composantes de la NET, en particulier l'exposition en imagination aux souvenirs traumatiques, et les rapprochements qu'il est possible d'établir entre les deux formes de traitement. Enfin, les interventions psychosociales ou autres formes de traitements dispensées en groupes et ciblant différentes sphères de fonctionnement des jeunes réfugiés semblent être des avenues de traitement qui permettent de desservir un plus

grand nombre de personnes à la fois. Des études additionnelles sont requises pour déterminer quelles composantes sont bénéfiques et efficaces, dans quelles circonstances et auprès de quelles populations.

2.2.3 Résultats de la seconde recension

2.2.3.1 Études retenues et exclues

La démarche de recherche documentaire a permis d'identifier 39 études pertinentes ou potentiellement pertinentes, ainsi que 2 publications dont les listes de références pouvaient s'avérer utiles. Comme dans la première recension, l'éligibilité des études a été déterminée par l'auteure, sans accord interjuges. La lecture complète des articles fut nécessaire pour la sélection de 18 publications, lorsque le titre et le résumé étaient insuffisants pour déterminer si les critères d'inclusion étaient satisfaits. De ce nombre, 16 publications ont été exclues. Les motifs d'exclusion de ces études sont précisés au tableau présenté à la page suivante (*voir* Tableau 2.2).

Vingt-quatre études répondant aux critères d'inclusion ont finalement été retenues (Başoğlu *et al.*, 2004; Cavic et Pejovic, 2005; d'Ardenne *et al.*, 2007; Drozdek, 1997; Feldman, 2007; Halvorsen et Stenmark, 2010; Hinton *et al.*, 2005; Hinton *et al.*, 2004; Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006; Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006; Holmqvist *et al.*, 2006; Kataoka *et al.*, 2003; Kruse *et al.*, 2009; Neuner *et al.*, 2010; Neuner *et al.*, 2008; Neuner *et al.*, 2004; Otto *et al.*, 2003; Palic et Elklit, 2009; Paunovic et Öst, 2001; Schulz, Marovic-Johnson et Huber, 2006; Schulz *et al.*, 2006; Weine *et al.*, 1998) et analysées.

2.2.3.2 Description des études retenues

Des 24 études retenues, 22 portaient sur des adultes réfugiés et 2 sur des enfants immigrants.

Tableau 2.2
Études d'efficacité exclues de la deuxième recension et motifs d'exclusion

Auteurs (année)	Motif(s) d'exclusion
Birck (2001)	Formes de traitements variées, dont l'effet ne peut être départagé.
Boehnlein <i>et al.</i> (2004)	La psychothérapie offerte n'est pas décrite.
Choi (2007)	Aucune mesure de TSPT.
Grodin <i>et al.</i> (2008)	La psychothérapie offerte n'est pas décrite. L'impact sur les symptômes de TSPT n'est pas mesuré.
Hasanovic <i>et al.</i> (2009)	Les jeunes sont des anciens réfugiés déplacés, de retour dans leur pays d'origine. Aussi, ils étaient tous très jeunes (3 ans et moins) au moment du génocide.
Herbst (1992)	Aucune mesure d'efficacité rapportée.
Jaffa (1996)	Aucune mesure de TSPT.
Muller <i>et al.</i> (2009)	Le traitement offert ne constitue pas une intervention psychothérapeutique. La cible du traitement est la douleur physique plutôt que le TSPT.
Nieves-Grafals (2001)	Aucune mesure de TSPT.
Paunovic (2002)	Le participant est un adulte immigrant, non une personne réfugiée.
Priebe <i>et al.</i> (2010)	Formes de traitements variées, dont l'effet ne peut être départagé.
Renner (2009)	Formes et modalités de traitements variées, dont l'effet ne peut être départagé.
Schei et Dahl (1999)	Un seul moment de mesure.
Stepakoff <i>et al.</i> (2006)	Aucune mesure d'efficacité rapportée.
Weine <i>et al.</i> (2008)	Étude évalue l'impact sur l'accès aux services, non le TSPT. TSPT mesuré uniquement en tant que variable indépendante.
White-Baughan (1990)	Aucune mesure de TSPT reconnue; seulement une sous-échelle au SCL-90 mesurant des Sx comorbides avec le TSPT plutôt que le TSPT lui-même.

Parmi les 22 études auprès de participants adultes, les personnes recrutées provenaient de divers pays d'origine, notamment la Bosnie, le Cambodge, la Somalie, le Vietnam, la Turquie et l'Irak. Les auteurs de trois études ne précisaient pas la composition ethnique de leurs échantillons multiculturels (Cavic et Pejovic, 2005; d'Ardenne et al., 2007; Paunovic et Öst, 2001). De plus, la majorité des études portaient sur des échantillons constitués uniquement de personnes réfugiées, à l'exception de trois études portant uniquement sur des demandeurs d'asile (Başoğlu et al., 2004; Drozdek, 1997; Neuner et al., 2010) et trois études portant à la fois sur des demandeurs d'asile et des réfugiés (d'Ardenne et al., 2007; Halvorsen et Stenmark, 2010; Kruse *et al.*, 2009). Aucune étude ne portait sur des personnes déplacées à l'intérieur des frontières de leurs pays d'origine. Par ailleurs, sur les 22 études retenues, seulement trois se déroulaient dans les conditions précaires de camps de réfugiés (Neuner *et al.*, 2004; 2008; 2010). Les 19 autres se déroulaient dans des pays d'accueil industrialisés, principalement aux États-Unis et dans certains pays d'Europe. De plus, sauf trois exceptions, toutes les études portaient sur des adultes présentant des réactions post-traumatiques découlant d'événements traumatiques multiples en lien avec la guerre, les génocides, la persécution politique et la torture. Dans les trois études faisant exception, les événements traumatiques vécus étaient variés (certains de type I, d'autres de type II; Paunovic et Öst, 2001) ou non précisés (Hinton *et al.*, 2004; Cavic et Pejovic, 2005). Enfin, hormis deux études où seulement les symptômes de TSPT étaient mesurés (Cavic et Pejovic, 2005; Holmqvist *et al.*, 2006), les auteurs précisaient la proportion de participants recrutés qui répondait aux critères diagnostiques du TSPT selon le DSM (APA, 1987; 1994; 2000) ou de l'ICD-10 (OMS, 1992).

En ce qui concerne les deux études retenues portant sur des jeunes (Feldman, 2007; Kataoka *et al.*, 2003), les participants étaient des immigrants de première génération âgés de 11 à 13 ans. Ils étaient originaires du Mexique et d'autres pays d'Amérique Latine et avaient immigré aux États-Unis au cours des trois dernières années (Kataoka *et al.*, 2003) ou des cinq dernières années (Feldman, 2007). Dans les deux cas, les auteurs ne spécifiaient pas si les jeunes répondaient aux critères diagnostiques du TSPT, mais identifiaient la proportion de participants présentant des symptômes d'intensité clinique selon le point de coupe à un questionnaire. Dans l'étude de Kataoka et ses collègues, ces symptômes découlaient

d'événements traumatiques associés à la violence survenue dans la communauté. Dans l'étude de Feldman, les participants rapportaient des événements traumatiques variés, de type I ou II.

Les interventions offertes aux participants adultes pouvaient être regroupées en cinq catégories : la thérapie cognitivo-comportementale « traditionnelle », la thérapie « adaptée culturellement », la thérapie par exposition aux narratifs ou la thérapie par les témoignages, la thérapie psychodynamique, et une intervention multidisciplinaire. Plus précisément, sept premières études portaient sur la TCC « traditionnelle » (Başoğlu *et al.*, 2004; Cavic et Pejovic, 2005; d'Ardenne *et al.*, 2007; Kruse *et al.*, 2009; Paunovic et Öst, 2001; Schulz *et al.*, 2006; Schulz, Marovic-Johnson et Huber, 2006), ce qui pouvait inclure la thérapie par exposition seulement (Başoğlu *et al.*, 2004; Paunovic et Öst, 2001) ou la thérapie cognitive sans exposition en imagination aux souvenirs traumatiques (Cavic et Pejovic, 2005). L'une d'entre elles portait sur la TCC offerte en modalité de groupes (Cavic et Pejovic, 2005); les six autres portaient sur la TCC individuelle. En deuxième lieu, dans six études additionnelles, l'intervention offerte pouvait être qualifiée de « TCC adaptée culturellement » (Hinton *et al.*, 2005; Hinton *et al.*, 2009; Hinton *et al.*, 2004; Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006; Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006; Otto *et al.*, 2003). Dans tous les cas, le traitement offert était la SRT, qui inclut des composantes thérapeutiques à propos des attaques de panique orthostatiques ou ciblant la région du cou. La SRT était offerte en modalité individuelle, à l'exception d'une seule étude où la thérapie se déroulait en petit groupe (Otto *et al.*, 2003). Troisièmement, six autres études portaient sur la NET (Halvorsen et Stenmark, 2010; Neuner *et al.*, 2002; 2004; 2008; 2010) ou la TT (Weine *et al.*, 1998). En quatrième lieu, dans deux études (Drozdek, 1997; Holmqvist *et al.*, 2006), l'intervention offerte était d'approche psychodynamique et administrée soit en groupes (Drozdek, 1997), soit en individuel (Holmqvist *et al.*, 2006). Enfin, la dernière des 22 études menées auprès de participants adultes portait sur une intervention multidisciplinaire combinant des séances de TCC à de la physiothérapie, de la médication et des rencontres d'intervention sociale (Palic et Elklit, 2009). Ainsi, à l'exception des deux études sur l'approche psychodynamique, les formes de traitement étudiées étaient d'orientation cognitivo-comportementale ou analogue. Par ailleurs, dans 13 études, le traitement offert était manualisé donc reproductible (Kruse *et*

al., 2009; Otto *et al.*, 2003; Halvorsen et Stenmark, 2010; Hinton *et al.*, 2004; 2005; 2009; Hinton *et al.*, *Somatic-Focussed...*, 2006; Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006; Neuner *et al.*, 2002; 2004; 2008; 2010; Schulz, Marovic-Johnson et Huber, 2006). Dans deux études, l'intervention était adaptée à partir d'un protocole manualisé (Başoğlu *et al.*, 2004; Schulz *et al.*, 2006). Sept études évaluaient l'efficacité d'interventions non manualisées (Cavic et Pejovic, 2005; d'Ardenne *et al.*, 2007; Drozdek, 1997; Holmqvist *et al.*, 2006; Paunovic et Öst, 2001; Weine *et al.*, 1998).

Dans les deux études portant sur de jeunes immigrants (Feldman, 2007; Kataoka *et al.*, 2003), l'intervention offerte était la *Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools* (CBITS), un traitement cognitivo-comportemental pour le TSPT offert en contexte de groupes scolaires. Il s'agit d'un protocole de traitement manualisé et reproductible.

Sur les 22 études portant sur des adultes, 12 comportaient au moins une condition comparative ou contrôle. Plus précisément, parmi ces 12 études, 7 comparaient le traitement principal à une condition de traitement alternatif (Drozdek, 1997; Kruse *et al.*, 2009; Neuner *et al.*, 2010; Neuner *et al.*, 2008; Neuner *et al.*, 2004; Otto *et al.*, 2003; Paunovic et Öst, 2001) : autre forme de psychothérapie, psychoéducation, pharmacothérapie, ou psychothérapie et pharmacothérapie combinées. Dans deux autres études, le traitement offert à l'aide d'un interprète était comparé au traitement dispensé dans la langue maternelle des participants (d'Ardenne *et al.*, 2007; Schulz *et al.*, 2006). Les trois dernières études comportant des conditions comparatives offraient la même intervention en différé, après des niveaux de base de durées différentes (Hinton *et al.*, 2004, 2005, 2009). Les 19 autres études étaient non contrôlées. Par ailleurs, parmi les deux études portant sur de jeunes immigrants, l'étude de Kataoka et collègues (2003) comportait une condition contrôle de « liste d'attente », alors que l'étude de Friedman (2007) était non contrôlée.

Les principales qualités et limites méthodologiques des recherches retenues dans la seconde recension sont indiquées au Tableau A.2 (*voir* Annexe D), à la suite des études retenues dans la première recension. Certaines forces et lacunes récurrentes peuvent y être observées.

Au niveau des forces, hormis les 11 études à cas uniques ou rétrospectives, l'assignation des participants avait été effectuée de façon aléatoire dans huit cas (Hinton *et al.*, 2004; 2005; 2009; Neuner *et al.*, 2004; 2008; 2010; Otto *et al.*, 2003; Paunovic et Öst, 2001), ce qui représente la majorité des études pertinentes. Dans les trois autres études, l'assignation des sujets était non aléatoire (Kruse *et al.*, 2009), partiellement aléatoire (Drozdek, 1997) ou non spécifiée (Cavic et Pejovic, 2005). Par ailleurs, tel que mentionné précédemment, 12 études sur 22 comportaient une ou plusieurs conditions comparatives ou contrôle. De plus, tous les chercheurs ont eu recours à des questionnaires de TSPT et des entrevues diagnostiques dont les qualités psychométriques sont documentées (voir Tableau A.1, à l'Appendice C, pour des précisions sur les instruments de mesure administrés). Les auteurs de 12 études ont eu recours à des versions de ces instruments de mesure traduites dans la culture et la langue maternelle des participants et souvent validées (Başoğlu *et al.*, 2004; Hinton *et al.*, 2004; 2005; 2009; Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006; Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006; Kruse *et al.*, 2009; Neuner *et al.*, 2004; 2008; 2010; Otto *et al.*, 2003). Dans deux études, les auteurs ont employé des instruments traduits, mais non validés (Schulz, Marovic-Johnson et Huber, 2006; Schulz *et al.*, 2006). Une dernière qualité méthodologique qui mérite mention concerne l'attrition et l'intégralité des données rapportées au posttest et à la relance. En effet, dans 18 études, les niveaux d'attrition rapportés étaient nuls ou faibles et justifiés de façon satisfaisante au moment de l'analyse des résultats. Parmi les quatre autres études, ces données n'étaient pas mentionnées dans deux cas (Cavic et Pejovic, 2005; Drozdek, 1997); les deux autres étaient des études rétrospectives où seulement les personnes ayant complété les interventions et les mesures à la relance étaient incluses (d'Ardenne *et al.*, 2007; Schulz *et al.*, 2006). De plus, tel que mentionné, les chercheurs de 13 études ont appliqué des interventions manualisées reproductibles (Kruse *et al.*, 2009; Otto *et al.*, 2003; Halvorsen et Stenmark, 2010; Hinton *et al.*, 2004; 2005; 2009; Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006; Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006; Neuner *et al.*, 2002, 2004; 2008; 2010; Schulz, Marovic-Johnson et Huber, 2006).

En contrepartie, trois types de lacunes méthodologiques ou sources de biais récurrentes peuvent être mentionnés. D'abord, les tailles échantillonales sont insuffisantes (Chambless et Hollon, 1998) dans la majorité des études, avec cinq exceptions (Cavic et Pejovic, 2005;

d'Ardenne *et al.*, 2007; Kruse *et al.*, 2009; Neuner *et al.*, 2008; Schulz *et al.*, 2006). Ensuite, peu de chercheurs ont mis en place des moyens afin de contrer la contamination (participants, intervenants et évaluateurs aveugles aux conditions de recherche); seulement huit équipes ont pris de telles mesures, la plupart en s'assurant que les évaluateurs étaient aveugles aux conditions de recherche (Halvorsen et Stenmark, 2010; Hinton *et al.*, 2005; 2009; Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006; Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006; Neuner *et al.*, 2004; 2008; 2010). Enfin, à l'exception de cinq études (Halvorsen et Stenmark, 2010; Kruse *et al.*, 2009; Otto *et al.*, 2003; Palic et Elklit, 2009; Weine *et al.*, 1998), les chercheurs n'ont pas précisé clairement la présence ou l'absence d'effets adverses suite aux traitements offerts.

En ce qui concerne les qualités méthodologiques des deux études portant sur des jeunes réfugiés, l'étude de Feldman (2007) a une petite taille échantillonnale, les participants ne sont pas répartis aléatoirement, il n'y a aucune condition contrôle ou de comparaison et aucun moyen n'a été pris pour contrer la contamination. Cependant, les données au posttest sont complètes, l'attrition est justifiée et tenue en compte dans les statistiques, et certaines réactions adverses au traitement sont mentionnées. Dans l'étude de Kataoka et collègues (2003), le nombre de participants assignés à chaque condition de traitement est suffisant pour déceler l'effet du traitement (Chambless et Hollon, 1998), l'assignation des participants est partiellement aléatoire et l'étude comporte une condition contrôle de « liste d'attente ». Le recours à des questionnaires autoadministrés élimine les biais associés aux évaluateurs non aveugles aux conditions de recherche. Cependant, l'attrition et les données manquantes ne sont pas justifiées et la présence ou l'absence d'effets adverses suite au traitement n'est pas précisée.

Sur la base de ces différentes lacunes et forces méthodologiques, parmi les études effectuées auprès d'échantillons d'adultes réfugiés, seulement une (Neuner *et al.*, 2008) correspondrait à un niveau de preuve fort selon l'ANAES (2001), six pourraient correspondre à un niveau de preuve qualifié d'« intermédiaire » (d'Ardenne *et al.*, 2007; Hinton *et al.*, 2005; 2009; Neuner *et al.*, 2004; 2010; Otto *et al.*, 2003) et quinze correspondraient davantage à au niveau de preuve faible (Başoğlu *et al.*, 2004; Cavic et Pejovic, 2005; Drozdek, 1997; Halvorsen et Stenmark, 2010; Hinton *et al.*, 2004; Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006; Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006; Holmqvist *et al.*, 2006 ; Kruse

et al., 2009; Neuner *et al.*, 2002; Palic et Elklit, 2009; Paunovic et Öst, 2001; Schulz, Marovic-Johnson et Huber, 2006; Schulz *et al.*, 2006; Weine *et al.*, 1998). Des deux études portant sur des jeunes immigrants, une correspond à un niveau de preuve intermédiaire (Kataoka *et al.*, 2003), l'autre à un niveau de preuve faible (Feldman, 2007).

2.2.3.3 Analyse descriptive de l'effet des interventions

À l'instar de la section d'analyse descriptive portant sur la première recension, les résultats seront présentés par forme de traitement, ordonnés selon le nombre d'études publiées pour chacune. Puis, dans chaque catégorie, les études dont les niveaux de preuve sont les plus élevés sont présentées d'abord en plus de détails, avec une emphase spécifique sur les résultats au niveau des symptômes et diagnostics de TSPT.

a) *TCC traditionnelle*. d'Ardenne et collègues (2007) ont effectué une étude rétrospective de type avant / après non randomisée avec conditions comparatives. Ils ont analysé les dossiers-patients de 128 personnes ayant fréquenté une clinique spécialisée dans le traitement du TSPT. Tous avaient reçu une intervention d'orientation cognitivo-comportementale d'une durée moyenne de 9 séances. Des participants réfugiés ayant reçu l'intervention avec l'aide d'un interprète ($n = 44$) ou dans leur langue maternelle ($n = 36$) étaient comparés à des personnes non réfugiées n'ayant pas besoin des services d'un interprète ($n = 48$). Les auteurs ont rapporté une amélioration modeste, mais significative à toutes les mesures entre le prétest et le posttest, y compris une réduction significative des symptômes de TSPT tels que mesurés à l'*Impact of Events Scale* (IES; Horowitz, Wilner et Alvarez, 1978), dans toutes les conditions de recherche ($p < 0,0001$). Il n'y avait pas de différence significative entre les trois conditions de recherche au niveau des gains thérapeutiques encourus. Cependant, ces résultats ne tiennent pas compte des données de patients qui ont été exclus des analyses pour des raisons de données incomplètes ou d'abandons thérapeutiques. Les auteurs attribuent le fait que les gains thérapeutiques soient modestes à la gravité et la complexité des profils psychiatriques des participants et à la durée limitée du suivi. Ces résultats démontrent que la TCC peut être bénéfique à certaines

personnes réfugiées présentant des traumatismes complexes et suggèrent que le recours à des interprètes n'interfère pas avec l'efficacité thérapeutique.

Les autres études portant sur la TCC traditionnelle correspondent à un niveau de preuve scientifique faible et doivent être interprétées avec prudence.

L'étude de Schulz et collègues (2006) est semblable à celle publiée par d'Ardenne et collègues (2007), mais elle porte sur un échantillon plus modeste. Dans cette étude rétrospective, les dossiers patients de 53 personnes réfugiées adultes (44 provenant de Bosnie, 9 d'Afghanistan) répondaient aux critères de sélection. Vingt-cinq personnes avaient reçu une TCC pour le TSPT avec l'aide d'interprètes; les 28 autres avaient reçu le même traitement dans leur langue maternelle, sans recours à des interprètes. Après avoir bénéficié d'une moyenne de 17 rencontres de TCC, le nombre et l'intensité des symptômes de TSPT avaient diminué substantiellement dans les deux conditions d'étude. Les gains thérapeutiques étaient comparables dans les deux conditions de traitement, avec une réduction significative des symptômes de TSPT au *PTSD Symptom Scale* (PSS; Foa *et al.*, 1993) entre le prétest et le posttest dans les deux conditions d'étude ($p < 0,001$). Les auteurs rapportent des tailles d'effet élevées dans la condition TCC avec interprètes ($TE = 2,0$), dans la condition sans interprète ($TE = 3,4$) et au total ($TE = 2,6$). À l'instar des résultats d'Ardenne et collègues (2007) et malgré les petites tailles échantillonales, la nature rétrospective de l'étude et les limites de l'instrument de mesure employé, ces résultats suggèrent que le recours à un interprète n'interfère pas avec l'efficacité thérapeutique de la TCC et que cette forme de thérapie puisse contribuer à la réduction des symptômes de TSPT chez certaines personnes réfugiées.

Dans le cadre de leur étude avant / après non aléatoire avec condition comparative, Kruse et collègues (2009) ont recruté 70 hommes bosniens, réfugiés ou demandeurs d'asile, souffrant du TSPT selon la mesure au *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID; First *et al.*, 1996). Ils les ont répartis selon l'ordre d'arrivée, les 35 premiers à la condition TCC, les 35 suivants à une condition de « traitement habituel ». Les participants de la condition TCC recevaient 25 heures de TCC sans exposition aux souvenirs traumatiques, selon une approche manualisée; dans la condition de traitement habituel, ils recevaient du soutien social

et les soins médicaux habituels. Les auteurs rapportent une diminution significative des scores au HTQ (Mollica *et al.*, 1992) entre le prétest et le posttest dans la condition TCC ($TE = 2,73, p < 0,001$), comparativement à une légère augmentation significative dans la condition traitement habituel ($TE = - 0,25, p < 0,001$). Le taux de TSPT est passé de 100% à 17,6% dans la condition TCC, et s'est maintenu à 100% dans la condition traitement habituel ($p < 0,001$). Ces résultats doivent être interprétés avec prudence compte tenu des tailles échantillonnelles modestes et de la méthode d'attribution non aléatoire des participants dans les conditions de recherche. Ils suggèrent que la TCC puisse être une forme de traitement efficace pour traiter le TSPT chronique chez une proportion d'hommes bosniens, même sans le recours aux stratégies d'exposition aux souvenirs traumatiques.

Paunovic et Öst ont cherché à comparer l'efficacité de la TCC et la thérapie par l'exposition dans le traitement d'adultes réfugiés traumatisés, à l'aide d'une étude randomisée et contrôlée. Ils ont recruté 20 adultes réfugiés provenant de divers pays d'origine et les ont assignés aléatoirement à l'une des deux conditions de traitement. Ces dernières comportaient 16 à 20 séances individuelles chacune. En termes de composantes, la TCC comportait de la restructuration cognitive, des exercices d'exposition graduée en imagination et *in vivo*, et des exercices de respiration contrôlée. La condition de thérapie par exposition comportait uniquement des exercices d'exposition graduée en imagination et *in vivo*. Selon les résultats obtenus au *Clinician Administered PTSD Scale* (Blake *et al.*, 1996), la TCC et la thérapie par exposition se sont avérées aussi efficaces l'une que l'autre. Dans les deux cas, les symptômes de TSPT avaient diminué significativement entre le prétest et le posttest ($p < 0,01$), mais non entre le posttest et la relance. Le nombre de diagnostics de TSPT au posttest et la relance ne sont pas précisés. Des gains thérapeutiques significatifs ont aussi été rapportés pour les symptômes de dépression et d'anxiété et pour la qualité de vie. La portée de ces résultats est limitée par la petite taille échantillonnelle et par l'absence d'une condition contrôle. Ces résultats suggèrent cependant que la TCC et la thérapie par exposition puissent être deux formes de TCC utiles dans le traitement du TSPT complexe chez des adultes réfugiés.

Cavic et Pejovic (2005) ont cherché à évaluer l'efficacité de la TCC pour le TSPT, plus précisément d'une forme de thérapie cognitive non manualisée, en mettant sur pied une étude

préexpérimentale de type avant / après (non randomisée et non contrôlée). Ils ont constitué un échantillon de 70 adultes réfugiés présentant des « problèmes psychiques, interpersonnels ou psychosociaux ». Les caractéristiques démographiques des participants et la méthode de sélection des participants ne sont pas précisées dans l'article. Après leur avoir offert 20 séances de TCC en modalité de groupes (groupes « semi-ouverts » de 15 à 18 personnes), les symptômes de TSPT tels que mesurés par l'IES-R (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979) avaient diminué de façon significative ($p < 0,001$). Des gains thérapeutiques au niveau des symptômes de dépression et d'anxiété sont également rapportés. Compte tenu des nombreuses sources de biais possibles dans cette étude, entres autres au niveau de la sélection des participants, de l'absence d'une condition contrôle et des nombreux détails manquants, l'appui empirique qu'elle ajoute à l'hypothèse d'efficacité de la TCC pour traiter les personnes réfugiées traumatisées est modeste.

Pour leur part, Başoğlu et collègues (2004) ont décrit une étude expérimentale à cas unique, à niveaux de base multiples et à mesures répétées, où la thérapie par exposition *in vivo* a été utilisée dans le traitement du TSPT auprès d'un demandeur d'asile âgé de 22 ans. Le participant a reçu 16 séances de thérapie assistée par un interprète. Aucune amélioration symptomatique n'a été observée entre les deux niveaux de base. Des gains substantiels ont été identifiés à toutes les mesures entre le prétest et le posttest. Ces gains se sont maintenus ou ont augmenté entre le posttest et la relance de six mois. À la fin de la thérapie et à chacune des relances, l'homme ne répondait plus aux critères du TSPT selon le CAPS (Blake *et al.*, 1996). D'autre part, les gains thérapeutiques commençaient à se manifester avant l'obtention du statut de réfugié, ce qui suggère que la TCC puisse être bénéfique malgré le risque de déportation. Or, bien que le plan expérimental de cette recherche permette d'attribuer avec certitude les gains thérapeutiques au traitement offert, les résultats ne portent que sur une personne et doivent être répliqués par des études avec des protocoles intersujets.

Enfin, Schulz Marovic-Johnson et Huber (2006) ont publié une étude de cas décrivant une démarche d'intervention d'orientation TCC effectuée auprès d'une femme réfugiée. La femme, originaire de Bosnie et âgée de 64 ans, répondait aux critères du TSPT et du trouble de dépression majeure en lien avec de multiples agressions sexuelles, des événements de guerre et plusieurs pertes et deuils associés à ses expériences prémigratoires et migratoires.

Vingt-cinq rencontres de TCC individuelle, adaptée à partir de la *Cognitive Processing Therapy* (Resick et Schnicke, 1993), lui ont été offertes à domicile. En plus des stratégies thérapeutiques prévues au protocole, la thérapeute aurait abordé certaines difficultés quotidiennes et certains besoins d'ordre spirituel. À la fin du suivi, le nombre et l'intensité des symptômes de TSPT avaient diminué substantiellement pour atteindre un niveau sous-clinique. Ils n'interféraient plus avec son fonctionnement quotidien. La patiente rapportait une grande amélioration de sa qualité de vie.

Les résultats obtenus à ces différentes études suggèrent que la TCC « traditionnelle » puisse être une approche efficace pour diminuer les symptômes post-traumatiques chez des adultes réfugiés ou demandeurs d'asile. Ceci inclut des programmes d'interventions comportant des composantes telles que la psychoéducation, des techniques de relaxation ou de respiration, de la restructuration cognitive et des techniques d'exposition graduée en imagination ou *in vivo*. Certaines études évaluaient des interventions uniquement cognitives ou par exposition *in vivo*, sans exposition aux souvenirs traumatiques, avec des résultats encourageants. Ainsi, des études additionnelles sont requises pour déterminer quelles composantes de traitement sont appropriées dans le traitement d'adultes réfugiés. De plus, comme les gains thérapeutiques rapportés sont souvent modestes ou insuffisants pour que les participants ne satisfassent plus aux critères diagnostiques du TSPT, ceci indique un besoin d'études additionnelles où le traitement proposé comporterait plus de séances, ou encore comporterait des composantes de traitement additionnelles. Il y a également un besoin d'incorporer des instruments de mesure qui évalueraient les gains thérapeutiques au-delà des symptômes et critères diagnostiques du TSPT, notamment la perception des participants d'avoir bénéficié de l'intervention et l'amélioration de la qualité de vie. D'autre part, il semble que l'intervention assistée par un interprète soit aussi efficace que l'intervention dispensée en langue maternelle, ce qui peut s'avérer important dans le travail auprès de jeunes réfugiés.

b) *TCC adaptée culturellement*. Toutes les études regroupées sous la catégorie de TCC « adaptée culturellement » portent sur la *Sensation Reprocessing Therapy*, une intervention manualisée décrite précédemment. Cette forme de traitement tiendrait compte de symptômes

additionnels de TSPT (attaques de panique ciblant la région du cou et orthostatiques), spécifiques à la culture cambodgienne et à d'autres groupes culturels sud asiatiques. Les six études décrites dans cette section ont été menées par des chercheurs rattachés à la même équipe, chapcautée par Devon E. Hinton.

En 2005, Hinton et collègues ont publié les résultats d'une étude aléatoire avec condition comparative de traitement en différé. Ils ont recruté 40 participants cambodgiens réfugiés aux États-Unis et les ont assignés aléatoirement, soit à la condition de traitement immédiat (SRT1), soit à la condition de SRT offerte en différé (SRT2). Tous les participants étaient des survivants du génocide sous le régime Pol Pot. Tous souffraient d'un TSPT « résistant à la pharmacothérapie » (tel que mesuré par le SCID; First *et al.*, 1996) accompagné d'attaques de paniques culturellement spécifiques. Les participants des deux groupes ont reçu la même intervention d'orientation TCC, répartie en 12 séances et offerte en modalité individuelle. Les participants étaient évalués au moment du prétest de la SRT1, au posttest de la SRT1, au posttest de la SRT2, puis à la relance, 12 semaines après la fin du groupe SRT2. Les chercheurs ont observé des gains thérapeutiques significatifs à toutes les mesures administrées, y compris au CAPS (Weathers *et al.*, 2001; $d = 2,17$) et aux différentes mesures de panique. Alors que tous les participants du SRT2 satisfaisaient toujours aux critères diagnostiques pour le TSPT une fois la SRT1 terminée, ce taux était passé de 100% à 40% dans la condition SRT1, une différence significative ($p < 0,001$). Similairement, une fois l'intervention terminée dans la SRT2, le taux de participants répondant aux critères du TSPT dans cette condition était passé de 100% à 50% ($p < 0,001$). Les auteurs rapportent des tailles d'effet importantes à toutes les mesures administrées, y compris le CAPS.

En 2009, Hinton et collègues ont mené une autre étude selon la même procédure, recrutant cette fois 24 participants cambodgiens réfugiés aux États-Unis correspondant aux mêmes critères de sélection. Les participants ont été répartis aléatoirement en deux groupes de 12 : SRT1 et SRT2 (en différé). Aux mesures administrées s'ajoutaient maintenant une mesure de la pression sanguine et un nouveau questionnaire sur les émotions. Comme dans l'étude précédente, au posttest du SRT1, les auteurs ont observé des gains thérapeutiques significatifs à toutes les mesures administrées, y compris au CAPS (Weathers *et al.*, 2001), aux mesures portant sur la panique et à une mesure de pression artérielle systolique. Au

posttest du SRT2, l'écart de résultats entre les deux conditions d'étude s'était refermé; les différences n'étaient plus significatives. Les auteurs proposent que la SRT ait entraîné une diminution des réactions post-traumatiques, qui à leur tour auraient entraîné une diminution aux mesures de pression artérielle systolique.

Dans la même veine, en 2004, les auteurs (Hinton *et al.*, 2004) avaient aussi utilisé cette procédure de groupes de traitements offerts en différé à 12 participants vietnamiens réfugiés aux États-Unis. Les tailles échantillonales étaient donc encore plus petites ($n = 6$). Certaines différences avec les études décrites ci-haut incluent : le type de traumatismes vécus par les participants n'est pas précisé, le traitement s'échelonnait sur 11 séances, les instruments de mesure administrés incluaient le HTQ (Mollica *et al.*, 2001) et d'autres mesures pour lesquelles une traduction vietnamienne validée existait. Comme dans les études plus récentes (Hinton *et al.*, 2005; 2009), les participants répondaient aux critères du TSPT et la pharmacothérapie ne leur avait pas été bénéfique. Ils étaient assignés aléatoirement aux conditions de traitement et recevaient l'intervention en modalité individuelle. Les auteurs rapportaient que l'intervention avait été bien reçue par les participants et qu'elle s'était avérée efficace, avec des gains significatifs observés à toutes les mesures utilisées. En effet, ils ont rapporté des gains thérapeutiques significatifs à toutes les mesures entre le prétest et le posttest SRT1, y compris à la mesure de TSPT ($p < 0,01$), mais uniquement dans la condition ayant reçu le traitement actif. Puis, quand tous les participants ont eu complété le traitement, les mesures prétest-posttest SRT2 indiquaient des gains thérapeutiques importants dans les deux conditions de traitement, entre autres pour le TSPT ($TE = 2,5$). Toutefois, la petite taille échantillonnale limite la portée de ces résultats. De plus, il est impossible de départager l'effet du traitement de l'effet du thérapeute, étant donné que l'intervention a été dispensée par le même thérapeute dans les deux conditions de traitement.

Auparavant, Otto et collègues (2003) avaient recruté dix femmes cambodgiennes khmères réfugiées aux États-Unis qui présentaient un diagnostic de TSPT réfractaire à des traitements pharmacologiques précédents. Ils les ont assignées aléatoirement à l'une de deux conditions de traitement comportant une médication, la Sertraline : médication seulement ($n = 5$) ou médication accompagnée d'une SRT de groupe brève ($n = 5$). La SRT offerte comportait 10 séances et se déroulait en modalité individuelle, dans un temple bouddhiste local. Les

résultats obtenus au posttest indiquent des gains thérapeutiques substantiels à toutes mesures administrées excepté pour les symptômes dépressifs et ce, uniquement dans la condition de SRT combinée à la médication. En effet, aucun gain thérapeutique n'est associé à la condition médication seulement. Dans la condition SRT et médication combinées, les gains au CAPS (Blake *et al.*, 2003) correspondaient à des tailles d'effet variant entre 0,45 et 0,85, selon les sous-échelles.

Enfin, dans une cinquième étude, des chercheurs de la même équipe (Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006) ont évalué l'efficacité de la même intervention, cette fois dispensée auprès de trois femmes cambodgiennes khmères réfugiées aux États-Unis. Après les onze séances de psychothérapie individuelle, les trois femmes rapportaient une diminution marquée des attaques de panique associées à la région du cou et des reviviscences associées. Selon les données recueillies au HTQ (Mollica *et al.*, 2001), les auteurs rapportent des améliorations découlant de l'intervention à toutes les mesures utilisées. Entre autres, les scores au HTQ ont diminué de 33% entre le prétest et le posttest.

Enfin, en 2006, des chercheurs de la même équipe ont publié deux études expérimentales à cas uniques, intrasujets et à niveaux de base multiples (Hinton, Pich *et al.*, 2006; Hinton, Safren *et al.*, 2006). Dans les deux cas, trois participants adultes réfugiés étaient recrutés selon s'ils satisfaisaient aux critères du TSPT et rapportaient ressentir des attaques de panique culturellement spécifiques. Dans une étude, il s'agissait de femmes cambodgiennes âgées de 48, 51 et 58 ans (Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006). Dans l'autre, les participants étaient deux hommes et une femme originaires du Vietnam, âgés de 51, 53 et 56 ans (Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006). Les traitements offerts étaient identiques, comportant chacun 11 séances hebdomadaires de thérapie individuelle selon le protocole SRT. Les instruments de mesure utilisés étaient les mêmes, y compris le module de TSPT du SCID (First *et al.*, 1996) et le HTQ (Mollica *et al.*, 1992), versions vietnamiennes ou cambodgiennes selon l'étude. En termes de résultats, dans les deux études, les chercheurs ont rapporté une diminution significative du nombre d'attaques de paniques culturellement spécifiques suite à l'implantation du traitement. De plus, ils ont rapporté une amélioration d'au moins 30% dans les scores à toutes les mesures de psychopathologies entre le prétest et

le posttest, notamment une réduction du score au HTQ de 33% (Hinton *et al.*, *Somatic-Focused...*, 2006) ou 36% (Hinton *et al.*, *Cognitive-Behavior...*, 2006).

Ces études démontrent comment une forme de TCC pour le TSPT qui est adaptée sur mesure pour tenir compte de symptômes culturellement spécifiques peut être bien reçue et générer des gains thérapeutiques considérables auprès de participants vietnamiens et cambodgiens. Bien sûr, comme toutes ces études évaluent l'efficacité de la SRT, il est impossible de généraliser ces résultats à toutes les formes de TCC adaptées culturellement. De plus, il n'est pas possible de savoir si un traitement de TCC traditionnel aurait généré des résultats différents. Dans le même ordre d'idées, comme toutes ces études portent sur des adultes réfugiés cambodgiens et vietnamiens, leurs résultats ne peuvent pas être généralisés à des personnes d'autres cultures, à des demandeurs d'asile cambodgiens et vietnamiens, ou encore à de jeunes réfugiés cambodgiens et vietnamiens. Ces résultats suggèrent simplement qu'il peut être intéressant et bénéfique d'envisager d'adapter culturellement la TCC pour le TSPT.

c) *NET et TT*. L'approche par exposition aux narratifs et la thérapie par les témoignages ont été décrites précédemment. La NET a été conçue par les fondateurs du regroupement *vivo*⁷, une alliance incluant des professionnels expérimentés dans le domaine de la traumatologie qui coordonne des services de santé mentale dans des plusieurs pays sous-développés. Le regroupement a une forte orientation recherche. La plupart des études décrites dans cette section ont été mises sur pied par des chercheurs de ce regroupement.

Neuner et collègues ont publié, en 2008, une étude randomisée et contrôlée comportant des échantillons de grande taille. Les chercheurs ont recruté 277 adultes rwandais et somaliens réfugiés en Ouganda qui répondaient aux critères du TSPT. L'étude visait à déterminer si la NET pouvait être administrée avec succès par des intervenants locaux formés par les auteurs. Les participants ont été assignés aléatoirement à recevoir six séances de NET ($n = 111$), six séances d'une intervention thérapeutique flexible orientée sur les traumatismes (TA; $n = 111$) ou aucune intervention (condition contrôle; $n = 55$). Après avoir reçu six

⁷ www.vivo.org

semaines de formation en intervention, neuf intervenants locaux ont pu offrir l'intervention à tous les participants des deux conditions d'intervention. Les participants NET et TA recevaient six rencontres d'intervention échelonnées sur trois semaines, la NET portant sur l'exposition au récit narratif de l'histoire de vie, la TA portant sur la gestion des difficultés actuelles et leur lien avec les événements vécus dans le passé. Selon les scores fournis au PDS (Foa, 1995), la NET et la TA administrées par des aidants naturels formés ont été démontrées aussi efficaces l'une que l'autre et significativement plus efficaces que la condition contrôle. En effet, à la fin des suivis individuels, 70 % des personnes ayant reçu la NET et 65 % des personnes ayant bénéficié de la TA ne rencontraient plus les critères diagnostiques du TSPT, comparativement à 37 % des participants assignés à la condition contrôle. De plus, les auteurs ont rapporté un taux d'abandon thérapeutique significativement plus élevé dans la condition TA (21 %) comparativement à la condition NET (4 %). Ils formulent l'hypothèse que la visée collective de l'approche (document écrit permettant de documenter les violations des droits humains, comme dans la thérapie par les témoignages) était plus pertinente aux yeux des participants que la psychothérapie plus conventionnelle.

Dans une étude randomisée et contrôlée précédente, de moins grande envergure, Neuner et collègues (2004) ont cherché à comparer l'efficacité de trois formes d'intervention couramment offertes aux réfugiés traumatisés : la NET, la thérapie de soutien (TA) et la psychoéducation (PED). Pour ce faire, ils ont aléatoirement assigné 43 adultes soudanais réfugiés répondant aux critères du TSPT à quatre séances de NET ($n = 17$), quatre séances de TA ($n = 14$) ou une séance de PED ($n = 12$). Entre le prétest et la relance 1 an, les scores de TSPT au PDS (Foa, 1995) et au CIDI (WHO, 1997) avaient diminué significativement dans la condition NET ($TE = 1,6$), mais non dans les deux autres conditions. De plus, toujours à la relance 1 an, 29 % des personnes ayant bénéficié de la NET satisfaisaient encore aux critères du TSPT, comparativement à 79 % pour le groupe TA et 80 % pour les personnes assignées à la PED. Comme les études portant sur la KIDNET, les services de psychothérapie étaient dispensés en contexte de camp de réfugiés, donc dans des conditions de vie relativement précaires. Ceci démontre que des gains thérapeutiques sont possibles dans les conditions de vie de camp, auprès d'une population multitraumatisée. Malgré tout, même les personnes qui

ont reçu l'intervention NET présentaient encore des symptômes importants de psychopathologie, un an après le traitement.

Dans une autre étude randomisée contrôlée, plus récente cette fois, des chercheurs de la même équipe (Neuner *et al.*, 2010) ont cherché à évaluer l'efficacité de la NET lorsqu'utilisée auprès de demandeurs d'asile d'âge adulte. Pour ce faire, ils ont constitué un échantillon de 32 demandeurs d'asile provenant de divers pays, y compris la Turquie (78%), les Balkans (13%) et certains pays africains (9%). Tous rencontraient les critères diagnostiques du TSPT au CIDI (WHO, 1997). Les participants ont été assignés aléatoirement soit à la condition de NET ($n = 16$), soit à une condition de traitement usuel (TA; $n = 16$). Les participants assignés à la NET recevaient en moyenne 8,79 (5 à 17) séances de thérapie basée sur un protocole manualisé; les participants assignés à la condition TA étaient encouragés à poursuivre les suivis entrepris auprès de diverses ressources communautaires, où l'intervention n'était jamais ciblée sur les traumatismes passés et où le contenu était très variable. Au niveau des résultats, les auteurs rapportent des gains thérapeutiques significativement plus élevés dans la condition NET que dans la condition TA (TE inter-groupes = 1,04 au PDS), avec une diminution significative des scores au PDS entre le prétest et le posttest dans la condition NET ($TE = 1,6$). De plus, pour la majorité des participants du groupe NET, les gains thérapeutiques observés étaient statistiquement significatifs. Malgré tout, tous les participants sauf un répondaient toujours aux critères diagnostiques pour le TSPT après le traitement, donc ces résultats sont jugés insatisfaisants. Les auteurs expliquent ce phénomène par l'intensité des symptômes initiaux et par la menace constante de déportation qui pesait sur la majorité des participants durant l'étude.

Tout récemment, Halvorsen et Stenmark (2010) ont publié une étude préexpérimentale non contrôlée de type avant / après afin d'obtenir des données préliminaires sur l'efficacité de la NET auprès de réfugiés adultes ayant subi de la torture. Seize personnes réfugiées ont été recrutées pour cette étude. La moitié d'entre elles étaient originaires d'Irak et les autres provenaient de pays divers. Tous avaient subi de la torture et satisfaisaient aux critères diagnostiques du TSPT (CAPS; Blake *et al.*, 1995). Après dix séances de NET, les auteurs ont observé des gains thérapeutiques modérés au CAPS entre le prétest et le posttest. Entre 40% et 65% des participants ne satisfaisaient plus aux critères diagnostiques du TSPT à la

relance, selon la grille d'analyse utilisée. Par ailleurs, plus de 60% des participants sont considérés avoir démontré des gains cliniquement significatifs entre le prétest et la relance. Dans le cas de trois participants (18,75%), les symptômes se sont maintenus et, dans l'un de ces cas, les symptômes au CAPS ont augmenté de façon significative au cours de l'étude. Compte tenu de la gravité des symptômes posttraumatiques initiaux dans cet échantillon, ces résultats préliminaires encourageants suggèrent que la NET puisse être bien reçue et bénéfique dans le traitement du TSPT chez certaines personnes réfugiées qui ont subi de la torture. Toutefois, compte tenu de l'exacerbation des symptômes chez un participant, la prudence semble être de mise dans des études futures.

Neuner et collègues (2002) ont aussi publié une étude de cas où une femme réfugiée originaire de Macédoie a bénéficié de quelques rencontres de NET malgré des symptômes de dissociation graves avant l'intervention. En effet, la participante rapportait une réduction substantielle de symptômes de TSPT au PDS (Foa, 1995) après seulement trois rencontres de NET échelonnées sur cinq jours. De plus, selon les propos des auteurs, l'humeur dépressive et les symptômes de dissociations avaient disparu en grande partie après l'intervention. Dans cet exemple, la présence de symptômes de dissociation ne semble pas avoir été une contre-indication au traitement, ni avoir interféré avec la capacité de la cliente de bénéficier de l'intervention. Cette précision est importante, car l'usage de l'exposition en imagination aux souvenirs traumatiques est parfois contre-indiqué auprès de personnes présentant des symptômes dissociatifs graves (Brillon, 2004). Or, tels qu'ils seront décrits plus loin, les symptômes dissociatifs peuvent être fréquents chez des personnes provenant de cultures non occidentales (Kirmayer, 1996).

Enfin, Weine et ses collègues (Weine et al., 1998) ont tenté d'évaluer empiriquement l'efficacité de la thérapie par les témoignages à l'aide d'une étude préexpérimentale de type avant / après, non randomisée et non contrôlée. Ils ont dispensé quatre à huit rencontres individuelles de TT à 20 adultes bosniaques, réfugiés aux États-Unis après avoir survécu au génocide dans leur pays d'origine. Tous les participants répondaient aux critères du TSPT avant l'intervention. Weine et ses collègues ont rapporté une diminution substantielle de la gravité des symptômes post-traumatiques et du nombre de diagnostics de TSPT entre le début de l'étude, la fin du traitement et la dernière relance (six mois après la fin du traitement). En

effet, de 100 % des participants répondant aux critères du TSPT au prétest, ce taux est passé à 75 % après le témoignage, à 70% à la relance 2 mois, puis à 52 % six mois après le témoignage. Les scores au *PTSD Symptoms Scale* (PSS-SR; Foa *et al.*, 1993) ont diminué de façon importante à toutes les sous-échelles de symptômes. Les auteurs ont aussi rapporté une diminution des symptômes dépressifs comorbides ainsi qu'une amélioration du niveau de fonctionnement global. Aucun participant n'avait rapporté de répercussions négatives apparentes associées à l'intervention et les gains thérapeutiques s'étaient maintenus ou avaient augmenté durant la période des relances.

Ces études suggèrent que la NET et la TT peuvent être des approches bien reçues par certaines personnes réfugiées et qu'elles peuvent entraîner des réductions notables de réactions posttraumatiques. Il est probable que les personnes réfugiées répondent mieux à cette forme de traitement que les demandeurs d'asile. De plus, il semble que la NET entraîne de meilleurs résultats que les traitements alternatifs évalués jusqu'à présent. Ces résultats sont encourageants, même si de façon générale il peut y avoir beaucoup de symptômes de TSPT résiduels au posttest et à la relance.

d) *Thérapie psychodynamique.* Deux études recensées portent sur l'approche psychodynamique. Elles diffèrent au niveau du type de devis, des tailles échantillonales, de la présence de conditions contrôle et de la modalité de traitement. Il est donc difficile de les comparer. Toutes deux de niveau de preuve scientifique faible (ANAES, 2001), elles sont présentées en ordre chronologique selon la date de publication.

L'étude publiée par Drozdek (1997) est construite selon un devis de type avant / après, sans assignation aléatoire, mais avec conditions comparatives. Parmi un échantillon de 120 hommes bosniaques nouvellement réfugiés en Norvège, l'auteur a recruté 42 personnes qui satisfaisaient aux critères diagnostiques du TSPT après avoir survécu à des camps de concentration (*Watson Questionnaire for PTSD*; Watson *et al.*, 1991). Selon les préférences des thérapeutes et des participants, les 42 hommes intéressés par le projet ont été répartis en trois conditions de traitement : psychothérapie de groupe, psychothérapie de groupe et pharmacothérapie (anxiolytiques ou antidépresseurs, selon leur profil symptomatique), ou

pharmacothérapie seule. Le nombre de participants assignés à chaque condition de recherche n'a pas été spécifié par l'auteur. La psychothérapie offerte, échelonnée sur 48 rencontres réparties sur 6 mois, est décrite comme de la « thérapie de la réalité et psychodynamique ». L'auteur a ensuite sélectionné 50 hommes de façon aléatoire, 30 parmi les participants à chaque condition de traitement, 10 parmi les personnes ayant refusé de participer et 10 parmi les personnes sans TSPT. Des statistiques effectuées sur cet échantillon suggèrent qu'au posttest, toutes catégories de traitement confondues, 73 % des participants traités ne satisfaisaient plus aux critères diagnostiques du TSPT, comparativement à 10 % des hommes ayant refusé le traitement. Après trois ans, cette proportion avait augmenté à 83 % parmi les participants ayant reçu un traitement, comparativement à 60 % des hommes ayant refusé l'intervention. Ces résultats suggèrent qu'une intervention psychothérapeutique, pharmacologique ou combinée est supérieure à l'absence de traitement, et ce, surtout dans les premières années dans le pays d'accueil. Ils doivent cependant être interprétés avec précaution, puisque cette étude comporte des lacunes méthodologiques importantes, notamment au niveau des petites tailles échantillonnelles, de l'assignation non aléatoire des participants aux conditions de traitement et du manque de précisions concernant les différences entre les hommes ayant reçu l'intervention et ceux l'ayant refusée. De surcroît, la description de l'intervention utilisée est pauvre en détail et ne repose pas sur un protocole de traitement manualisé.

Pour leur part, Holmqvist et collègues (2006) ont mis sur pied une étude rétrospective de type avant / après, non randomisée et non contrôlée, dans le but de déterminer si la thérapie brève pouvait amener dans changement dans la perception de soi chez des participants réfugiés traumatisés. Ils ont analysé les données d'une étude passée, pour laquelle 14 personnes réfugiées avaient complété le traitement et les différentes évaluations prévues. Les participants provenaient surtout d'ex-Yougoslavie, mais aucune autre caractéristique n'est rapportée par les auteurs. Un diagnostic de TSPT n'était pas un pré requis pour participer à l'étude, mais les symptômes de TSPT étaient mesurés à l'aide du PTSS-10 (Eid *et al.*, 1999; Scott et Dua, 1999). Au total, les participants avaient reçu une moyenne de 15 séances de psychothérapie (6 à 34 séances) d'orientation psychodynamique, administrée selon l'approche phasique proposée par Herman (1992). Au niveau des résultats, les auteurs

rapportent que les symptômes de TSPT avaient diminué entre le prétest, le posttest et les relances ($TE = 3,0$). En général, les différences aux questionnaires entre les moments de mesures étaient significatives ($TE = 1,09, p < 0,001$). Cependant, les auteurs précisent que les changements au niveau de l'image de soi étaient modestes. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la nature rétrospective de l'étude, de l'absence d'une condition contrôle, de la petite taille échantillonnale, du manque de précisions sur les participants et sur l'intervention offerte (non manualisée, difficilement reproductible). Ils suggèrent toutefois qu'une intervention psychodynamique puisse être efficace pour réduire les symptômes de TSPT rapportés par des personnes réfugiées, sans pourtant améliorer leur perception de soi.

e) *Traitement multimodal*. Une seule étude a été difficile à catégoriser, car elle porte sur l'étude de l'efficacité d'une intervention multimodale. Palic et Elklit (2009) ont mené une étude de traitement de type avant / après non randomisée et non contrôlée. Pour ce faire, à partir des personnes fréquentant une clinique communautaire pour personnes réfugiées, ils ont constitué un échantillon de 32 adultes réfugiés, la majorité originaire de Bosnie, du Liban ou d'Irak. Tous satisfaisaient aux critères diagnostiques du TSPT selon l'ICD-10 (OMS, 1992), en lien avec des événements de guerre. Les participants se sont fait offrir une intervention multidisciplinaire échelonnée sur 16 à 18 semaines, comportant une rencontre de psychothérapie (surtout TCC non manualisée, parfois EMDR) et une rencontre de physiothérapie (thérapie sur la conscience du corps et éducation sur la gestion de la douleur) chaque semaine, avec un maintien des suivis en pharmacothérapie et des rencontres de travail social occasionnelles. Vingt-six participants ont complété le suivi et toutes les mesures. Les chercheurs ont rapporté une réduction significative des scores de TSPT au HTQ (Mollica *et al.*, 1992; 2001) entre le prétest et le posttest ($p < 0,0005$), maintenue à la relance. Ils ont également rapporté des améliorations significatives à toutes les mesures cliniques administrées, mais celles-ci étaient associées à des gains thérapeutiques modestes seulement. Le diagnostic de TSPT à l'ICD-10 s'était maintenu pour tous les participants, excepté deux qui s'étaient plutôt vu attribuer le diagnostic *Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe*. Si les diagnostics avaient plutôt été établis selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000), les auteurs précisent qu'ils seraient passés de 100% à 88,5%

au posttest, puis à 96,2% à la relance. Ainsi, ce programme de traitement qui combine TCC et physiothérapie est associé à des gains statistiquement significatifs à la plupart des mesures administrées, mais à des gains thérapeutiques plus modestes. Les chercheurs proposent que ces résultats soient dus à la gravité et la chronicité des traumatismes vécus par les participants. Ils ajoutent que le recours à une intervention non manualisée limite la capacité à réfuter l'hypothèse que des effets de thérapeute ou des effets de composantes de traitement puissent expliquer la variabilité des résultats.

f) *Études portant sur les jeunes immigrants.* Les deux études recensées portant sur les jeunes immigrants évaluent l'efficacité de la CBITS (Stein *et al.*, 2003), un protocole de TCC qui cible le TSPT, l'anxiété et la dépression chez les jeunes exposés à de la violence dans leur communauté. Il s'agit d'un protocole de traitement offert en modalité de groupe en contexte scolaire et qui s'adresse à des jeunes de diverses cultures.

Kataoka et collègues (2003) ont évalué l'efficacité du protocole CBITS (version de huit rencontres) dans le cadre d'une étude contrôlée et partiellement randomisée, qu'ils qualifient de « projet pilote ». Ils ont administré un questionnaire de dépistage auprès d'élèves fréquentant des écoles à forte concentration d'immigrants provenant de pays d'Amérique Latine. Ceci leur a permis d'identifier des jeunes décrivant avoir été exposés à de la violence dans leur communauté, rapportant des symptômes cliniquement significatifs de TSPT (90%), de dépression uniquement (10%), ou des deux troubles en comorbidité (32%). Au total, parmi les jeunes recrutés et assignés aléatoirement aux conditions d'étude, 198 jeunes ont complété leur participation jusqu'à la relance : 67 dans la condition de traitement CBITS immédiat, 46 dans une condition contrôle de liste d'attente (avec intention de traiter ultérieurement). En cours d'année scolaire, 85 nouveaux élèves éligibles se sont ajoutés de façon non aléatoire à la condition de traitement ($n = 152$). Concernant l'intervention offerte, elle comportait huit séances CBITS, administrées à l'école, par petits groupes de 5 à 8 personnes. Selon les résultats obtenus aux questionnaires CPSS (Foa *et al.*, 2001) et CDI (Kovacs, 1992), les auteurs rapportent qu'au moment de la relance, les jeunes assignés à la condition intervention rapportaient significativement moins de symptômes de TSPT et de dépression que les jeunes assignés à la liste d'attente. Les gains observés étaient toutefois modestes. Les auteurs ont

également observé que certaines caractéristiques des jeunes étaient associées à des scores de TSPT plus bas à la relance, y compris le pays d'origine (autre que le Mexique). Ces données suggèrent qu'offrir une TCC pour le TSPT en contexte scolaire puisse être bénéfique pour certains jeunes immigrants latino-américains. De plus, l'impact du pays d'origine sur la variance des scores de TSPT à la relance suggère qu'il pourrait être préférable de modifier le traitement selon chaque culture ou sous-culture. Bien entendu, certaines sources de biais méthodologiques limitent la généralisabilité de ces résultats, principalement l'assignation aléatoire partielle des participants, l'information insuffisante à propos des cas d'attrition, le recours à des instruments traduits, mais non validés et le recours exclusif à des questionnaires autoadministrés.

De son côté, Feldman (2007) a exploré la faisabilité d'adapter culturellement le protocole CBITS pour une population de jeunes immigrants originaires d'Amérique Latine, en intégration dans une communauté américaine majoritairement anglophone et de niveau socioéconomique moyen. Après avoir offert l'intervention CBITS à un groupe de huit jeunes immigrants traumatisés, l'auteure rapporte une réduction significative des symptômes de TSPT au CPSS (Foa *et al.*, 2001) entre le prétest et la relance ($p < 0,005$). Toutefois, les symptômes de dépression n'ont pas diminué suite à l'intervention.

Les résultats obtenus à ces deux études suggèrent que la CBITS est un protocole d'intervention possiblement efficace pour diminuer les symptômes de TSPT et certains symptômes comorbides chez des jeunes immigrants latino-américains de première génération. Comme ces jeunes ont l'expérience migratoire en commun avec les jeunes réfugiés, il est donc possible de penser que la CIBITS pourrait être utile pour venir en aide aux jeunes réfugiés traumatisés.

2.2.3.4 Seconde discussion partielle

Les études portant sur les adultes réfugiés et demandeurs d'asile qui satisfont aux critères diagnostiques du TSPT sont plus nombreuses que les études portant sur les enfants et

adolescents réfugiés. Au total, 22 études portant sur des adultes réfugiés et deux études portant sur de jeunes immigrants ont été retenues et analysées pour la seconde recension.

La plupart des chercheurs tentaient d'évaluer l'efficacité de la TCC traditionnelle ou adaptée culturellement. Quelques-unes portaient également sur la NET, une approche pouvant être considérée analogue à la TCC en raison des similitudes au niveau du recours à l'exposition prolongée en imagination aux souvenirs traumatiques.

Les résultats tendent à être encourageants, avec des diminutions symptomatiques significatives pour le TSPT dans la majorité des études recensées. Dans certaines études, les auteurs ont même rapporté des taux de rémission élevés pour le TSPT. Toutefois, possiblement vu la chronicité du TSPT et la gravité des expériences traumatiques vécues, les symptômes résiduels étaient souvent nombreux.

Qu'il s'agisse de TCC traditionnelle ou culturellement adaptée, les adultes réfugiés traumatisés présentant des réactions posttraumatiques semblaient bénéficier de l'intervention, selon les mesures choisies par les chercheurs. Les résultats sont moins clairs pour les demandeurs d'asile et les victimes de torture. Bien entendu, des études de plus grande qualité de preuve, y compris des études aléatoires contrôlées avec grandes tailles échantillonales, sont requises.

Les études auprès de jeunes immigrants présentant des réactions post-traumatiques sont également insuffisantes pour tirer des conclusions. Il semble cependant que l'application du protocole CBITS, un protocole TCC, soit associée à des résultats encourageants quoique modestes.

Dans le cas des études auprès de participants adultes réfugiés ou jeunes immigrants, l'impact des caractéristiques des participants, ainsi que des caractéristiques et composantes du traitement, doit être étudié davantage pour être mieux compris. Des instruments de mesure qui évaluent la présence de symptômes problématiques autres que le TSPT (notamment les symptômes considérés problématiques par les participants) seraient importants à ajouter. De plus, des mesures évaluant la perception de changement chez les participants eux-mêmes seraient pertinentes.

2.3 Discussion, recensions 1 et 2

Le champ d'étude qui s'intéresse à l'efficacité des interventions psychothérapeutiques pour traiter les personnes réfugiées de tous âges est encore jeune, mais en pleine expansion. Plusieurs chercheurs tentent de trouver des avenues de traitement recevables par les jeunes et adultes réfugiés qui génèrent des gains thérapeutiques importants au niveau du TSPT. Pour ce faire, certains ont cru bon de commencer par évaluer l'impact d'interventions démontrées efficace auprès de personnes traumatisées non réfugiées, notamment la TCC et des approches dérivées.

Selon l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de se prononcer sur l'efficacité de programmes d'intervention destinés aux enfants et adolescents réfugiés. Des données préliminaires en faveur de la KIDNET ont été publiées, mais nécessitent d'être répliquées à l'aide d'études expérimentales auprès d'échantillons de grandes tailles.

Les études retenues dans la seconde recension peuvent possiblement orienter les recherches de traitement futures auprès des jeunes réfugiés. Les rapprochements entre les populations étudiées doivent être dressés avec précaution. En effet, bien que les traitements construits et offerts à des jeunes soient parfois inspirés de ceux qui ont été démontrés efficaces auprès d'adultes, des particularités développementales propres aux jeunes peuvent complexifier ce genre de transposition. Il peut être débattu que les résultats encourageants obtenus auprès d'adultes réfugiés traumatisés laissent croire que la TCC et la NET puissent être des approches intéressantes et efficaces pour traiter certains jeunes réfugiés. D'ailleurs, ces résultats peuvent être perçus comme corroborant les données insuffisantes par rapport à la KIDNET.

D'un point de vue plus large, ces études portent à croire que les expériences prémigratoires et migratoires vécues par des adultes réfugiés et la compréhension culturelle des difficultés qu'ils vivent ne font pas ou peu obstacle à l'usage de la TCC; la TCC peut être une approche de traitement bien reçue par certaines personnes réfugiées et potentiellement efficace pour réduire les réactions post-traumatiques. Sur cette base de similitudes, les jeunes réfugiés pourraient aussi bien bénéficier de la TCC que les adultes réfugiés. Les résultats

d'études portant sur des jeunes immigrants vont dans le même sens. Les jeunes réfugiés sont semblables aux jeunes immigrants en fonction des caractéristiques développementales, de l'expérience migratoire et des différences culturelles pouvant faire obstacle au traitement. Les résultats préliminaires encourageants avec la CBITS suggèrent que la TCC puisse être bien reçue et potentiellement efficace malgré ces différences importantes.

Chose certaine, des études additionnelles sont requises sur le traitement du TSPT chez les jeunes réfugiés et immigrants.

2.4 Limites des études retenues et des recensions effectuées

Les limites des études incluses dans ces recensions ont été décrites précédemment. Elles concernent les différentes sources de biais méthodologiques entourant les tailles échantillonales modestes, l'absence d'une condition contrôle, l'assignation non aléatoire des participants aux conditions d'étude, le choix des instruments de mesure non validés dans la langue des participants, la non-adhérence à un protocole de traitement reproductible, l'attrition importante ou non rapportée et la non-intégralité des données au posttest et aux moments de relance. Les études effectuées auprès de jeunes réfugiés comportaient plusieurs de ces limites et correspondaient surtout au niveau de preuve scientifique faible. La plupart ne comportaient aucune condition contrôle et avaient une taille échantillonale modeste. Parmi les études auprès d'adultes, les études de qualité scientifique intermédiaire selon les critères de l'ANAES (2001) étaient plus fréquentes, mais seulement une étude correspondait à un niveau de preuve scientifique fort.

Parmi les limites moins fréquemment abordées, mentionnons l'hétérogénéité dans les échantillons. Certains auteurs ont recruté des participants provenant de plusieurs pays pour participer à leur étude, avec des compositions d'échantillons variables. D'autres chercheurs ont constitué des échantillons très homogènes au niveau du pays d'origine, du type de traumatismes vécus, du temps écoulé depuis le traumatisme et même du genre. La généralisabilité de résultats obtenus par des études portant sur des échantillons homogènes est plus restreinte que lorsque les échantillons sont hétérogènes. Par exemple, les études

recensées auprès de jeunes immigrants portent sur des jeunes âgés de 11 à 13 ans, originaires de pays d'Amérique latine. Il est impossible de savoir comment ces résultats obtenus reflètent les sentiments et réactions d'enfants plus jeunes ou plus vieux, ou encore de jeunes immigrants provenant d'autres continents. En contrepartie, les échantillons hétérogènes ajoutent des sources de variance parfois difficiles à contrôler et à tenir compte dans l'interprétation des résultats. Par exemple, lorsque des échantillons comportent à la fois des personnes réfugiées et des demandeurs d'asile, les résultats modestes ou mitigés portent à se questionner sur l'impact du « statut » sur l'efficacité de l'étude. Ceci est d'autant plus vrai quand la taille échantillonnale est restreinte.

D'autres formes d'hétérogénéité entre les études qui méritent mention concernent le type d'instruments de mesure employé, le fait d'inclure uniquement des participants qui répondent aux critères du TSPT ou de permettre l'inclusion de participants présentant des symptômes sous-cliniques, l'évaluation de troubles comorbides et la modalité d'intervention (et la taille des groupes, s'il y a lieu). Toutes ces caractéristiques limitent la comparabilité des études publiées, complexifient la tâche d'interprétation des données et incitent à la prudence dans la formulation de conclusions.

Quelques limites des deux recensions effectuées méritent également mention. Une première catégorie de limites concerne la méthodologie employée. Entre autres, aucun second avis n'a été sollicité pour le choix des mots-clés inscrits dans les moteurs de recherche, ni pour établir les critères d'inclusion et d'exclusion des études. Cependant, dans un cas comme dans l'autre, l'auteure a été à même de constater des choix similaires employés par les auteurs de recensions récentes (Crumlish et O'Rourke, 2010; Palic et Elklit, 2010). De plus, bien qu'un accord interjuges soit souhaitable dans la sélection des études en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion, des contraintes de temps n'ont pas permis ce type de démarche. Toutefois, comme en ce qui concerne le choix des mots-clés et des critères de sélection, des recensions d'écrits récemment publiées semblaient appuyer les décisions prises; certaines des mêmes études étaient exclues pour des motifs semblables et la plupart des études incluses dans des recensions similaires avaient été considérées pour inclusion dans la thèse.

En ce qui concerne le choix des critères de sélection, précisons que certains choix peuvent sembler arbitraires. C'est le cas, par exemple, de la décision d'exclure les études portant sur des personnes réfugiées rapatriées. Il était présumé que le fait d'être de retour dans leur pays natal pourrait avoir un effet imprévisible sur les réactions post-traumatiques, difficile à départager de l'effet du traitement. Similairement, dans la seconde recension, les études portant sur des jeunes de diverses cultures, mais non immigrants, de même que sur les jeunes immigrants de 2^e génération ou plus, étaient exclues, car le fait d'avoir vécu l'expérience de migration était considéré une similitude importante avec les jeunes réfugiés. Il est possible que d'utiliser des critères de sélection moins restrictifs ait permis l'inclusion d'études menant à des nuances différentes et intéressantes.

D'autre part, concernant la démarche de recherche d'études, aucune « littérature grise » n'a été consultée, aucune recherche manuelle de revues n'a été effectuée et l'auteure n'a pas communiqué avec des experts dans le domaine de l'intervention auprès de personnes réfugiées pour tenter de repérer des études pertinentes non incluses dans les bases de données. Il est possible que ceci ait installé un biais de publication, puisqu'il est reconnu que les études où le traitement s'est avéré peu ou pas efficace ont moins tendance à être publiées (Higgins et Green, 2006). Les contraintes de temps n'ont pas permis d'effectuer ces démarches importantes. Malgré tout, comparativement à la littérature recensée dans une recension récente où ces démarches avaient été effectuées (Crumlish et O'Rourke, 2010), rien n'indique que des études importantes aient été omises.

Par ailleurs, les recherches documentaires ont été effectuées sur des bases de données anglophones, à l'aide de mots-clés formulés en français et en anglais. Ainsi, il est possible que des études pertinentes publiées en d'autres langues aient été exclues. D'ailleurs, deux études ont été exclues de la seconde recension en raison de la langue de publication. Comme il s'agissait de deux études dont l'inclusion demeurait à déterminer, il n'a pas été possible de consulter les publications afin de constater si les critères de sélection étaient satisfaits. Cependant, comme les bases de données consultées incluaient des études publiées dans des langues autres que l'anglais, il a néanmoins été possible de constater que les publications en langue anglaise formaient la quasi-totalité des études pertinentes. Il est ainsi peu probable que

plusieurs publications centrales aient été exclues de l'analyse et que les conclusions tirées soient erronées.

Une caractéristique des deux recensions décrites dans cette thèse peut être perçue comme une limite. En effet, le fait de recenser non seulement les études de grande qualité méthodologiques, mais également toutes les études de niveaux de preuve faibles peut avoir eu l'effet de mettre une emphase indûment grande sur des études biaisées. Cette stratégie permet toutefois de constater l'état réel des connaissances dans le domaine, ce qui constitue un avantage. Un grand soin a été pris pour nuancer les propos dans les sections de discussion, afin d'accorder davantage d'importance aux études plus rigoureuses et de ne pas tirer de conclusions uniquement sur la base d'études de niveau de preuve faible.

Une autre limite de ces recensions concerne les regroupements d'études en fonction de l'approche de traitement. Cette décision a été prise en tenant compte du nombre d'études retenues. Toutefois, il faut admettre que certaines des études ainsi regroupées étaient peu comparables. Par exemple, les deux études portant sur l'efficacité de l'approche psychodynamique auprès d'adultes réfugiés se distinguaient au niveau du devis de recherche, des caractéristiques de participants, de la modalité d'intervention et même des caractéristiques du traitement. Dans une telle situation, le regroupement peut paraître arbitraire. Or, les limites en terme de comparabilité des études regroupées ont été mentionnées au fur et à mesure du texte.

D'un autre côté, certaines catégories d'études regroupaient des études très similaires. Par exemple, la catégorie des études portant sur la TCC « adaptée culturellement » comportait uniquement des études sur la SRT. Selon toutes probabilités, cette forme d'intervention n'est pas représentative de toutes les formes de TCC adaptées pour tenir compte de la culture. Dans un même ordre d'idées, la SRT et la NET sont deux formes d'intervention surreprésentées parmi l'ensemble des études recensées. Il était donc important de nuancer les propos à ces égards.

Enfin, le fait qu'aucun auteur n'ait spécifiquement évalué les symptômes de TSPT complexe ou entrepris de traiter les réactions associées au TSPT complexe constitue une

autre lacune, étant donné que les participants avaient été exposés à des événements traumatiques répétés ou multiples dans la quasi-totalité des cas.

2.5 Conclusions

En conclusion, la littérature empirique au sujet de l'efficacité d'interventions cognitivo-comportementales auprès de jeunes réfugiés traumatisés est en émergence. Les travaux empiriques disponibles actuellement sont encourageants, mais insuffisants pour orienter le travail thérapeutique auprès de cette clientèle culturellement hétérogène, souvent multitraumatisée et confrontée aux stressors d'acculturation. Malgré tout, les fondements théoriques sur lesquels repose la TCC sont considérés pertinents à l'intervention auprès de cette clientèle.

Cependant, si les études portant sur les adultes réfugiés et sur les jeunes immigrants peuvent fournir des indices sur des formes d'intervention potentiellement efficaces dans le traitement des jeunes réfugiés, ceci porte à penser que la TCC puisse être une approche utile auprès de cette population malgré l'absence de données empiriques claires actuellement.

Deux recensions d'écrits systématiques ont également mis en lumière le nombre très limité de publications où des approches d'intervention autres que la TCC ont été évaluées. Tel que mentionné précédemment, l'emphase mise sur la TCC dans cette thèse ne vise pas à communiquer une conviction que la TCC constitue la seule approche de traitement qui soit valable, ni même qu'elle est potentiellement plus efficace que d'autres approches. Des études portant sur une variété d'approches et de formes de traitement permettraient probablement d'envisager l'intervention auprès des enfants et adolescents réfugiés sous des angles nouveaux et pertinents.

Néanmoins, la TCC est l'approche qui a reçu l'appui empirique le plus solide dans les études auprès d'adultes réfugiés jusqu'à présent. Les résultats publiés sont encourageants. Ils suggèrent que la TCC est une approche thérapeutique sécuritaire, bien acceptée par des participants de diverses cultures et efficace pour contribuer à réduire la symptomatologie

traumatique découlant de l'exposition répétée à des événements de guerre. Aussi, le recours à des interprètes ne semble pas nuire à l'efficacité thérapeutique de la TCC. À la lumière de ces résultats et comme la TCC est également l'approche la plus solidement appuyée empiriquement dans les études auprès de jeunes non-réfugiés, l'absence de données claires dans les quelques études recensées auprès des jeunes réfugiés ne constitue pas un motif suffisant pour mettre de côté cette approche dans de futures études de traitement. Au contraire, des études additionnelles, plus fortes en termes de qualités méthodologiques, spécifiques à différents types de populations et potentiellement adaptées culturellement sont requises afin d'approfondir les connaissances dans ce domaine d'étude. Il est important de persévérer dans les efforts pour identifier des interventions recevables et efficaces pour venir en aide aux jeunes réfugiés les plus sévèrement affectés par le TSPT.

Dans les études d'efficacité futures, il serait pertinent que les chercheurs tentent de répondre à certaines questions qui ont été soulevées dans les études existantes. D'abord, il paraît essentiel d'étudier l'efficacité différentielle de composantes de traitement couramment incluses dans les interventions offertes. Par exemple, certaines des interventions étudiées comportaient de l'exposition aux souvenirs traumatiques, d'autres incorporaient uniquement des techniques d'exposition graduée *in vivo*, d'autres traitements étaient essentiellement cognitifs et se concentraient surtout sur des exercices de restructuration des pensées dysfonctionnelles. Certaines composantes sont-elles associées à de meilleurs résultats que d'autres? Cela dépend-il du fait d'être demandeur d'asile ou réfugié? Ces différentes composantes de traitement sont-elles accueillies plus ou moins favorablement par les personnes réfugiées?

Il est également important de se questionner au sujet de la nécessité d'adapter culturellement les interventions offertes. Par exemple, la NET et la KIDNET peuvent être considérées adaptées culturellement en raison de leur visée sociale, alors que la SRT a été créée en incorporant des composantes de traitement pour cibler des symptômes de TSPT culturellement pertinents. Dans l'état actuel des connaissances, il n'est pas possible de déterminer si ces composantes ou variantes culturelles contribuent aux gains thérapeutiques observés et, si oui, dans quelle mesure. Les intervenants desservant les jeunes réfugiés traumatisés peuvent donc se demander, à juste titre, s'ils doivent modifier leur pratique pour

tenir compte des composantes culturelles. Autrement dit, il faudrait être mieux en mesure de savoir si les interventions adaptées culturellement sont plus efficaces que les interventions non adaptées culturellement. Des études empiriques sur cette question sont requises.

Une question parallèle, mais tout aussi pertinente concerne la conceptualisation d'une adaptation culturelle. La NET / KIDNET et la SRT offrent deux exemples d'adaptation culturelle bien différents et peu comparables. Aussi, est-il légitime de se demander ce qu'est une adaptation culturelle de traitement et quand il est approprié d'apporter ce genre de modifications à un traitement. Ces questions nécessitent une réponse afin de mettre sur pied et d'orienter adéquatement d'éventuelles études empiriques de traitement.

En terminant, plusieurs experts dans le domaine de l'intervention auprès de jeunes réfugiés sont d'avis que la TCC doit être adaptée pour tenir compte des différences culturelles des personnes à qui est destinée l'intervention (Ehnholt et Yule, 2006; Murray *et al.*, 2008; Osterman et de Jong, 2007), mais l'état actuel des connaissances ne permet pas d'appuyer clairement cette hypothèse. Néanmoins, tenter de répondre aux questions au sujet des adaptations culturelles de traitements constitue une démarche fondamentale pour contribuer à l'évolution de ce domaine d'étude. Le chapitre suivant aborde, sous forme d'une discussion appuyée par des avis d'experts, cette question des adaptations culturelles de traitements, avec une emphase particulière sur la TCC.

CHAPITRE III

ADAPTATIONS CULTURELLES, THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE ET JEUNES RÉFUGIÉS TRAUMATISÉS

Sur la base des données théoriques et empiriques présentées au chapitre précédent, la TCC peut être considérée comme une approche d'intervention à envisager pour desservir les enfants et adolescents réfugiés. En s'appuyant sur les résultats d'études d'efficacité effectuées auprès d'adultes réfugiés, il est possible de constater que la TCC « traditionnelle » et la TCC « adaptée culturellement » peuvent toutes deux entraîner des gains thérapeutiques significatifs. Ainsi, l'importance d'adapter culturellement la TCC reste à évaluer. La même chose peut être dite des adaptations culturelles d'EBT en général (Huey et Polo, 2008). Cette question est importante à explorer, car les différentes pistes de réponses peuvent jouer un rôle dans l'orientation d'éventuelles études de traitement pour le TSPT. Comme stipulé dans le second objectif de la thèse, dans ce chapitre, le but sera d'explorer pourquoi, quand et comment modifier la TCC afin de mieux répondre aux besoins des jeunes réfugiés traumatisés. Pour ce faire, un survol de la littérature sur le thème des adaptations culturelles d'EBT sera effectué afin de faire ressortir les recommandations d'experts. En lien avec ces recommandations, un rationnel et une démarche d'adaptation culturelle seront proposés et illustrés à l'aide d'un exemple.

3.1 Pourquoi adapter les interventions psychothérapeutiques selon la culture ?

La culture est une variable complexe qui a été définie de plusieurs façons. Lewis et Ippen (2004) expliquent qu'elle réfère aux traditions, valeurs, coutumes à propos des soins à prodiguer aux enfants et habitudes de socialisation, incluant les rituels et artefacts qui symbolisent le système de croyances du groupe. Ils ajoutent que la culture fournit la structure psychique pour guider les relations entre les membres d'un groupe social, tout en permettant

d'attribuer un sens à l'environnement physique. Ainsi, la culture est à la fois une variable environnementale et comportementale, incluant des éléments observables (créations artistiques, bâtiments, normes régissant les comportements sociaux, etc.) et subjectifs (croyances, attitudes, attentes, valeurs, etc.). Le terme culture est souvent confondu avec le terme « ethnicité », qui réfère à l'identification d'une personne à un groupe particulier, de même qu'avec le terme « race », qui est un concept biologique et génétique (Kumpfer *et al.*, 2002).

Doherty (1999) précise que les différences culturelles affectent entre autres la façon de gérer l'anxiété et les facteurs de stress, les aptitudes, besoins et désirs pour certaines formes d'aide, les motivations, les sentiments d'honneur et de fierté, les croyances ou orientations religieuses, les systèmes politiques ou hiérarchiques, les façons de tolérer et gérer les deuils et les pertes, ainsi que les règles régissant la communication. En ce qui concerne plus précisément le TSPT, Draguns (1996) explique que la culture d'une personne module chaque aspect de sa réaction aux traumatismes, y compris le sens qu'elle y attribue, à quelles ressources elle fait appel pour transiger avec l'expérience, comment l'affect est mobilisé et modulé et quel soutien social ou forme de réconfort sont recherchés, de même que ses attentes face à l'aide thérapeutique offerte. En fait, il existe des preuves considérables que la culture et le contexte d'une personne influencent presque tous les aspects du processus d'évaluation et d'intervention (Bernal, Jiménez-Chafey et Domenech Rodríguez, 2009). Pour cette raison, la plupart des auteurs reconnaissent que la culture d'origine d'une personne agit sur son expérience du TSPT et sur sa façon de percevoir les services de santé mentale.

Afin de mieux reconnaître les enjeux thérapeutiques liés à la culture, la section suivante aborde plus en profondeur comment les différences culturelles se manifestent en psychothérapie.

3.1.1 La culture et ses manifestations en psychothérapie

La question des différences dans la façon d'intervenir auprès d'individus appartenant à certains groupes ethniques est complexe et amplement documentée (Sue et Sue, 2003;

Pederson *et al.*, 2002). Parmi les innombrables manifestations des différences culturelles en psychothérapie, des exemples peuvent être fournis en rapport à quatre dimensions inhérentes au travail psychothérapeutique : les normes régissant la communication verbale et non verbale, les particularités culturelles liées à l'expression de la détresse, la place de la pensée rationnelle, ainsi que la nature et l'établissement de la relation thérapeutique.

Il ne faut pas perdre de vue que les exemples fournis constituent des généralités et qu'ils ne doivent pas être considérés vrais pour toutes les personnes qui s'identifient à ces groupes ethniques. Les individus peuvent diverger grandement dans leur adhérence ou non adhérence à ces descriptions générales. Ces renseignements sont fournis à titre indicatif seulement et les caractéristiques individuelles priment toujours.

3.1.1.1 Les normes culturelles régissant la communication verbale et non verbale

Il existe certaines distinctions culturelles importantes au niveau des normes régissant la communication verbale et non verbale. Par exemple, Sue et Sue (2003) comparent cinq grands groupes culturels aux États-Unis en fonction de l'intensité et du débit de la voix, du regard visuel, des interactions avec l'interlocuteur durant une conversation, des délais auditifs entre les échanges verbaux et du style communicatif. Ils rapportent entre autres que les Amérindiens ont tendance à parler plus lentement, à laisser de plus longs silences avant de répliquer et à adopter un style communicatif effacé et indirect. De leur côté, les Noirs américains parlent avec une plus grande intensité émotive que les personnes caucasiennes, soutiennent le regard de leur interlocuteur quand ils parlent et laissent peu de silences avant de répliquer. D'autres auteurs décrivent des différences au niveau des comportements verbaux et non verbaux de clients issus de certains groupes culturels. Par exemple, De Coteaux, Anderson et Hope (2006) expliquent que la poignée de main communique le respect dans la plupart des communautés amérindiennes des États-Unis et abordent la place importante des silences et du rire dans leurs échanges. Ils précisent toutefois qu'il peut y avoir des divergences entre les tribus en ce qui concerne l'évitement des contacts visuels ; les auteurs expliquent que contrairement à la croyance populaire que tous les Amérindiens évitent les contacts visuels, les membres de certaines tribus limitent cette restriction aux

échanges avec les personnes plus âgées, en signe de respect. Sue et Sue décrivent d'autres différences culturelles importantes au niveau des comportements non verbaux, par exemple en ce qui concerne le confort face à la proximité ou la distance physique entre deux personnes. Ils précisent que pour les Hispano-américains, les Africains, les Afro-américains, les Indonésiens, les Arabes, les Sud-américains et les Français, la distance interpersonnelle jugée appropriée lors d'une conversation est généralement beaucoup plus restreinte que ce qui est considéré confortable pour les Américains de descendance européenne. Ils mentionnent des exemples de particularités à propos de l'utilisation différente de l'espace, expliquant que les Inuits peuvent se sentir plus à l'aise d'être assis à côté plutôt qu'en face du thérapeute pour discuter de sujets intimes et que les personnes d'origines latines peuvent se sentir mal à l'aise si un bureau les sépare du thérapeute.

3.1.1.2 Les particularités culturelles liées à l'expression de la détresse

Les personnes issues de certains groupes culturels peuvent différer concernant les façons considérées acceptables d'exprimer la détresse. Des divergences sont notamment observables au niveau de la somatisation, de l'expression verbale des émotions et du dévoilement de soi, et de la dissociation.

Le terme *somatisation* est souvent employé pour désigner la représentation et l'expression de la détresse émotionnelle sous forme de symptômes somatiques. Il s'agit d'un phénomène qui existe dans toutes les cultures, y compris les cultures occidentales (Kirmayer, 1996), mais certains auteurs décrivent des contextes culturels où cette forme d'expression de la détresse est considérée plus socialement acceptable que l'expression verbale des émotions (Toukmanian et Brouwers, 1998). Par exemple, Hwang et collègues (2006) expliquent que dans la culture chinoise, où les problèmes émotionnels sont généralement perçus comme une source de honte et de stigmatisation, les clients peuvent se sentir plus confortables de rapporter les symptômes physiques associés à leur détresse. Similairement, Kohn-Wood, Hudson et Graham (2008) expliquent que les personnes d'origines latines peuvent aussi rapporter d'emblée davantage de symptômes physiques par crainte d'être considérées *loca*, ou « folles ». Kirmayer (1996), dans une exploration approfondie du phénomène de la

somatisation à travers les cultures, ajoute que des symptômes physiques peuvent communiquer des difficultés qui ne se limitent pas à la détresse psychologique ; le corps peut devenir le lieu d'expression de tensions allant des préoccupations d'ordre spirituel aux difficultés liées au travail. Par exemple, une croyance répandue chez les Amérindiens plus traditionnels veut que les maux physiques et émotifs puissent découler d'un problème spirituel (De Coteaux *et al.*, 2008). Aussi, dans certaines cultures qui prônent l'interdépendance et l'affiliation dans les familles et les communautés (p. ex. : certaines cultures africaines ou du Moyen-Orient), les conflits interpersonnels peuvent être considérés tabou et impossibles à aborder ouvertement. Dans un tel contexte, le corps peut devenir le seul « lieu d'expression » acceptable pour communiquer les frustrations ou insatisfactions de nature sociale (Dwairy et Van Sickle, 1996; Nwoye, 2006). En outre, l'expression corporelle de la détresse est parfois considérée comme une stratégie de gestion émotionnelle souhaitable (Zur, cité dans Nicholl et Thompson, 2004).

Les cultures peuvent aussi différer en ce qui concerne l'acceptabilité de l'expression verbale des émotions et du dévoilement de soi. Le thème du dévoilement de soi rejoint partiellement celui de la somatisation en ce qui concerne la stigmatisation de la détresse émotionnelle. Comme mentionné précédemment, certaines personnes peuvent se montrer hésitantes à aborder des thèmes culturellement tabou en psychothérapie par crainte d'être jugées négativement. Par exemple, les hommes d'origine mexicaine adhérant au stéréotype masculin de *machismo* peuvent considérer l'expression verbale des émotions comme une démonstration de faiblesse ou une atteinte à leur virilité (Kohn-Wood *et al.*, 2008). Cette perception de l'expression verbale de la détresse et des pleurs comme des signes de faiblesse chez les hommes a aussi été observée dans les cultures chinoise et bosniaque (Hwang *et al.*, 2006; Schulz, Hubert et Rezik, 2006). De plus, des personnes issues de cultures prônant l'interdépendance et l'affiliation peuvent craindre que toute forme de stigmatisation dirigée envers eux puisse compromettre l'honneur ou la réputation de leur famille (Toukmanian et Brouwers, 1998). Par ailleurs, dans la culture mexicaine et certaines cultures africaines, il est souvent considéré préférable de se tourner vers sa famille pour recevoir aide et soutien; le fait de dévoiler ses difficultés auprès d'une personne extérieure à la famille peut être mal vu (McCabe *et al.*, 2005; Nwoye, 2006). Enfin, le fait de parler de ses émotions peut être vu

comme une préoccupation excessive pour soi-même dans des sociétés prônant l'importance du bien-être collectif au-delà du bien-être individuel (Doherty, 1999; Dwairy et Van Sickle, 1996). C'est ainsi qu'au Japon, certaines formes d'intervention (Morita, Naikan, Shadan, Seiza et Zen) visent à détourner l'attention excessive portée vers soi et vers les préoccupations quotidiennes en dissuadant la parole et en prescrivant silence, solitude et méditation (Doherty, 1999; Hays, 2008).

La dissociation est également un phénomène courant et qui existe dans toutes les cultures, mais dont la perception et l'acceptabilité varient en fonction de celles-ci. En Occident, certains chercheurs ont observé la présence de phénomènes dissociatifs chez plusieurs adultes survivants de traumatismes graves et prolongés durant l'enfance, en particulier des agressions sexuelles (Brillon, 2004; Johnston *et al.*, 2009). Kirmayer (1996) précise cependant que dans la plupart des sociétés non occidentales, l'induction d'états dissociatifs accompagne souvent les rituels religieux ou de guérison. Dans ces cultures, ces états ne sont donc pas perçus comme un signe de pathologie. De plus, il se peut que des personnes habituées à vivre des états dissociatifs dans des contextes de rituels y aient ensuite plus facilement recours pour faire face à des circonstances anxigènes. En outre, dans certaines cultures, la dissociation peut être considérée une stratégie de gestion émotionnelle acceptable, voire même souhaitable.

3.1.1.3. La place de la pensée rationnelle selon la culture

Les cultures peuvent aussi différer en ce qui concerne l'importance attribuée à la pensée rationnelle. À cet égard, Hofmann (2006) reprend une dichotomie employée dans la littérature dans le domaine interculturel où les personnes de cultures occidentales sont comparées aux personnes de cultures orientales. Il explique que les Occidentaux tendent à détacher les objets de leur contexte, essaient de résoudre les contradictions et s'appuient plus fermement sur les principes de la logique formelle. À l'opposé, les personnes de cultures asiatiques porteraient davantage attention au contexte et aux interactions, s'appuieraient davantage sur des connaissances basées sur des évidences que sur la logique abstraite et démontreraient une plus grande tolérance à l'égard des contradictions. Dans le même ordre

d'idées, Sue et Sue (2003) affirment que l'emphase mise sur la logique et sur la pensée rationnelle dans la psychothérapie occidentale contraste avec les philosophies de cultures prônant une vision du monde plus holistique. Ce genre de distinctions peut avoir des répercussions sur le processus psychothérapeutique, notamment sur le travail cognitif incorporé à la TCC. Hofmann (2006) propose de faire preuve de vigilance à cet égard et de tenter d'adapter la façon de questionner des pensées ou croyances lorsque les clients ne semblent pas bénéficier de stratégies basées sur la logique formelle.

3.1.1.4 Le rôle de la culture dans la nature et l'établissement de la relation thérapeutique

Les personnes issues de cultures diverses peuvent avoir une façon distincte d'entrer en relation avec le thérapeute comparativement aux clients occidentaux. De plus, ces clients peuvent entretenir des attentes différentes à l'égard du thérapeute, ce qui peut influencer le déroulement du processus thérapeutique. Par exemple, Interian et Díaz-Martínez (2007) décrivent comment plusieurs clients mexicains préfèrent interagir avec un thérapeute faisant preuve de *personalismo*, donc qui tend à établir un contact personnalisé et chaleureux. Ils apprécieraient également les thérapeutes qui font preuve de formalité professionnelle (*formalismo*), par exemple en ayant recours aux vouvoiements et aux appellations formelles (*Señior, Señiora*). Huey et collègues (2006) rapportent des résultats d'études suggérant que les Américains d'origines asiatiques considèrent plus crédibles les thérapeutes se présentant comme des figures d'autorité expertes adoptant un style directif. Ils ajoutent qu'en contrepartie, les clients asiatiques font souvent preuve de déférence envers le thérapeute en signe de respect, précisant que certains d'entre eux peuvent se montrer plus passifs ou réservés et hésiter à exprimer ouvertement leur désaccord. À l'inverse, De Coteaux et collègues (2007) décrivent que la plupart des Américains des Premières Nations valorisent l'humilité. Ces auteures expliquent que des thérapeutes se présentant à titre d'experts peuvent être considérés présomptueux par des clients de cultures amérindiennes. Ils suggèrent de viser l'établissement de rapports égalitaires en psychothérapie.

Cette question des rapports hiérarchiques entre thérapeute et clients de cultures non occidentales peut se complexifier lorsque le thérapeute s'adresse à un jeune et sa famille. En

fait, plusieurs groupes culturels ont des dynamiques de pouvoir au sein de la famille qui diffèrent du modèle occidental. Dwairy et Van Sickle (1996) décrivent comment les parents et les membres plus âgés de la famille élargie occupent une position de plus grande autorité dans des sociétés d'Afrique, du Moyen-Orient, d'Asie et d'Amérique du Sud. Ils décrivent notamment la nature hiérarchique et le style familial autoritaire caractéristiques de plusieurs cultures arabes traditionnelles. De la sorte, ils proposent que l'établissement d'une relation thérapeutique efficace avec un jeune exige que le thérapeute parvienne à obtenir le soutien des figures d'autorité dans la famille (surtout le père), notamment en leur témoignant appréciation et respect et en évitant de les confronter. Ils ajoutent que les rencontres de thérapie familiale où un jeune est invité à participer à titre d'égal peuvent être vouées à l'échec, tout dépendant du niveau d'acculturation de la famille. Similairement, Hays (2006) propose de s'adresser aux parents avant de parler aux enfants dans le travail thérapeutique auprès de familles dans lesquelles une hiérarchie de pouvoir existe en fonction de l'âge.

3.1.2. Répercussions sur la psychothérapie

Les exemples présentés précédemment démontrent que des normes culturelles distinctes entourant la communication verbale et non verbale, l'expression jugée acceptable de la détresse, le recours à la pensée rationnelle et la façon d'entrer en relation peuvent avoir des répercussions sur la relation avec le thérapeute et sur le processus thérapeutique. Pour un thérapeute peu habitué à intervenir auprès d'une personne dont les normes culturelles diffèrent des siennes, ces distinctions constituent des sources potentielles d'inconfort ou de frictions lors de rencontres de psychothérapie. Ceci peut mener à des erreurs de communication, à de mauvais diagnostics ou à des conflits de valeurs qui fragilisent l'alliance thérapeutique et nuisent à l'efficacité des interventions (American Psychological Association, 2003; Bernal *et al.*, 2009; Huey et Polo, 2008). L'engagement thérapeutique plus faible et les abandons thérapeutiques plus nombreux chez des personnes de minorités ethniques (*voir* Chap. I) sont d'autres répercussions possibles de ce phénomène. D'ailleurs, certains ont observé que les interventions adaptées en fonction de la culture étaient associées

à un recrutement facilité et à une plus grande rétention des participants (Coard *et al.*, 2007; Kumpfer *et al.*, 2002; Sue *et al.*, 1991).

À cet égard, Griner et Smith (2006) ont effectué une méta-analyse sur 76 études cliniques adaptées culturellement afin de mesurer l'impact de ces adaptations sur l'efficacité thérapeutique. Bien que les études incluses variaient grandement au niveau du type d'adaptations culturelles mises en place, dans l'ensemble, les adaptations culturelles ont été jugées bénéfiques, avec une taille d'effet modérément forte ($d = 0.45$). En outre, certains experts sont d'avis qu'intervenir sans faire preuve de sensibilité culturelle et sans être familier avec les caractéristiques culturelles distinctives des clients est risqué, voire même non éthique (Doherty, 1999; Nicolas *et al.*, 2009). Ces arguments illustrent l'opinion répandue que les interventions psychologiques doivent être adaptées pour tenir compte des différences culturelles des clients. Mais cette position n'est pas unanime, les experts n'accordant pas tous la même importance aux variables culturelles dans les interventions. Ces divergences d'opinions au sein de la communauté scientifique reflètent bien le débat entre les hypothèses de compatibilité culturelle et universaliste, décrit à la section suivante.

3.1.3 Hypothèse de compatibilité culturelle et hypothèse universaliste

Les divergences d'opinions entre les auteurs concernant l'importance de tenir compte des variables culturelles en psychothérapie peuvent être représentées sur un continuum entre l'hypothèse de compatibilité culturelle et l'hypothèse universaliste (Bernal *et al.*, 2009). D'autres auteurs parlent plutôt de débat entre les perspectives « *emic* » et « *etic* » (Achenback *et al.*, 2008; Domenech-Rodriguez et Wieling, 2005).

Selon les tenants de la compatibilité culturelle, les traitements sont plus efficaces lorsque leur forme et leur contenu reflètent les normes, valeurs et comportements propres à la culture des clients auxquels ils sont destinés. Selon cette perspective, l'idéal consisterait à développer sur mesure des programmes d'intervention pour répondre aux besoins de chaque culture et sous-culture. À l'extrême, certains auteurs qui défendent l'hypothèse de compatibilité culturelle sont inconfortables avec l'idée de transposer des protocoles d'intervention d'un

groupe culturel à un autre (Steiker *et al.*, 2008). Or, puisqu'il existe d'innombrables réalités culturelles (sans compter les différences développementales, socio-économiques, de genre, de niveaux d'acculturation et autres « sous-cultures »), l'idée de développer des protocoles d'intervention distincts pour chacune d'entre elles paraît invraisemblable.

À l'opposé, certains auteurs défendent l'hypothèse universaliste. Ils proposent qu'il existe davantage de similitudes que de différences entre les groupes culturels en ce qui concerne les difficultés psychologiques, leurs manifestations, l'aide pouvant être offerte et l'établissement de la relation thérapeutique. À l'extrême, les auteurs défendant l'hypothèse universaliste peuvent intervenir de façon identique auprès de personnes de cultures différentes. Ils peuvent ainsi choisir de transposer intégralement une EBT d'un groupe culturel à un autre, ou encore la transposer en y apportant uniquement des modifications minimales (p. ex. : traduction du matériel dans la langue maternelle des clients).

Enfin, une position intégrative est également possible, se situant quelque part sur le continuum entre ces deux positions extrêmes. Un équilibre relatif entre la compétence culturelle et la rigueur scientifique des EBT est alors recherché. Par exemple, Draguns (1996) adopte clairement une perspective intégrative lorsqu'il propose que certaines composantes et caractéristiques de l'intervention pour le TSPT soient culturellement universelles alors que d'autres, incluant les quatre dimensions explorées précédemment, varient selon les cultures. La préoccupation pour les adaptations culturelles d'EBT reflète aussi une perspective intégrative. Pour leur part, les chercheurs qui s'intéressent à la question de transposer les interventions cognitivo-comportementales pour les jeunes réfugiés traumatisés défendent l'hypothèse universaliste, puisque leurs efforts reposent sur le postulat selon lequel certains phénomènes psychologiques sont universels et peuvent être ciblés par les mêmes stratégies d'intervention, quelle que soit la culture du client. Toutefois, la question d'apporter des modifications à la TCC pour le TSPT afin de tenir compte des particularités culturelles des jeunes réfugiés reflète une perspective intégrative. À l'exception de la position universaliste extrême, les auteurs qui se situent aux autres niveaux du continuum reconnaissent donc l'importance de tenir compte de la culture dans leur intervention, mais à des degrés différents.

En résumé, en réponse à la question « Pourquoi tenir compte de la culture en psychothérapie ? », les arguments explorés jusqu'à maintenant font état de la reconnaissance de l'influence de la culture sur le déroulement de la psychothérapie. Or, les divergences d'opinions au sein de la communauté scientifique ne se situent pas tant au niveau de la reconnaissance de cette influence qu'au niveau de l'ampleur des modifications de traitements jugées nécessaires pour en tenir compte. Par conséquent, il semble important de s'interroger à propos des circonstances où les adaptations culturelles sont requises et à propos de la façon d'effectuer ces modifications. Autrement dit, une question à laquelle il faut maintenant tenter de répondre est « Quand et comment doit-on adapter les interventions psychothérapeutiques en fonction de la culture des clients ? »

3.2 Quand adapter les interventions psychothérapeutiques selon la culture?

Comme stipulé, même les auteurs qui reconnaissent l'influence de la culture sur le processus thérapeutique ne sont pas d'un même avis en ce qui concerne la nécessité d'apporter des modifications aux EBT ou aux protocoles d'interventions existants pour en tenir compte. D'ailleurs, certains affirment que dans l'état actuel des connaissances, il n'existe pas suffisamment d'appui empirique pour justifier les adaptations culturelles d'EBT (Huey et Polo, 2008; Lau, 2006). En effet, malgré le manque de données empiriques démontrant l'efficacité d'EBT auprès de minorités ethniques, Lau (2006) précise qu'il existe en contrepartie très peu d'études empiriques démontrant que les EBT sont moins efficaces auprès de minorités ethniques que dans le traitement de personnes occidentales. Dans la même veine, suite à une recension d'écrits à propos de l'efficacité d'interventions dispensés à des jeunes de minorités ethniques, Huey et Polo (2008) concluent que peu de preuves empiriques existent pour appuyer l'hypothèse que les traitements adaptés culturellement sont plus efficaces que les traitements conventionnels pour traiter les jeunes de minorités ethniques. Sans remettre en question la nécessité de procéder à des études évaluant la généralisation des EBT existantes aux divers groupes culturels, ces arguments appuient l'idée que des adaptations culturelles ne sont peut-être pas toujours essentielles. Compte tenu des coûts élevés et du temps requis pour adapter culturellement les protocoles d'intervention

existants, des critères doivent être établis pour identifier les circonstances où des adaptations culturelles semblent essentielles ou non. C'est ainsi que Lau (2006) propose deux circonstances où des modifications culturelles d'EBT paraissent justifiées, alors que Kumpfer et Marsiglia (Steiker *et al.*, 2008) décrivent pourquoi des adaptations culturelles minimales semblent être justifiées d'emblée.

D'abord, en l'absence de données d'efficacité empiriques, Lau (2006) propose un processus d'adaptation d'EBT qu'elle qualifie de « sélectif et orienté », à envisager uniquement dans deux circonstances : (a) lorsque des différences importantes existent au niveau de la problématique principale des clients, qu'il s'agisse d'un profil symptomatique particulier ou de facteurs de risque ou de protection uniques ; et/ou (b) quand la « validité sociale » du traitement est menacée, c'est-à-dire lorsqu'il a été démontré que les membres de la nouvelle clientèle cible perçoivent certaines composantes de traitement inutiles, non aidantes ou inacceptables. Il est stipulé que ces deux circonstances influencent l'engagement des clients dans le service, l'efficacité de l'intervention, ou ont ces deux types de répercussions. Pour cette raison, en l'absence de données d'efficacité empiriques pour un protocole d'intervention donné auprès d'une nouvelle clientèle cible, Lau recommande d'apporter des modifications culturelles lorsqu'au moins l'une des deux circonstances ci-haut est rencontrée. Autrement, elle recommande d'appliquer le protocole non modifié et d'en évaluer l'efficacité.

Pour leur part, Kumpfer et Marsiglia (Steiker *et al.*, 2008) défendent le point de vue que les EBT doivent être modifiées d'emblée avant qu'elles soient transposées à une clientèle différente au niveau de la culture. Selon Kumpfer (Steiker *et al.*, 2008), la sous-utilisation des services de santé mentale par des personnes de plusieurs cultures non occidentales constitue un motif suffisant pour justifier des adaptations culturelles systématiques. En effet, elle propose que des modifications minimales « de surface » soient essentielles au recrutement et à la rétention des participants de minorités ethniques dans les interventions. En effet, Kumpfer et ses collègues (2002) ont comparé les résultats de cinq études d'efficacité où ont été administrées différentes versions d'un programme de prévention de la toxicomanie par l'entraînement aux habiletés parentales (le *Strengthening Families Program*), après que des chercheurs l'aient adapté à des Afro-américains, des Hispano-américains, des Américains

asiatiques et insulaires, ainsi que des Amérindiens. Ils ont constaté que pour des résultats d'efficacité similaires, des adaptations culturelles minimales (p. ex. : traduction du matériel thérapeutique dans la langue des clients, modification des illustrations et des photographies, remplacement des anecdotes ou des images par des exemples tirés de la culture des clients) permettent de conserver jusqu'à 40 % plus de participants, alors que des modifications substantielles des composantes initiales du traitement pouvaient contribuer à en diminuer l'efficacité thérapeutique. Pour cette raison, Kumpfer (Steiker *et al.*, 2008) recommande d'apporter d'emblée des modifications « de surface » aux protocoles à transposer auprès de nouvelles clientèles.

Il existe également des enjeux éthiques pouvant appuyer la nécessité d'apporter d'emblée certaines modifications aux EBT. Marsiglia (Steiker *et al.*, 2008) propose que le fait de priver un groupe de personnes à risque d'une intervention démontrée efficace auprès d'un autre groupe culturel, pendant tout le temps requis pour créer une nouvelle intervention culturellement spécifique, constitue un choix non éthique. En l'absence de données d'efficacité empiriques, il explique considérer plus éthique (mais aussi plus commode et moins dispendieux) d'offrir la meilleure alternative de traitement disponible en fonction de la littérature scientifique existante, en ayant d'abord soin d'y apporter des modifications « lorsque des divergences culturelles sont prévisibles ». Bien que Marsiglia ne définisse pas avec précision ce à quoi fait référence une divergence culturelle prévisible, comme Lau, il recommande donc d'apporter certaines modifications de base aux EBT même en l'absence de données d'efficacité.

En ce qui concerne le traitement des jeunes réfugiés traumatisés, ces avis d'experts semblent appuyer la nécessité d'apporter des modifications culturelles à des protocoles d'intervention cognitivo-comportementaux pour le TSPT. Effectivement, en s'appuyant sur les propos de Lau (2006), les deux critères qui justifieraient d'adapter les EBT paraissent être rencontrés. D'abord, les jeunes réfugiés traumatisés se distinguent des jeunes occidentaux traumatisés au niveau de la problématique principale. La littérature recensée n'a permis d'identifier aucune caractéristique distinctive dans la présentation du TSPT propre aux jeunes réfugiés ou auprès de jeunes réfugiés appartenant à certains groupes culturels, mais des facteurs de risque et de protection distinctifs ont été soulignés et abordés préalablement dans

la thèse (voir Chap. I) : les facteurs anxigènes liés à l'intégration au pays d'accueil, les pertes et deuils vécus, la spiritualité et les traumatismes multiples ou répétés. L'état actuel des connaissances permet d'affirmer que ces variables influencent la santé mentale des jeunes réfugiés, mais ne permet pas de se positionner clairement quant à la nécessité d'en tenir compte dans un protocole de TCC pour le TSPT. Puis, en ce qui concerne le critère de validité sociale proposé par Lau, des avis d'experts attestent de la sous-utilisation des ressources de santé mentale par les jeunes réfugiés (Birman et al., 2005; Rousseau et Guzder, 2008). Ceci justifierait d'apporter d'emblée certains changements aux protocoles de traitement. Les réserves à propos de la sous-utilisation des services abordées par Kumpfer et les préoccupations éthiques de Marsiglia (Steiker et al., 2008) vont également en ce sens.

Il ne faut toutefois pas perdre de vue que les jeunes réfugiés constituent une population hétérogène au niveau de la culture et des expériences migratoires vécues (Rousseau et Guzder, 2008). Pour cette raison, les modifications de surface proposées par Kumpfer paraissent difficiles à mettre en application, car il n'est pas possible de créer *a priori* un protocole de traitement manualisé qui soit traduit dans toutes les langues maternelles et qui comporte des exemples inspirés de tous les contextes culturels qui puissent être rencontrés sur le terrain. Une alternative consisterait à apporter des changements superficiels au protocole pour tenir compte d'une réalité multiculturelle (p. ex. : inclure des prénoms fictifs provenant de différentes cultures, éviter de toujours faire référence à un modèle de famille nucléaire, etc.). Par ailleurs, tel que le mentionnent Barrera et Castro (2006), les adaptations culturelles ne représentent que l'une des nombreuses formes d'adaptation possibles. Des modifications de surface pour tenir compte du statut de réfugié peuvent donc aussi être envisagées *a priori*, notamment en remplaçant les exemples et anecdotes par des exemples illustrant le vécu de certains jeunes réfugiés (p. ex. : traumatismes de guerre, choc culturel) ou en tenant compte de certains symptômes ou réactions culturellement distincts (p. ex. : *nervios*, *calor*). Bien entendu, ces différentes considérations dépendront du choix du protocole d'intervention à adapter. Pour l'instant, aucun protocole de traitement n'est ciblé et cette réflexion demeure à un niveau théorique. Elle se résume néanmoins à l'idée que des modifications semblent devoir être envisagées afin que les protocoles cognitivo-comportementaux pour le TSPT reflètent la réalité culturelle et les besoins des jeunes

réfugiés. Les sections suivantes portent sur la façon de sélectionner et d'effectuer les modifications jugées importantes.

3.3 Comment adapter les interventions psychothérapeutiques selon la culture?

La question de la façon d'adapter les interventions psychothérapeutiques selon la culture des clients peut être envisagée sous deux angles. Elle peut être perçue comme faisant référence au choix de la démarche d'adaptation d'un protocole, ou encore ayant trait à la mise en application de cette démarche. Ces deux angles sont abordés à tour de rôle dans les sous-sections suivantes.

3.3.1 Démarche d'adaptation culturelle des EBT

En l'absence de lignes directrices officielles sur la façon d'adapter culturellement les EBT et les protocoles de traitement (Hwang et Wood, 2007; Lau, 2006; McCabe *et al.*, 2005), certains experts dans le domaine ont émis leurs propres recommandations. Cette section comporte d'abord un bref survol de quelques-unes des démarches d'adaptation culturelle proposées. Ensuite, une démarche d'adaptation culturelle de la TCC pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés est envisagée.

Bernal et collègues (2009) ont défini l'adaptation culturelle comme la modification systématique d'une EBT ou d'un protocole d'intervention, en prenant en considération la langue, la culture et le contexte, de façon à ce qu'il soit compatible avec les habitudes, significations et valeurs culturelles du client. Ces auteurs font référence à un processus qui repose sur une démarche scientifique. Ceci fait contraste avec la démarche moins rigoureuse employée par de nombreux chercheurs. En effet, Lau (2006) explique que les protocoles d'intervention sont fréquemment adaptés sur la base des besoins de la communauté ethnique tels que perçus par les intervenants et non tels que suggérés par les données empiriques. Il est considéré préférable de procéder méthodiquement, en travaillant à partir d'un plan initial détaillé (Barrera et Castro, 2006; Domenech-Rodríguez et Wieling, 2005; Steiker *et al.*,

2008). Ce souci au niveau de la méthode employée est important, car l'intérêt de transposer les EBT réside dans la valeur thérapeutique des protocoles initiaux. Cette valeur peut être amoindrie par des changements abusifs ou mal structurés. De nombreux changements simultanés peuvent aussi faire en sorte qu'il soit difficile de déterminer à quoi attribuer les variations de l'efficacité, s'il y a lieu (Lau, 2006; Kumpfer *et al.*, 2008).

Certains auteurs proposent donc des procédures et des lignes directrices pour guider un travail méthodique d'adaptation culturelle des EBT. L'objectif de cette thèse n'est pas de faire une recension détaillée de tous les différents cadres d'adaptation culturelle proposés, alors seulement quelques-uns des plus pertinents sont mentionnés⁸. Premièrement, Kumpfer et collègues (Kumpfer *et al.*, 2008) proposent une procédure d'adaptation culturelle en neuf étapes. Commencant par la sélection du protocole d'intervention à adapter en fonction des caractéristiques de la population cible, ces auteurs recommandent de procéder méthodiquement, en évaluant d'abord l'efficacité du protocole original auquel seulement des adaptations de surface sont apportées. Des modifications additionnelles peuvent être effectuées et évaluées graduellement, par le principe d'essais et erreurs. Cette façon de procéder permet d'évaluer l'impact de chaque modification et d'en déterminer la pertinence. Les chercheurs peuvent alors conserver les modifications qui génèrent des résultats optimaux. Kumpfer (Steiker *et al.*, 2008) ajoute que le dosage des interventions et le nombre de séances ne devraient pas être restreints ou réorganisés à moins que les participants soient à moindre risque que ceux à qui l'intervention initiale était destinée et auprès de qui elle a été évaluée. Elle spécifie également qu'il n'est pas nécessaire que le traitement adapté culturellement décrive en détail les valeurs culturelles des participants, puisque ces derniers les connaissent bien et y adhèrent déjà. Pour leur part, Barrera et Castro (2006) insistent sur l'importance de travailler à partir d'un modèle théorique culturellement pertinent, qui décrit les mécanismes par lesquels le traitement doit produire les résultats escomptés (théorie d'action et théorie conceptuelle). Le modèle qu'ils proposent tient compte des déterminants de l'efficacité thérapeutique, mais également de quatre constituantes de l'engagement dans la thérapie : conscience de la disponibilité du traitement, entrée dans le traitement, participation active

⁸ Pour en savoir davantage, le lecteur est invité à consulter Lau (2006) et Bernal *et al.* (2009).

dans les activités liées au traitement et poursuite du traitement jusqu'à son aboutissement. Par ailleurs, la démarche d'adaptation culturelle d'EBT proposée par Barrera et Castro se déroule en quatre phases : 1) recueillir l'information, 2) créer un devis pour les adaptations préliminaires, 3) tester les adaptations préliminaires et 4) peaufiner les adaptations.

En s'inspirant des lignes directrices proposées par ces experts, des étapes similaires peuvent être envisagées pour adapter la TCC selon les caractéristiques des jeunes réfugiés traumatisés. Premièrement, un modèle théorique serait identifié. Une deuxième étape concernerait la sélection d'un protocole à adapter en fonction des caractéristiques de la population cible. Les modifications de base pourraient ensuite être effectuées selon les étapes de Barrera et Castro (2006) : recueillir l'information, créer un devis pour les adaptations préliminaires, tester les adaptations préliminaires, peaufiner. C'est à cette première étape que la littérature et d'autres sources d'information pourraient être consultées pour recueillir des idées sur la façon d'effectuer les changements au protocole. Ensuite, les adaptations préliminaires devraient être testées auprès d'un petit nombre de participants, par exemple à l'aide d'un protocole expérimental à cas uniques. Parallèlement, à l'instar des recommandations de Kumpfer et collègues (2008), la validité sociale du protocole pourrait être évaluée auprès des jeunes participants et leur famille. Sur la base de ces rétroactions et des propos d'experts, des modifications additionnelles à apporter au protocole pourraient ensuite être envisagées. Celles-ci seraient alors apportées par le principe d'essais et erreurs, jusqu'à l'obtention d'une intervention optimale.

Dans le cadre de cette thèse de nature exploratoire, seules les premières de ces étapes peuvent réalistement être approfondies : l'identification d'un modèle et le choix de modifications à apporter au protocole retenu. Chaque étape sera maintenant présentée plus en détail, à partir d'un exemple de protocole de traitement pour le TSPT. Cet exercice permet d'illustrer comment un protocole d'intervention peut être modifié pour tenir compte de la culture d'une nouvelle clientèle cible.

3.3.2 Étape 1 : Modèle théorique

La première étape consiste à déterminer le modèle théorique sous-jacent à l'intervention. Le modèle d'Ehlers et Clark (2000), qui explique l'apparition et le maintien des réactions post-traumatiques, a été présenté au chapitre précédent (*voir* Chap. II) comme un modèle pertinent dans le traitement des jeunes et adultes réfugiés souffrant du TSPT. Il ne tient pas compte de la culture autrement que par l'importance qu'il accorde à la perception subjective des événements traumatiques, perception qui découle du contexte culturel de la personne. Or, ce modèle ne comporte pas tous les éléments requis pour tenir compte des circonstances associées à la migration ou à d'autres besoins potentiels, bien que les séquelles et les capacités de gestion émotionnelle de la personne prévues au modèle puissent inclure les circonstances anxigènes actuelles. Ce modèle est donc insuffisamment détaillé pour orienter les adaptations culturelles. Toutefois, il est possible de formuler une « théorie d'action » (Barrera et Castro, 2006) selon laquelle il est attendu que certains facteurs anxigènes comme les circonstances liées à l'intégration au pays (p. ex. : difficultés des parents à obtenir un emploi, difficultés d'apprentissage de la langue, expérience de discrimination, etc.), les pertes et deuils vécus, ou les traumatismes multiples interféreront avec l'efficacité thérapeutique d'une intervention ciblant le TSPT. Par ailleurs, il se pourrait que la spiritualité potentialise l'effet du traitement.

La décision d'intégrer ou non les facteurs de risque et de protection au modèle théorique peut avoir des répercussions importantes sur le protocole de traitement. En effet, en tenant compte de toutes ces variables dans une théorie d'action du traitement plutôt que de les reléguer au plan de variables médiatrices potentielles, les modifications requises à un protocole TCC pour le TSPT seront plus substantielles, ce qui peut menacer la validité thérapeutique initiale du protocole choisi. Ce genre de changements dépasse les modifications de surface recommandées par Kumpfer *et al.* (2002). Aussi, il faut faire preuve de prudence et questionner la nécessité d'effectuer toutes les adaptations possibles d'emblée. La décision découle effectivement du modèle théorique sur lequel un thérapeute s'appuie pour intervenir, mais variera selon les caractéristiques initiales du protocole à adapter. En effet, certains protocoles de traitement présentés au Chapitre II ciblaient aussi le deuil et les besoins de nature psychosociale. Quel que soit le protocole choisi, si des modifications

substantielles étaient envisagées, il serait préférable de les apporter graduellement et méthodiquement, en commençant toujours par évaluer la version originale ou une version minimalement modifiée du protocole.

3.3.3 Étape 2 : Choix d'un protocole

La seconde étape concerne le choix d'un protocole d'intervention à partir des caractéristiques de la population cible. Les caractéristiques distinctives des enfants et adolescents réfugiés au Québec incluent l'hétérogénéité culturelle, l'hétérogénéité langagière, le TSPT complexe fréquent, le TSPT découlant souvent d'événements de guerre, les stressors liés à l'intégration dans un nouveau pays, les nombreuses pertes et les deuils vécus, ainsi que l'effet protecteur potentiel de la spiritualité. Un protocole idéal pourrait donc présenter les caractéristiques suivantes : être une EBT, être manualisé, cibler le TSPT complexe comme la guerre, être rédigé en langue française (pour être accessibles aux intervenants francophones du Québec), s'offrir en modalité individuelle pour répondre aux besoins des enfants dont les symptômes sont graves, aborder les stressors liés à l'intégration dans un nouveau pays, aborder les pertes et deuils, aborder la spiritualité. Un tel protocole n'a pas encore été développé.

Deux scénarios peuvent alors être envisagés : trouver et adapter un protocole EBT pour le TSPT développé et évalué auprès de jeunes occidentaux, ou encore trouver et adapter un protocole développé pour des jeunes réfugiés, bien qu'aucun de ceux-ci ne puisse être considéré une EBT. En général, les EBT développées pour les jeunes occidentaux présentant un TSPT ne ciblent pas les traumatismes de guerre, mais certains protocoles peuvent viser des traumatismes complexes découlant de violence communautaire ou d'agressions sexuelles répétées. Ils n'abordent pas l'expérience migratoire, les deuils, la spiritualité ou autres caractéristiques distinctives des jeunes réfugiés. La valeur thérapeutique du protocole initial est donc discutable et les efforts investis pour adapter le traitement, contestables. Aucun de ces protocoles n'est rédigé en langue française, de sorte qu'une traduction à partir de l'anglais devrait aussi être effectuée en premier lieu. De plus, dans la plupart des cas, il s'agit d'interventions offertes en groupes scolaires, ce qui ne semble pas optimal pour venir en aide

aux jeunes dont le fonctionnement est le plus gravement atteint. Par ailleurs, à l'exception du protocole proposé par Ehntholt, Smith et Yule (2005), les protocoles présentés au Chapitre II ne se limitent habituellement pas au traitement du TSPT, mais abordent aussi les « autres besoins » des jeunes réfugiés. Ceci peut paraître souhaitable lorsque le protocole à adapter constitue une EBT, mais fait en sorte qu'il est difficile de déterminer à quelles composantes attribuer les impacts d'un traitement dont l'efficacité n'a pas encore été clairement démontrée. Ainsi, aucun protocole existant ne semble réunir les caractéristiques recherchées.

En ce qui concerne la question de la langue, à la connaissance de l'auteure, il n'existe aucun protocole de TCC pour traiter le TSPT chez les jeunes en langue française qui ait reçu un appui empirique solide. La plupart des protocoles existants pour traiter le TSPT ont été développés en anglais, ce qui nécessiterait une traduction pour en permettre l'usage par des intervenants québécois francophones. Il semble que le seul protocole manualisé existant en langue française ait été utilisé dans le cadre d'un projet pilote (Berthiaume, 2007). L'auteure rapporte des données d'efficacité préliminaires encourageantes auprès de trois enfants québécois d'âge scolaire suite à des suivis individuels, mais cette étude n'a pas encore été répliquée. Ce protocole a l'avantage d'être en français, de cibler spécifiquement le TSPT, d'être manualisé et d'être construit selon les connaissances scientifiques récentes à propos du traitement efficace des jeunes occidentaux traumatisés. Il s'adresse toutefois à des jeunes ayant vécu des traumatismes uniques, des adaptations additionnelles auraient donc à y être apportées pour tenir compte des traumatismes multiples ou répétés fréquents chez les jeunes réfugiés.

Chaque choix de protocole à adapter comporte des limitations importantes qui complexifient l'adhésion rigoureuse à un processus d'adaptation culturelle scientifique. Dans ce cas-ci, puisqu'il est rédigé en français et qu'il est similaire aux EBT développés pour les jeunes occidentaux traumatisés, le protocole de Berthiaume (2007) semble représenter une option non idéale, mais potentiellement utile pour venir en aide aux jeunes réfugiés présentant des réactions post-traumatiques graves. Advenant que la démarche d'adaptation culturelle soit menée à bien, la comparabilité serait toutefois restreinte en termes de données d'efficacité, mais cette limitation se serait présentée quel que soit le protocole choisi. Compte tenu de l'insuffisance des données empiriques dans la littérature scientifique au sujet du

traitement des jeunes réfugiés traumatisés et de la nature plus théorique de la réflexion incluse dans cette thèse doctorale, le protocole de Berthiaume sera retenu à titre d'exemple. Aussi, afin d'illustrer plus concrètement les premières étapes d'un processus d'adaptation culturelle, le protocole de Berthiaume (Berthiaume *et al.*, 2003) est décrit avant de passer à la troisième étape.

3.3.3.1 Protocole *Super l'écureuil contre le TSPT*

Le protocole *Super l'écureuil contre le TSPT* (Berthiaume *et al.*, 2003) est un protocole d'intervention cognitivo-comportemental destiné aux jeunes québécois d'âge scolaire aux prises avec le TSPT. Il a été mis au point par le *Laboratoire d'étude des troubles anxieux chez les enfants du Centre de Recherche Fernand-Seguin*, affilié à l'*Hôpital Louis-H. Lafontaine* de Montréal. Comme il s'agit d'un protocole de traitement manualisé et rédigé en français, l'exercice d'adaptation s'en trouve facilité. De plus, des données empiriques préliminaires encourageantes ont été publiées. En effet, Berthiaume (2007) a utilisé le protocole d'intervention auprès de trois enfants québécois d'âge scolaire (8, 9 et 11 ans) présentant un TSPT de type I, dans le cadre d'une étude pilote expérimentale à cas uniques. Les trois enfants ont complété le traitement et ils ne répondaient plus aux critères du TSPT au posttest, ni aux trois moments de relances (trois, six et douze mois).

Super l'écureuil contre le TSPT est un protocole standardisé et entièrement reproductible qui comporte un manuel d'administration pour le thérapeute, un cahier d'activités pour le jeune, ainsi que des feuillets d'information destinés aux parents. Le traitement en question s'échelonne sur 12 séances hebdomadaires, d'une durée variant entre 60 et 90 minutes. Il s'adresse à une clientèle de jeunes Québécois francophones âgés de 8 à 12 ans et répondant aux critères du TSPT suite à un événement traumatique unique (type I).

De façon sommaire, le programme comporte les stratégies d'intervention suivantes : (a) psychoéducation sur le TSPT, (b) identification et expression des émotions, (c) identification de sensations physiques liées à l'anxiété, (d) apprentissage de techniques de gestion de relaxation (respiration profonde et détente musculaire), (e) travail sur les cognitions

dysfonctionnelles (restructuration cognitive et auto-instruction), (f) exposition graduée en imagination au récit de l'événement traumatique, (g) exposition graduée in vivo à des stimuli anxigènes, (h) généralisation des acquis et de prévention de la rechute.

Les parents participent au cheminement de leur enfant au moyen d'une bibliothérapie, c'est-à-dire qu'ils sont invités à lire des documents récapitulatifs expliquant chaque stratégie d'intervention enseignée à leur enfant, et ce, pendant que l'intervenant rencontre l'enfant individuellement. Les parents peuvent aussi poser des questions sur les lectures en fin de rencontre, leur permettant de devenir des cothérapeutes efficaces auprès de leur enfant.

3.3.3.2 Précisions sur la clientèle ciblée par le protocole modifié

Comme le protocole *Super l'écureuil contre le TSPT* initial, le protocole modifié ciblerait des jeunes réfugiés répondant aux critères diagnostiques du TSPT selon la nomenclature du DSM-IV-TR (APA, 2000). L'âge des jeunes clients visés par le traitement demeurerait le même, soit de 8 à 12 ans, afin de minimiser les modifications à apporter au niveau des variables développementales. Comme bon nombre de jeunes réfugiés traumatisés rapportent des traumatismes de type II, le manuel devrait être adapté en fonction d'événements traumatiques multiples ou répétés. Des exemples portant sur les traumatismes de guerre, fréquents chez les jeunes réfugiés, auraient à être inclus au matériel. Le programme de traitement modifié devrait aussi pouvoir cibler des jeunes provenant de toutes les cultures, à la condition qu'ils se montrent intéressés par cette forme de traitement. Enfin, le matériel devrait d'abord être élaboré en langue française pour être accessible aux intervenants québécois, quoique l'intention soit de parvenir à proposer un manuel d'intervention suffisamment clair et détaillé pour rendre possible le travail en d'autres langues, avec le recours à des interprètes au besoin. Ceci implique que le protocole modifié viserait d'abord des jeunes réfugiés et leurs familles en mesure de s'exprimer en français et de comprendre le français parlé et écrit (ce qui exclut plusieurs jeunes réfugiés nouvellement arrivés et leurs parents, moins acculturés). Les mineurs non accompagnés pourraient également bénéficier de l'intervention à la condition que des adultes significatifs acceptent de participer au traitement.

3.3.4 Étape 3 : Recenser la littérature scientifique pour cibler des adaptations potentielles

Tel que mentionné précédemment, les modifications culturelles à apporter au protocole de traitement peuvent être superficielles ou substantielles, selon le modèle théorique sous-jacent et les caractéristiques du protocole à adapter. Dans le cas de *Super l'écureuil contre le TSPT*, puisque le protocole initial vise des jeunes occidentaux non-réfugiés, des modifications substantielles pourraient éventuellement être envisagées pour que le protocole modifié reflète mieux la réalité des jeunes réfugiés. Pour cette raison, même en privilégiant une formule de modifications graduelles où sont d'abord effectuées les modifications de surface, une brève description des formes d'adaptations culturelles de traitements possibles présentées dans la littérature scientifique peut fournir des idées sur des façons de procéder.

Pour ce faire, une recherche documentaire a été menée sur les bases de données *PsycINFO* et *Pubmed*. Pour y parvenir, des mots-clés associés à la TCC ou aux autres traitements démontrés efficaces empiriquement (CBT, cognitive behavior*, TCC, EBT, evidence based) ont été combinés à des mots-clés portant sur l'adaptation culturelle (cultural adaptation*, adaptation* culturelle*). Les notices portant sur l'adaptation culturelle d'instruments psychométriques, sur la prévention ou l'adhérence aux soins médicaux pour un problème de santé physique, sur les traitements pharmacologiques ou sur le phénomène de l'acculturation au sens large ont été exclues. Les listes de références des articles retenus ont été consultées. De plus, des lignes directrices pour les soins de santé mentale émises par les différents organismes de protection des réfugiés (p. ex. : HCR, VIVO) et de promotion de la santé mentale (p. ex. : APA, NICE) ont également été repérées via les sites web de ces organismes.

Au total, 29 notices ont été retenues (Barrera et Castro, 2006; Bernal, Bonilla et Bellido, 1995; Castro et Alarcón, 2002; Chen, Kakkad et Balzano, 2008; Domenech-Rodríguez et Wieling, 2005; Dwairy et Van Sickle, 1996; Friedberg et Crosby, 2001; Griner et Smith, 2006; Harris, 2007; Hays, 2008; Huey et Polo, 2008; Hwang et Wood, 2007; Interian et Díaz-Martínez, 2007; Kohn *et al.*, 2002; Kumpfer *et al.*, 2008; Lau, 2006; Lustig *et al.*, 2004;

Marshall et Suh, 2003; Mayo, 1991; McCabe *et al.*, 2005; Muroff, 2007; Murray *et al.*, 2008; Nwoye, 2006; O'Callaghan, 2008; Rojas-Flores, Lowe et Herrera, 2006; Steiker *et al.*, 2008; Turner, Richards et Sanders, 2007; Whaley et Davis, 2007; Wilson *et al.*, 1995).

Les recommandations d'adaptations culturelles émises dans les publications retenues ont été identifiées et répertoriées. Ces dernières sont présentées dans les sous-sections suivantes, regroupées en trois catégories principales : 1) les recommandations qui visent à favoriser l'engagement des clients dans le processus thérapeutique, 2) celles qui visent la contextualisation du contenu du traitement, et 3) celles qui portent sur l'évaluation psychologique initiale des difficultés du client.

3.3.4.1 Recommandations visant à favoriser l'engagement des clients

Les modifications apportées à des protocoles de traitement dans le but de favoriser l'engagement peuvent être particulièrement utiles lorsque la clientèle pour laquelle le traitement est adapté sous-utilise une ressource qui lui est accessible, lorsqu'il est démontré que plusieurs des personnes qui la composent entretiennent une attitude négative concernant la ressource ou les soins de santé mentale, ou lorsqu'un taux d'abandon thérapeutique élevé est observé chez les personnes de cette clientèle ayant entrepris un suivi (Lau, 2006). Parmi les recommandations émises pour tenter de remédier à ces situations, certaines concernent les caractéristiques de la ressource d'aide et du service offert. Celles-ci portent sur la langue d'intervention et le bilinguisme du personnel de soutien, l'accessibilité de la ressource et autres considérations pratico-pratiques, le « multiculturalisme » de la ressource, l'équipe multidisciplinaire ou les compétences parallèles du thérapeute, ainsi que les liens avec la communauté. Un deuxième type de recommandations pour augmenter l'engagement thérapeutique concerne les caractéristiques du thérapeute : son profil sociodémographique, sa formation et sa compétence culturelle.

a) *Recommandations à propos des caractéristiques du service ou de la ressource.*

Plusieurs auteurs ont émis des recommandations en lien avec les caractéristiques du service ou de la ressource d'aide.

Premièrement, la question de la langue d'intervention est d'une importance fondamentale étant donné que la langue est souvent le « véhicule de la culture » (Bernal, 1995). De toute évidence, l'idéal consiste à offrir les services psychothérapeutiques dans la langue maternelle des clients (Brown, 2008; Griner et Smith, 2006; Hays, 2008; Sue et Sue, 2003), puisque le fait de devoir communiquer dans une langue seconde limite la libre expression des pensées et émotions et complexifie l'établissement de la relation thérapeutique (Lewis et Ippen, 2004). D'ailleurs, Griner et Smith (2006), à partir d'une méta-analyse portant sur 76 études d'efficacité, ont déterminé que les interventions dispensées dans la langue maternelle des clients étaient deux fois plus efficaces que les interventions se déroulant en langue seconde. Par ailleurs, lorsqu'aucun thérapeute n'est en mesure d'intervenir dans la langue maternelle du client, plusieurs auteurs recommandent d'avoir recours aux services d'un interprète (Griner et Smith, 2006; Hays, 2008; Raval, 2005; Rousseau, 1995). Toutefois, Raval (2005) explique que le travail avec un interprète demande certains ajustements additionnels de la part du thérapeute, par exemple en ce qui concerne la clarification du rôle de l'interprète, le respect de la confidentialité du client et le temps nécessaire pour offrir encadrement et soutien à l'interprète suite aux rencontres de thérapie (une liste de recommandations visant à faciliter le travail avec des interprètes a été ajoutée à l'Appendice E). Tel qu'abordé au chapitre précédent, l'intervention avec l'aide d'un interprète semble toutefois être aussi efficace que les services dispensés sans l'aide d'interprètes (d'Ardenne *et al.*, 2007; Schulz *et al.* 2006). Lorsque ces conditions ne peuvent être rencontrées, intervenir dans une langue seconde du client peut être une option à considérer, dans la mesure où le thérapeute s'assure d'informer le client à propos des limites de ces conditions de travail (Hwang et Wood, 2007; Hays, 2008). Pour leur part, Interian et Díaz-Martínez (2007) et Kohn-Wood, Hudson et Graham (2008) ajoutent l'importance de la compatibilité langagière entre le client et les autres membres du personnel (p. ex. : réceptionniste, coordonnateur de projet, etc.) dans l'établissement d'un premier contact significatif.

Deuxièmement, d'autres auteurs émettent des recommandations en lien avec l'accessibilité de la ressource (McCabe *et al.*, 2005). Selon eux, la ressource doit avoir une certaine visibilité et être localisée de façon à en faciliter l'accès (p. ex. : clinique de quartier) pour que les gens appartenant à des minorités culturelles l'utilisent (Griner *et al.*, 2006). D'autres considérations, telles que les heures d'ouverture flexibles pour répondre aux besoins d'individus travaillant de jour, le coût abordable des services, les frais de transport fournis, la possibilité de se déplacer à domicile et la disponibilité d'une halte-garderie peuvent également avoir une incidence sur l'utilisation d'une ressource par une population fréquemment de niveau socio-économique plus faible (Domenech-Rodriguez et Wieling, 2005; Griner et Smith, 2006; Interian et Díaz-Martínez, 2007).

Une troisième recommandation par rapport à la ressource, qui rejoint partiellement la recommandation sur la langue d'intervention, concerne la culture des thérapeutes et employés qui en font partie. Griner et Smith (2006) expliquent que des personnes issues de cultures non occidentales peuvent se sentir méfiantes envers des services offerts exclusivement par une équipe de thérapeutes occidentaux. À l'instar d'autres auteurs, ils proposent qu'une équipe clinique et des membres du personnel de soutien issus de plusieurs cultures puissent inciter les gens appartenant à des minorités culturelles à fréquenter davantage la ressource (Guarnaccia et Lopez, 1998; Miller, 1999; Westermeyer, 1991). Selon Muroff (2007), l'apparence et l'ambiance de l'endroit, notamment l'usage de décorations provenant de plusieurs pays, peuvent aussi inciter à la confiance et faire en sorte que la ressource soit fréquentée par une clientèle multiculturelle. Dans la même veine, le fait qu'une ressource ait une vocation culturelle ou multiculturelle a aussi été recommandé dans le but de favoriser l'engagement des personnes de diverses cultures (Griner et Smith, 2006; Hwang *et al.*, 2006).

Quatrièmement, compte tenu des défis inhérents à l'intégration dans un nouveau pays, les personnes réfugiées et immigrantes doivent transiger avec les circonstances souvent difficiles associées à l'adaptation au milieu. Certaines de ces circonstances associées à l'assouvissement de besoins de base prennent naturellement préséance sur des besoins de l'ordre de la santé mentale. Par exemple, parents et enfants peuvent avoir besoin d'assistance afin de se trouver un logement adéquat, obtenir suffisamment de denrées alimentaires, recevoir des soins médicaux appropriés, trouver un emploi, ou comprendre le système

d'immigration et les aspects légaux de leur intégration au Canada. De plus, un thérapeute travaillant auprès de familles de réfugiés doit connaître le processus et les lois de l'immigration, et être en mesure de référer les familles à différentes ressources communautaires pour leur permettre d'obtenir des services parallèles appropriés (Brown, 2008; Gorman, 2001; Marshall et Suh, 2003; Miller, 1999; Murray *et al.*, 2008). Considérant la multiplicité des besoins à satisfaire, les services de santé mentale offerts au sein d'équipes multidisciplinaires peuvent être une excellente initiative. Les services psychologiques offerts aux enfants et adolescents en milieux scolaires procurent aussi l'avantage de pouvoir repérer et desservir des jeunes et leurs familles qui, laissés à eux-mêmes, n'auraient possiblement pas consulté (Ehnholt, Smith et Yule, 2005; Lewis et Ippen, 2004; O'Shea, Hodes, Down et Bramley, 2000). Suivant une ligne de pensée parallèle, Griner et Smith (2006) considèrent important que les intervenants travaillent de concert avec les ressources de soutien présentes dans la communauté, les traditions spirituelles et la famille élargie du client.

Ensuite, certaines caractéristiques du thérapeute peuvent inciter les personnes appartenant à des cultures non dominantes à faire appel aux services de santé mentale et, au besoin, à s'engager dans un processus thérapeutique. Un premier point, celui des caractéristiques sociodémographiques du thérapeute, fait surtout référence à son appartenance ethnique. En fait, certains auteurs ont rapporté des résultats d'études selon lesquelles les clients, lorsque jumelés à un thérapeute de même ethnie et parlant la même langue maternelle, se disaient plus satisfaits envers les services utilisés et avaient moins tendance à abandonner prématurément la thérapie (Griner et Smith, 2006; Osterman et de Jong, 2007; Sue *et al.*, 1991). Toutefois, il semble que les travaux portant sur cette question aient fourni des résultats mitigés (Osterman et de Jong, 2007). D'ailleurs, Brown (2008) décrit des exemples de situations où ce type de « pairage culturel » nuit à l'établissement d'un lien de confiance. Par exemple, ceci peut se produire lorsque certains traumatismes revêtent une signification culturelle importante pouvant rendre tabou l'expression d'émotions négatives qui y sont rattachées auprès d'une thérapeute de même culture (p. ex. : excision du clitoris). Brown propose plutôt que la compétence culturelle du thérapeute – caractéristique décrite subséquentement – soit une caractéristique plus importante que l'ethnie pour l'établissement d'une relation thérapeutique constructive. Quoi qu'il en soit, quand les circonstances le

permettent, le pairage ethnique entre le thérapeute et le client est considéré préférable par plusieurs auteurs.

b) *Recommandations au sujet des caractéristiques et de la formation du thérapeute.* Le second type de recommandations concerne les caractéristiques du thérapeute qui ont trait à ses compétences de travail, que ce soit au niveau de ses connaissances, sa connaissance de soi ou sa formation.

D'abord, plusieurs auteurs abordent l'importance de se familiariser avec la culture des clients suivis (Dwairy et Van Sickle, 1996; Lewis et Ippen, 2004). Lorsque le thérapeute rencontre un client issu d'une culture avec laquelle il est peu familier, ces auteurs soulignent l'importance d'investir temps et énergie à acquérir de l'information via des livres, du matériel multimédia, ou encore des consultants culturels et interprètes (Hays, 2008). Une supervision peut aussi s'avérer nécessaire (Dwairy et Van Sickle, 1996). En outre, le client peut être une source d'information précieuse, mais Hays (2008) qualifie d'« injuste » l'attente de certains thérapeutes que toute l'information requise pour la thérapie provienne des clients. Plutôt, Hays recommande que les thérapeutes se renseignent activement à l'extérieur des rencontres, dans l'esprit d'une démarche de formation continue. Par la suite, le thérapeute doit éviter les stéréotypes, en comparant ses renseignements avec les propos des clients et en abordant directement toute ambiguïté perçue dans l'interaction (Dwairy et Van Sickle, 1996; Sue et Sue, 2003).

En second lieu, au-delà des connaissances, le fait d'avoir une bonne connaissance de soi, de ses propres biais culturels et de leur impact sur l'interaction avec les clients de cultures différentes a été identifié comme une caractéristique essentielle d'un intervenant faisant preuve de compétence culturelle. Ainsi, certains auteurs recommandent aux thérapeutes d'explorer ces questions avant d'entreprendre du travail clinique auprès de jeunes et d'adultes de différentes cultures (Brown, 2008; Doherty, 1999; Hays, 2008; Hwang et Wood, 2007; Muroff, 2005; Sue et Sue, 2003). Hays (2008) propose d'utiliser l'acronyme ADDRESSING, où chaque lettre porte sur une dimension importante du contexte culturel d'une personne : Âge et influences générationnelles, problèmes Développementaux, « Désordres » (invalidités) acquis plus tard dans la vie, Religion et orientation spirituelle, identité Ethnique

et raciale, statut Socio-économique, orientation Sexuelle, héritage Indigène, origine Nationale, et Genre. Cet outil, ajouté en appendice (Appendice F) peut être utilisé pour développer une meilleure connaissance de soi et de ses biais culturels.

Enfin, Hwang et Wood (2007) précisent qu'au-delà des connaissances culturelles à propos du client, le thérapeute doit être en mesure de bien comprendre et gérer la relation interpersonnelle qui s'installe entre lui-même et le client. Selon eux, ce genre de compétence nécessite une formation spécifique en diversité culturelle qui ne fait habituellement pas partie de la plupart des programmes universitaires de formation en relation d'aide. D'autres auteurs s'entendent pour recommander l'acquisition de notions précises sur le travail interculturel via des programmes de formation spécialisés (Kazarian et Evans, 1998; Toukmanian et Brouwers, 1998). Cela dit, malgré ces recommandations divergentes et l'importance accordée à la compétence culturelle par bon nombre d'auteurs, spécifions que l'impact de cette caractéristique du thérapeute sur l'efficacité thérapeutique n'a pas encore été évalué empiriquement (Barrera et Castro, 2006; Lau, 2006). De plus, de telles ressources professionnelles hautement spécialisées et en nombres suffisants pour répondre aux besoins de la proportion multiculturelle grandissante de la population semblent représenter un idéal difficilement atteignable. Compte tenu des ressources professionnelles limitées, quelques auteurs proposent de recourir à des paraprofessionnels (p. ex. : pairs aidants, membres de la communauté religieuse) pour offrir certains services (Neuner *et al.*, 2004; Rojas-Flores, Lowe et Herrera, 2006).

c) *Recommandations visant à favoriser l'engagement dans les ressources.* Certaines autres recommandations d'adaptations culturelles d'interventions ont été proposées dans le but de favoriser l'engagement des personnes de cultures non occidentales dans les ressources de santé mentale disponibles : « initier » le client à la thérapie, utiliser une approche dite de « santé publique », miser sur les forces et la résilience plutôt que sur les déficits à combler, et générer un soulagement à court terme.

D'abord, des chercheurs ont postulé que le manque de familiarité avec la notion de psychothérapie et le rôle de psychologue, de même que certaines attitudes négatives envers la

psychothérapie, font partie des facteurs pouvant dissuader les individus appartenant à des minorités culturelles d'avoir recours à des services de santé mentale, ou encore les inciter à abandonner prématurément les suivis entrepris (McCabe *et al.*, 2005). Pour cette raison, certains auteurs recommandent d'offrir une forme d'initiation à la psychothérapie avant d'entreprendre un processus thérapeutique (Chen, Kakkad et Balzano, 2008; Dwairy et Van Sickle, 1996; Hwang et Wood, 2006; McCabe *et al.*, 2005, Muroff, 2007). Ceci permettrait de calmer des craintes dues à un manque de connaissances concernant la psychothérapie. La rencontre d'initiation ou d'introduction s'avère un bon moment pour le thérapeute d'expliquer au client leurs rôles respectifs ainsi que clarifier le cadre de travail en psychothérapie. Ainsi, le thérapeute peut communiquer ses attentes envers le client (p. ex. : participation active, dévoilement de soi, présence ponctuelle aux rencontres, accomplissement d'exercices thérapeutiques entre les séances) et décrire en quoi consistera le suivi en terme de formulation d'objectifs de travail, d'apprentissage de stratégies thérapeutiques et d'organisation des différentes tâches dans le temps. La littérature recensée ne fait toutefois pas mention de données empiriques appuyant l'efficacité de ce genre d'adaptations de traitement.

Ensuite, McCabe et collègues (2005) ont proposé d'utiliser une approche inspirée du modèle de santé publique, où les thérapeutes interviennent de façon proactive pour inciter des clients à risque à utiliser une ressource et à adhérer au traitement. Dans cette optique, ils suggèrent aux thérapeutes d'avoir recours à des stratégies comme téléphoner aux clients la veille d'un rendez-vous pour leur remémorer l'heure de la rencontre et les aider à surmonter de potentiels obstacles à leur présence (transport, garderie, etc.). Ils recommandent également de se montrer plus flexibles face aux écarts de certains clients en termes de ponctualité ou d'assiduité, la conception du temps pouvant varier en fonction de la culture. D'autres auteurs proposent des recommandations similaires (Kohn-Wood *et al.*, 2008).

Enfin, quelques auteurs proposent de mettre rapidement en place des stratégies thérapeutiques pouvant générer à court terme une atténuation des symptômes. Avec une clientèle qui peut se sentir méfiante ou réticente à l'idée de consulter, un soulagement rapide de certains symptômes peut augmenter la crédibilité du service et diminuer l'abandon prématuré de la thérapie (Dwairy et Van Sickle, 1996; Muroff, 2007).

3.3.4.2 Recommandations visant la contextualisation du contenu du traitement

Le type de recommandations le plus fréquent porte sur la contextualisation du contenu de traitement. Les changements proposés peuvent être regroupés en deux catégories. Les changements structuraux ont trait à la structure et au processus de la thérapie, alors que les changements didactiques portent sur la modification ou l'ajout de certaines composantes du traitement.

Les auteurs qui ont formulé des recommandations de changements structuraux pour tenir compte de la culture des clients ont abordé la traduction du matériel écrit, l'inclusion d'anecdotes et d'exemples inspirés de la culture du client, ainsi que l'usage de modalités créatives d'expression verbale (p. ex. : métaphores, récits thérapeutiques, symboles, dictons) (Friedberg et Crosby, 2001; Interian et Díaz-Martínez, 2007). Kumpfer et ses collègues (Kumpfer *et al.*, 2008; Steiker *et al.*, 2008) considèrent que ce genre d'adaptations « de la structure de surface » est d'une importance cruciale pour engager et maintenir les participants dans le traitement, puisqu'elles ont pour effet de communiquer aux familles que leurs valeurs et traditions sont honorées. Mentionnons que selon ces auteurs, les modifications de surface peuvent aussi inclure l'ajout de rituels d'accueil, de bénédictions du groupe, de chansons, de danses, d'exercices, de photos, de vidéos et d'autres matériaux qui n'altèrent pas le choix des composantes du traitement, ni sa structure globale ou temporelle. D'autre part, l'usage de métaphores, symboles et dictons a été proposé par certains comme une stratégie utile afin de rendre plus accessibles des concepts complexes ou peu familiers (Friedberg et Crosby, 2001; Interian et Díaz-Martínez, 2007). Par exemple, certains auteurs proposent de contrecarrer un malaise face au recours à la logique et la pensée rationnelle en ajoutant des composantes créatives à la psychothérapie, ce qui peut avoir l'effet de diminuer l'emphase mise sur le rationnel et accorder une plus grande importance à l'intuition et aux émotions. Entre autres, Hwang et collègues (2006) expliquent illustrer ou appuyer des notions psychothérapeutiques en faisant référence à des types de métaphores appelées *Chengyu*. Il s'agit de principes éthiques et moraux bien connus en Chine et formulés en phrases de quatre mots. Interian et Díaz-Martínez (2007) font un usage similaire de proverbes mexicains, ou *dichos*, auprès de clients de cette culture. Pour leur part, De Coteaux et collègues (2008) décrivent comment les Amérindiens, qui ont l'habitude de communiquer des informations sous forme de contes,

chants et danses, peuvent se sentir plus confortables d'utiliser ces modalités d'expression pour décrire les difficultés pour lesquelles ils consultent. Certaines stratégies thérapeutiques créatives non verbales peuvent aussi être employées aux mêmes fins, par exemple en présentant des principes abstraits à l'aide d'un schéma ou d'une illustration. Les stratégies thérapeutiques créatives sont souvent considérées comme des compléments appropriés à la TCC pour faciliter la communication de jeunes enfants, de jeunes qui présentent des difficultés langagières ou intellectuelles, de personnes analphabètes ou détenant une formation académique restreinte, de personnes de cultures où l'expression verbale des émotions et le dévoilement de soi sont dissuadés, ou de personnes tout simplement moins confortables avec les stratégies thérapeutiques verbales (Deblinger et Heflin, 1996; Friedberg et Crosby, 2001; Hays, 2008; Pifalo, 2007).

Les recommandations de changements didactiques à apporter au contenu d'un traitement impliquent parfois d'en modifier les composantes existantes ou d'en ajouter de nouvelles. Ceci a pour but de tenir compte des valeurs culturelles, de symptômes distinctifs en présence d'un même trouble, ou de facteurs de protection ou de risque propres à la nouvelle clientèle ciblée par le traitement. Effectivement, certains auteurs ont décrit des modifications à apporter à des composantes habituellement incluses dans les programmes d'intervention en TCC, comme la restructuration cognitive et l'exposition (Hays, 2008; Interian et Díaz-Martínez, 2007; Muroff, 2007; Murray *et al.*, 2008). Par exemple, Interian et Díaz-Martínez expliquent que la compréhension de la restructuration cognitive peut être ardue pour des personnes récemment immigrées du Mexique et dont le statut socio-économique est faible. Ils proposent différents moyens de surmonter les obstacles rencontrés, tels que l'usage de la formulation « il est vrai que... mais » pour réfuter les pensées dysfonctionnelles, ou encore le recours à des proverbes bien connus qui illustrent des principes de la TCC (p. ex. : « *Todo es según el color del cristal con que se mira.* / Tout est en fonction de la couleur du cristal à travers duquel nous regardons. », proverbe qui peut illustrer le lien entre les pensées et les émotions.). D'autres auteurs expliquent qu'il peut être préférable d'explorer l'utilité d'une croyance plutôt que sa validité, par exemple afin d'éviter de questionner la validité de certaines croyances culturelles qui peuvent paraître étranges ou irrationnelles (Hays, 2008; Kohn-Wood *et al.*, 2008). Pour sa part, Muroff (2008) émet certaines mises en garde dans

l'usage de stratégies d'exposition *in vivo* pour des personnes appartenant à des groupes ethniques faisant fréquemment l'objet de discrimination, ou encore pour des clients appartenant à des groupes culturels où le fait de consulter en psychothérapie peut être une source de stigmatisation. Ces circonstances peuvent exacerber des craintes associées aux exercices d'exposition *in vivo* dans des lieux publics, ainsi qu'entraîner certains abandons thérapeutiques prématurés. Ces exemples illustrent l'importance de tenir compte des variables culturelles, y compris les valeurs et les variables environnementales, dans l'application de stratégies thérapeutiques courantes.

Une autre forme d'adaptation des composantes de traitement concerne le choix de ces composantes. Selon la culture de la population cible pour laquelle un chercheur souhaite adapter un traitement psychothérapeutique, il peut envisager l'ajout de nouvelles composantes de traitement pour tenir compte de valeurs culturelles, de symptômes distincts ou d'autres thèmes importants pour la population cible (y compris des facteurs de risque ou de protection particuliers à cette population, par exemple la pratique parentale de « socialisation raciale » chez les Afro-américains ; Kumpfer *et al.*, 2002; 2008). Certaines des composantes de traitements fréquemment ajoutées pour tenir compte de différences culturelles portent sur les thèmes suivants : pertes et deuils (Englund, 1998; Gorman, 2001; Murray *et al.*, 2008; Parson, 1996), spiritualité (Dwairy et Van Sickle, 1996; Griner et Smith, 2006; Kohn *et al.*, 2002; Kohn-Wood *et al.*, 2008), discrimination et justice sociale (Bala, 2005; Chen *et al.*, 2008; Gorman, 2001; Kohn-Wood *et al.*, 2008; Lustig *et al.*, *Testimonial...*, 2004), inclusion de soins traditionnels (Grant, Henley et Keane, 2001), et adaptation au pays d'accueil (Birman *et al.*, 2005; UNHCR, 2008b).

3.3.4.3 Recommandations portant sur l'évaluation psychologique initiale

Plusieurs recommandations en lien avec l'évaluation psychologique initiale des clients n'appartenant pas à la culture majoritaire, y compris les jeunes réfugiés, ont aussi été émises (Interian et Díaz-Martínez, 2007; Lewis et Ippen, 2004; McCabe *et al.*, 2005; Muroff, 2007). Plus spécifiquement, les auteurs incitent les thérapeutes à tenir compte de plusieurs distinctions liées à l'évaluation comme : la perception différente de la famille concernant les

causes et le problème en soi, les normes culturelles concernant la santé mentale et les difficultés pour lesquelles ils consultent, les motifs pour lesquels la famille a quitté le pays d'origine et le récit de la migration, les conditions de vie depuis l'arrivée au pays d'accueil, ainsi que les qualités psychométriques et les conditions d'administration d'outils d'évaluation utilisés.

Une première considération concerne le vaste thème de la conception de la santé mentale, pouvant varier grandement en fonction de la culture (Grant, Henley et Kean, 2001; Lewis et Ippen, 2004). En effet, le thérapeute doit tenir compte du fait que les normes culturelles déterminent quels comportements sont considérés normaux ou problématiques (y compris au niveau du développement de l'enfant), comment est définie la santé mentale, de quelle façon est exprimée la détresse, à quelles causes sont attribuées les difficultés vécues, quelles pistes de solutions sont considérées acceptables ou inacceptables pour faire face aux difficultés et quelles attentes entretenir au sujet d'un suivi en psychothérapie. Les auteurs recommandent donc aux thérapeutes travaillant auprès de clients réfugiés, immigrants ou appartenant à des minorités ethniques d'explorer cette notion de santé mentale (Hwang et Wood, 2007; Interian et Díaz-Martínez, 2007).

En deuxième lieu, lorsque les clients sont des personnes réfugiées ou des immigrants de première génération, il est recommandé que le thérapeute explore les raisons pour lesquelles la famille a quitté le pays d'origine et qu'il s'enquiert à propos des expériences liées à la migration. Les conditions de vie avant, pendant et après la migration sont également importantes à explorer. De plus, comme il est courant que le statut social diminue et que les conditions de vie se dégradent une fois arrivés dans le pays d'accueil, des questions à ce sujet peuvent générer une meilleure compréhension des diverses réactions en lien avec le processus d'intégration au pays, tout en prenant connaissance de l'existence de différents facteurs de stress (p. ex. : difficulté à trouver un logement ou un travail, discrimination, etc.) (Miller, 1999; Muroff, 2007). Par ailleurs, certains recommandent d'évaluer le niveau d'acculturation, facteur pouvant rendre certains individus plus ou moins susceptibles de développer des troubles de santé mentale (McCabe *et al.*, 2005; Muroff, 2007; Rojas-Flores *et al.*, 2006).

Enfin, le choix de questionnaires et d'entrevues d'évaluation peut comporter des défis importants. En effet, plusieurs instruments d'évaluation couramment utilisés sur le terrain n'ont pas été traduits en différentes langues ni adaptés à différentes cultures. Leurs qualités psychométriques n'ont souvent pas été évaluées auprès de clients appartenant à diverses minorités ethniques. Or, puisqu'il existe un nombre incalculable de réalités culturelles, il est impossible que des questionnaires et entrevues diagnostiques aient été créés ou adaptés pour chacune. Les auteurs qui abordent ces difficultés recommandent donc aux thérapeutes de faire preuve de vigilance dans le choix des outils d'évaluation (Brown, 2008; Kohn-Wood *et al.*, 2008). Par ailleurs, le thérapeute doit s'enquérir sur les capacités de lecture et d'écriture des clients et membres de leurs familles avant d'envisager l'usage de mesures autoadministrées ; certains questionnaires peuvent être administrés de vive voix à des clients analphabètes. D'autre part, le thérapeute travaillant auprès d'une clientèle d'enfants et d'adolescents doit être sensible au fait que le modèle de famille nucléaire typique des pays occidentaux ne représente pas la norme dans plusieurs autres pays. Ainsi, un thérapeute qui intervient auprès d'une clientèle d'enfants et d'adolescents provenant de cultures non occidentales doit savoir quelles personnes sont considérées comme faisant partie de la famille immédiate du jeune (Hays, 2008), y compris des membres de la famille élargie et certains amis de la famille. Entre autres, cette information peut s'avérer utile à des fins d'administration de questionnaires (Rousseau et Drapeau, 1998).

Pour sa part, Hodes (2000) insiste sur l'importance d'éviter une évaluation pouvant ressembler à un interrogatoire, ce qui pourrait devenir très anxiogène pour des jeunes ou membres de familles qui ont subi de la torture ou été malmenés par des représentants des forces de l'ordre dans le pays d'origine.

3.3.5 Applications dans le traitement cognitivo-comportemental des jeunes réfugiés traumatisés

Parmi les recommandations présentées, plusieurs semblent pertinentes à la question du traitement des jeunes réfugiés, mais dépassent les besoins des adaptations initiales de surface à apporter au protocole. Comme les adaptations de surface prennent préséance sur les autres

formes d'adaptation, elles seront malgré tout abordées d'abord. Ensuite, des modifications à apporter au protocole plus tard dans la démarche d'adaptation culturelle seront envisagées à la lumière de la littérature étudiée.

3.3.5.1 Modifications de surface

Comme mentionné dans une section préalable, des adaptations de surface à envisager peuvent inclure les modifications d'exemples, d'anecdotes et d'illustrations afin qu'ils reflètent le caractère multiculturel de la nouvelle clientèle cible. Par exemple, des vignettes cliniques décrivant des traumatismes de type I peuvent être remplacées par des exemples d'événements de guerre. De plus, il est possible de simplifier le niveau de langage pour minimiser l'impact des barrières langagières potentielles. Minimiser le recours à la lecture pourrait aussi faciliter la communication dans une version ultérieure du protocole s'adressant à une clientèle moins acculturée. Comme *Super l'écureuil contre le TSPT* prévoit une bibliothérapie aux parents, cette composante pourrait être substituée par une vidéothérapie, par exemple. D'autres modifications pourraient être apportées pour tenir compte d'autres caractéristiques de la population cible, mais il ne faut pas perdre de vue l'importance de limiter en nombre les premières modifications au protocole afin de ne pas compromettre la valeur thérapeutique de l'intervention.

À cette étape des premières modifications au protocole, il faut aussi envisager la modification des exercices d'exposition pour tenir compte des traumatismes multiples, plus fréquents chez les jeunes réfugiés. Ceci concerne spécifiquement la composante d'exposition en imagination du protocole *Super l'écureuil contre le TSPT*. Cette fois encore, les recommandations dans la littérature recensée ne sont d'aucune aide pour y parvenir. À titre indicatif, dans la procédure d'exposition initiale du protocole *Super l'écureuil contre le TSPT*, le jeune est d'abord invité à décrire la chronologie des circonstances entourant son événement traumatique unique. Par la suite, il est invité à raconter plusieurs fois son récit traumatique en y ajoutant de plus en plus de détails sensoriels. Le récit est aussi enregistré sur cassette audio afin que le jeune puisse l'écouter jusqu'à ce que l'anxiété diminue. Or, lorsque les événements traumatiques sont nombreux, il est difficile de savoir quel événement

prioriser et comment orchestrer le travail d'exposition. Il est possible de s'inspirer des travaux sur les victimes d'agressions sexuelles et sur les stratégies d'approche narrative pour apporter les modifications nécessaires au protocole. Ainsi, Deblinger et Heflin (1996) proposent de baser les exercices d'exposition sur des souvenirs spécifiques, qui se démarquent dans la mémoire de l'enfant. Par exemple, dans le cas d'une jeune fille qui a été victime d'inceste pendant plusieurs années, la thérapeute peut s'enquérir au sujet de la première agression ou identifier des situations inhabituelles (p. ex. : le jour de son anniversaire de 10 ans). Par ailleurs, l'approche KIDNET (*voir* Chap. II) a été employée avec succès auprès de jeunes réfugiés de huit ans et plus souvent exposés à de multiples traumatismes de guerre (Onyut *et al.*, 2005; Schauer *et al.*, 2005; Schauer *et al.*, 2004). L'enfant ou l'adolescent est amené à reconstruire le récit détaillé et chronologique de sa vie, incluant les événements traumatiques et les moments heureux, et ce, jusqu'à ce que se produise le phénomène d'habituation. Cette méthode semble avoir l'avantage de tempérer les propos bouleversants par l'ajout des moments agréables. De plus, le fait de procéder en ordre chronologique permet de s'assurer qu'aucun événement important n'est omis et les auteurs attribuent des vertus thérapeutiques au fait de remettre les événements traumatiques en séquence. Ainsi, l'une ou l'autre de ces deux approches pourrait inspirer les modifications à apporter à la procédure d'exposition du protocole *Super l'écureuil contre le TSPT*.

3.3.5.2 Modifications additionnelles subséquentes

D'autres modifications éventuelles potentiellement intéressantes à envisager pour le protocole *Super l'écureuil* sont maintenant décrites, en s'inspirant des recommandations émises dans la littérature scientifique recensée. Certaines concernent la contextualisation du contenu du protocole : aborder les circonstances anxiogènes associées à l'intégration dans un nouveau pays, transiger avec les pertes et les deuils, et aborder la discrimination et le racisme. D'autres recommandations visent à promouvoir l'engagement thérapeutique (au-delà des modifications de surfaces initiales) : augmenter l'accessibilité ou la visibilité de la ressource où est offert le service, informer les clients peu familiers avec les services de santé

mentale et la psychothérapie, et aborder la méfiance envers les services thérapeutiques et les psychothérapeutes.

Le principal facteur de risque propre aux personnes réfugiées concerne le fait de devoir transiger avec les circonstances anxiogènes liées à l'intégration dans un nouveau pays : trouver un logement et un emploi, comprendre le processus de demande d'asile et d'immigration, s'adapter à une nouvelle culture, vivre de l'isolement social, subir de la discrimination, etc. Certaines de ces considérations relèvent des parents, mais elles peuvent néanmoins interférer avec le travail thérapeutique du jeune si elles génèrent de la détresse psychologique chez les parents. Il peut donc être utile d'offrir des ressources additionnelles aux parents. En pratique privée, un thérapeute peut référer ces derniers vers des services parallèles au besoin. Ceci rejoint certaines des recommandations émises dans la littérature, notamment la possibilité de cibler ces « autres besoins » via des services multidisciplinaires ou à même les rencontres de thérapie. Or, l'ajout de cette composante à un protocole d'intervention standardisé doit se faire de façon contrôlée. Par exemple, il peut être envisagé de consacrer 30 minutes par semaine à une rencontre avec les parents à propos de thèmes liés à l'intégration au pays. Ce soutien peut être offert par le thérapeute, avant ou après la rencontre thérapeutique avec l'enfant, advenant qu'il possède les compétences et connaissances additionnelles nécessaires pour accompagner adéquatement les parents dans ce travail. Toutefois, selon les ressources professionnelles disponibles, cette forme de soutien peut être dispensée par une travailleuse sociale ou un autre intervenant qualifié, et ce, pendant la séance de thérapie de l'enfant. Ceci peut s'avérer plus facile lorsque les services sont dispensés au sein d'une ressource multidisciplinaire. Toutefois, à des fins de recherche, une concertation entre professionnels est nécessaire puisque le contenu abordé lors de ces rencontres doit être circonscrit à des thèmes précis ; ceci permettra de mieux départager l'impact du traitement pour le TSPT de celui résultant des autres services offerts à la famille.

Par ailleurs, le deuil et la discrimination dans le pays d'accueil sont deux réalités auxquelles font face la plupart des jeunes réfugiés (Möhlen *et al.*, 2005; Murray *et al.*, 2008; Peltzer, 2001; Westermeyer, 1991) et qui peuvent occasionner une détresse potentiellement nuisible à l'efficacité des interventions sur le TSPT. Pour cette raison, des modules portant spécifiquement sur ces thèmes peuvent être conçus et ajoutés au protocole, tel que

recommandé par certains auteurs dans la littérature scientifique recensée. Des protocoles d'intervention ont d'ailleurs été créés pour cibler la problématique du deuil traumatique, considérée fréquente chez les réfugiés (Murray *et al.*, 2008; Möhlen *et al.*, 2005). Il serait pertinent de s'en inspirer pour créer un module sur le deuil qui s'intègre bien à *Super l'écureuil contre le TSPT*. Mentionnons que chaque culture a ses propres rituels et façons de faire face à la mort (Dyregrov *et al.*, 2000). Comme le fait de parler des personnes décédées est considéré tabou dans certaines cultures (Englund, 1998), il peut être préférable que le module porte plutôt sur le vaste thème des pertes (perte de la « vie d'avant », perte du réseau social dans le pays d'origine, etc.) et des stratégies considérées appropriées pour faire face aux sentiments qui en découlent. Bien que ceci relève des connaissances culturelles du thérapeute, il est possible d'inscrire une mise en garde à cet effet dans le manuel de traitement qui lui est destiné. La question de la compétence culturelle du thérapeute sera explorée davantage plus loin.

Enfin, certains auteurs proposent d'ajouter une composante de traitement sur la spiritualité (Fukuyama, 2003), mais il est aussi possible d'en tenir compte par des modifications mineures aux composantes existantes. Par exemple, dans le module sur les stratégies de relaxation, le thérapeute peut poser des questions spécifiques sur la prière ou la méditation tout en explorant les stratégies culturellement acceptables pour se détendre.

Par ailleurs, les menaces à l'engagement thérapeutique n'ont pas été adéquatement étudiées auprès de populations de réfugiés, ce qui complexifie l'exercice d'adaptation. Toutefois, advenant que certaines des hypothèses formulées pour expliquer ce phénomène chez les jeunes et les adultes appartenant à des minorités ethniques soient pertinentes aux expériences des jeunes réfugiés et de leurs parents, des adaptations à apporter à un protocole de traitement pourraient viser à augmenter l'accessibilité ou la visibilité de la ressource où est offert le service, à informer les clients peu familiers avec les services de santé mentale et la psychothérapie, ou à aborder la méfiance envers les services thérapeutiques et les psychothérapeutes.

D'abord, les modifications recommandées afin d'augmenter l'accessibilité et la visibilité d'un traitement portent habituellement sur les caractéristiques de la ressource ou du

thérapeute. C'est le cas, par exemple, lorsque des auteurs recommandent de dispenser les services via une ressource à vocation culturelle ou multiculturelle (ou, dans ce cas-ci, une ressource destinée aux nouveaux arrivants et aux réfugiés), d'offrir des heures d'ouverture flexibles et des honoraires abordables, de jumeler les clients avec des thérapeutes de même culture et d'offrir le service uniquement dans la première langue du client. Afin de tenir compte de ce genre de recommandations dans l'adaptation d'un protocole comme *Super l'écureuil contre le TSPT*, une précision à propos du contexte d'intervention optimal pourrait être ajoutée au manuel du thérapeute, lorsque sont abordées les indications et contre-indications du traitement. Cependant, il ne s'agit pas de présumer qu'un traitement offert par un thérapeute appartenant à un groupe ethnique différent, dans une ressource non spécialisée ou en langue seconde, est inefficace. En effet, il ne serait ni approprié ni souhaitable de recommander de restreindre exclusivement l'usage du protocole d'intervention à des contextes où les conditions décrites précédemment sont réunies; comme les conditions de traitement optimales ne peuvent pas toujours être réunies, cela diminuerait l'accessibilité de services rares. En outre, si le nouveau protocole d'intervention n'était employé que dans ces conditions optimales, il serait alors impossible de départager l'effet du traitement de l'effet des caractéristiques sociodémographiques du thérapeute ou de la ressource d'aide. Pour toutes ces raisons, l'une des modifications possibles à apporter à *Super l'écureuil contre le TSPT* consiste à émettre les précisions mentionnées précédemment dans le manuel de traitement. Il est aussi possible d'ajouter des lignes directrices pour faciliter le travail avec l'aide d'un interprète, comme celles présentées en appendice (voir Appendice E). Précisions que les contraintes entourant la façon d'appliquer une intervention seront bien différentes en contexte de recherche et en contexte d'application sur le terrain. Dans le premier cas, les exigences découlant de la méthodologie de recherche nécessitent de procéder étape par étape, de façon parcimonieuse. En contrepartie, sur le terrain, il pourrait être souhaitable de tenter de réunir les conditions de traitement présumées idéales même si le protocole en question n'a pas été évalué dans ces circonstances. Les précisions ajoutées au manuel du thérapeute peuvent donc orienter les efforts selon si le protocole est employé dans un contexte de recherche ou d'intervention sur le terrain.

Dans la même veine, en ce qui concerne la formation du thérapeute, les conditions optimales d'application du protocole semblent être réunies lorsque les services sont dispensés par un thérapeute qui a reçu une formation pour le travail en milieu interculturel, qui a pris connaissance de ses propres biais culturels et de leur impact sur le processus thérapeutique, et qui est familier avec les caractéristiques culturelles du client. Puisqu'aucune recherche n'a encore mesuré empiriquement l'impact de cette variable sur l'efficacité thérapeutique, le choix de modifier le protocole de traitement relève de préoccupations éthiques tout en allant à l'encontre d'une démarche scientifique de l'adaptation d'EBT (Lau, 2006). Cela dit, une première façon d'adapter le protocole *Super l'écureuil contre le TSPT* à considérer pour tenter de contrôler la variable de la formation du thérapeute consiste à y annexer une grille d'auto-évaluation (Hays, 2008, voir Appendice F) portant sur l'exploration des biais culturels, puis à mentionner dans l'introduction du manuel du thérapeute l'importance de faire l'exercice avant d'appliquer le protocole.

Un autre outil utile pouvant être annexé au protocole est une grille d'évaluation qui énumère les thèmes essentiels à couvrir afin de s'assurer que l'évaluation psychologique initiale est « culturellement compétente » (p. ex. : perceptions concernant la cause du problème pour lequel le jeune et sa famille consultent, solutions qui auraient été envisagées pour régler le problème dans le pays d'origine, motifs du refuge et récit de la migration, conditions de vie dans le pays d'accueil, etc.). Cette grille pourrait aussi inclure des précisions sur les renseignements à obtenir au sujet de la culture des clients (p. ex. : particularités de la communication verbale et non verbale, aisance face au dévoilement de soi et à l'expression émotionnelle, pratiques parentales courantes, croyances spirituelles ou religieuses courantes, événements marquants de l'histoire du pays d'origine, etc.), auprès du client ou à l'extérieur du contexte thérapeutique.

Ensuite, afin d'informer les clients peu familiers ou méfiants envers les services de santé mentale et la psychothérapie, plusieurs auteurs ont recommandé d'ajouter une séance d'introduction avant la thérapie. Lors de cette rencontre familiale, le thérapeute peut explorer comment le jeune et sa famille perçoivent la thérapie ou s'ils craignent la stigmatisation de leurs proches en raison de leur décision de consulter. Certaines perceptions erronées peuvent être rectifiées. Le thérapeute peut aussi explorer les attentes de la famille envers le service et

les informer du déroulement habituel du processus thérapeutique, y compris des rôles respectifs du thérapeute, du jeune et de sa famille, l'importance de la participation active de chacun et de la nécessité d'effectuer des exercices thérapeutiques à la maison. Ces thèmes peuvent également être abordés lors de la rencontre de psychoéducation prévue au programme. Les deux options nécessiteraient des modifications au contenu du manuel de traitement.

3.3.6 Conclusions et étapes subséquentes de la démarche d'adaptation

En conclusion, à partir de lignes directrices non officielles pour l'adaptation culturelle d'EBT, certaines des nombreuses pistes de recommandations proposées dans la littérature scientifique pourraient être considérées importantes dans le travail auprès des jeunes réfugiés traumatisés. Celles-ci concernent des facteurs de risque propres à cette population, comme les circonstances anxiogènes liées à l'intégration au pays et les deuils. Elles remédieraient également aux menaces potentielles à l'engagement thérapeutique, tel que le manque de ressources accessibles et de thérapeutes adéquatement formés, de même que le manque de familiarité des personnes réfugiées à l'égard des services de santé mentale. Ces pistes permettraient de guider le choix d'adaptations à envisager pour le protocole *Super l'écureuil contre le TSPT* : offrir des rencontres de soutien aux parents pour aborder les circonstances liées à l'intégration, ajouter un module sur le deuil, aborder la spiritualité, ajouter en appendice un outil sur la connaissance de soi du thérapeute, proposer des pistes sur l'évaluation initiale culturellement compétente et prévoir une séance d'initiation à la thérapie. Bien entendu, la nécessité d'apporter ces modifications devrait d'abord être démontrée empiriquement, en commençant par administrer le protocole minimalement modifié auprès d'un petit nombre de jeunes réfugiés et de leurs parents. Advenant que la version du protocole modifié en surface ne produise pas des résultats empiriques jugés satisfaisants ou que les participants réfugiés ayant bénéficié de l'intervention initiale se disent peu satisfaits de l'intervention, il faudrait alors décider d'abandonner le protocole ou tenter de l'améliorer en y apportant des changements. À ce moment, il serait préférable que les modifications à apporter au protocole soient envisagées et effectuées avec la collaboration d'une équipe

comprenant des personnes réfugiées de la communauté, des experts dans le domaine de l'intervention auprès de personnes réfugiées, ainsi que des individus œuvrant au sein de différentes ressources qui desservent les jeunes réfugiés et leurs parents. Il est également possible que les données d'efficacité préliminaires obtenues en appliquant le protocole modifié en surface seraient encourageantes, voire même comparables aux résultats obtenus lorsque la TCC est employée auprès de jeunes occidentaux traumatisés. Dans ce cas, plutôt que d'envisager des adaptations culturelles additionnelles, le protocole devrait être utilisé dans des études empiriques contrôlées auprès d'échantillons plus grands de jeunes réfugiés traumatisés.

3.4. Considérations statistiques à propos d'éventuelles études d'efficacité

L'efficacité du protocole *Super l'Écureuil contre le TSPT* original était évaluée sur la base d'un calcul reposant sur les données brutes de questionnaires ainsi que sur des mesures quotidiennes. Dans le cas de jeunes réfugiés, l'évaluation psychologique est complexifiée par l'absence ou la rareté d'instruments d'évaluation validés dans plusieurs cultures (Achenbach, 2008; Ehntholt, Smith et Yule, 2005). De surcroît, il n'existe pas de méthodologie simple pour évaluer empiriquement l'efficacité d'un protocole d'intervention destiné à une clientèle culturellement hétérogène. Si des questionnaires étaient employés, une entrevue clinique additionnelle serait essentielle afin de corroborer les données recueillies. Dans le cadre d'une étude pilote où le protocole de traitement adapté serait offert à un petit nombre de jeunes réfugiés de cultures différentes, à l'instar d'autres chercheurs dans le domaine (Saigh *et al.*, 1999), la progression de la symptomatologie en cours de traitement pourrait être évaluée étroitement à l'aide de mesures quotidiennes des symptômes de TSPT. Recueillies fréquemment par le thérapeute, ces données permettraient de dépister rapidement une exacerbation des symptômes pouvant nécessiter des soins additionnels ou une référence vers des services de santé mentale alternatifs. Une fois le suivi terminé, les données ainsi obtenues pourraient être disposées sur un graphique biaxial, puis analysées en prenant en considération les caractéristiques et les circonstances propres à chaque enfant. Il serait possible d'observer les fluctuations symptomatiques découlant de facteurs aussi variés que l'introduction d'une

nouvelle technique d'intervention en cours de thérapie ou la survenue d'un événement de vie hors de l'ordinaire en cours de suivi (p. ex. : conflit avec les parents, maladie, événement survenu dans le pays d'origine, démarche anxiogène liée à la demande d'asile, etc.).

Lorsqu'un devis expérimental à cas uniques est utilisé, cette forme d'interprétation des données rend possible une analyse d'une grande richesse. Aussi, à petite échelle, ce type de données pourrait fournir une première impression quant à l'efficacité du protocole modifié pour les quelques jeunes réfugiés recrutés. Des études auprès d'échantillons de plus grandes tailles pourraient être envisagées par la suite sur la base des données obtenues par l'étude pilote.

3.5 Retombées de la création d'un tel protocole

Une version du protocole *Super l'écureuil contre le TSPT* adaptée aux jeunes réfugiés serait un premier manuel de traitement cognitivo-comportemental pour le TSPT chez les jeunes réfugiés offert en langue française, de même qu'un premier protocole de TCC pour traiter les jeunes réfugiés où l'intervention serait dispensée en modalité individuelle. Comme la version initiale, ce protocole aurait l'avantage d'être entièrement détaillé et reproductible, ce qui permettrait d'évaluer empiriquement son efficacité. Compte tenu de la nature des modifications de base envisagées, l'objectif serait que le programme d'intervention permette d'évaluer l'efficacité réelle de la TCC pour le TSPT chez les jeunes réfugiés. Par ailleurs, puisque la plupart des études de traitement portant sur les jeunes réfugiés ou immigrants traumatisés reposent sur des protocoles ciblant plus d'une dimension de l'expérience migratoire, il n'était pas possible de départager l'effet des interventions ciblant le TSPT des autres composantes de traitement. Enfin, si des études d'efficacité subséquentes appuyaient l'usage d'un protocole de traitement adapté à partir de *Super l'écureuil contre le TSPT*, l'accessibilité d'un tel programme permettrait à plusieurs thérapeutes sans formation approfondie en thérapie interculturelle à intervenir adéquatement auprès de jeunes réfugiés qui souffrent du TSPT, rendant les services de santé mentale plus accessibles pour les jeunes réfugiés en réinstallation au Québec.

3.6 Conclusion partielle

Ce chapitre a offert un vaste tour d'horizon sur le sujet des adaptations culturelles des EBT et, plus spécifiquement, de la TCC pour traiter les jeunes réfugiés souffrant du TSPT. D'abord, certaines répercussions des différences culturelles sur l'expérience du TSPT et sur le processus thérapeutique ont été décrites, appuyant le point de vue de plusieurs auteurs à l'effet que les interventions psychothérapeutiques doivent être adaptées pour en tenir compte. Le débat entre ce point de vue et celui d'autres auteurs qui remettent en question la nécessité d'adapter culturellement les EBT en l'absence de données empiriques suffisantes a été présenté. En raison de ces divergences d'opinions au sein de la communauté scientifique, les circonstances où les adaptations culturelles d'EBT sont justifiées ou non ont été clarifiées. Celles-ci incluent les différences au plan de la problématique principale et les menaces à la validité sociale du traitement, les enjeux entourant la sous-utilisation des services par les personnes issues des minorités ethniques, de même que certaines considérations éthiques. Ces arguments ont permis de conclure que des adaptations culturelles peuvent être requises lorsqu'il est question de transposer des protocoles TCC à des enfants et adolescents réfugiés traumatisés, malgré l'absence de données empiriques d'efficacité. Par la suite, une démarche d'adaptation culturelle potentielle a été envisagée pour la TCC adaptée aux jeunes réfugiés traumatisés. Enfin, à partir de l'exemple concret du protocole *Super l'écureuil contre le TSPT*, les premières étapes de ce processus d'adaptation culturelle ont été illustrées : choix d'un modèle théorique, choix d'un protocole à adapter, consultation de la littérature pour cibler des modifications à apporter, etc. Ce faisant, une présentation circonscrite des recommandations d'adaptations culturelles émises dans la littérature scientifique a été utilisée comme source d'inspiration. Ainsi, cette discussion témoigne de la complexité de la question de la pertinence d'adapter culturellement les EBT en l'absence de données empiriques suffisantes au sujet de l'efficacité. Malgré tout, il serait possible d'entreprendre une démarche méthodique afin de transposer des protocoles TCC développés pour les jeunes occidentaux à des jeunes réfugiés traumatisés, en se limitant d'abord à des modifications de surface avant d'effectuer une évaluation d'efficacité préliminaire. Ce chapitre se termine sur des considérations méthodologiques et statistiques associées à la question de recruter des

échantillons multiculturels. De plus, les répercussions potentielles de la création d'un protocole de traitement pour le TSPT chez les jeunes réfugiés ont été discutées.

CONCLUSIONS, LIMITES ET PISTES DE RECHERCHE FUTURES

Cette thèse a exploré la question de la pertinence de la TCC pour venir en aide aux enfants et adolescents réfugiés qui présentent des réactions post-traumatiques. Plus précisément, des thèmes tels que l'efficacité d'interventions psychothérapeutiques pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés et la recevabilité culturelle de la TCC ont été explorés sur la base de recensions d'écrits systématiques et d'une revue de littérature. Ces questions sont importantes pour différentes raisons. D'abord, les expériences traumatiques passées et les circonstances anxigènes liées à l'intégration dans un nouveau pays auxquelles les jeunes réfugiés sont soumis augmentent leur risque de développer des problèmes de santé mentale, le TSPT en particulier. D'ailleurs, le TSPT est le trouble le plus fréquemment diagnostiqué dans cette population souvent multitraumatisée, avec une prévalence considérablement plus élevée que ce qui peut être observé dans des populations de jeunes non-réfugiés. Les caractéristiques et répercussions du TSPT justifient aussi l'intérêt pour la question des services psychothérapeutiques à offrir aux jeunes réfugiés : ce trouble génère beaucoup de détresse, nuit au développement, interfère avec l'intégration au pays et tend à se maintenir à long terme chez une proportion non négligeable de jeunes. Enfin, dans le contexte actuel d'intérêt grandissant pour la transposabilité des EBT à des personnes de cultures non occidentales, le fait qu'il existe peu de publications qui portent sur l'efficacité des services de santé mentale actuellement offerts aux jeunes réfugiés traumatisés suscite des préoccupations et porte certains chercheurs à envisager le recours à des EBT comme la TCC dans les soins dispensés à cette population. Le sujet de cette thèse découlait de ces considérations.

Deux objectifs de thèse principaux ont été visés. Le premier objectif consistait à recenser systématiquement les études d'efficacité de traitements ciblant des jeunes réfugiés traumatisés, mais aussi des adultes réfugiés et des jeunes immigrants. Les publications scientifiques pertinentes ont été identifiées en consultant les bases de données *PsycINFO*,

PILOTS, CENTRAL, *ProQuest dissertations and theses*, *Sage Journals Online* et *PsycARTICLES*. La littérature portant spécifiquement sur les enfants et adolescents réfugiés s'est avérée insuffisante pour dresser des conclusions quant à l'efficacité de la TCC ou de toute autre approche thérapeutique. Mais, en tenant compte des autres populations visées par la recension, des données préliminaires encourageantes ont pu être présentées. Ces résultats suggèrent que la TCC, traditionnelle ou adaptée culturellement, puisse être bien reçue par certains adultes réfugiés et par certains jeunes immigrants. En effet, dans la majorité des cas, la TCC ne semble pas entraîner d'exacerbation symptomatique et elle génère des améliorations symptomatiques significatives comparativement aux conditions contrôles ou comparatives. Par ailleurs, la NET, une approche analogue à la TCC, semble également bien reçue et efficace dans le traitement d'adultes réfugiés traumatisés. Des études portant sur une version adaptée pour les jeunes, la KIDNET, fournissent des données préliminaires encourageantes. Comme les adultes réfugiés et les jeunes immigrants sont semblables aux enfants et adolescents réfugiés à plusieurs égards, ces résultats laissent entrevoir le potentiel de la TCC et d'approches analogues pour traiter le TSPT chez les jeunes réfugiés. Cependant, le fait a été soulevé que ces résultats ne tiennent pas en compte les défis entourant l'engagement des personnes de cultures diverses dans les services de santé mentale. De plus, ils ne permettent pas de se prononcer au sujet de l'importance d'apporter des adaptations culturelles aux traitements pour le TSPT. Une réflexion à propos de ces deux questions est essentielle à l'avancement des connaissances dans ce domaine d'études.

Pour cette raison, le second objectif de la thèse visait à explorer le phénomène des adaptations culturelles d'EBT afin de déterminer pourquoi, quand et comment la TCC devrait être modifiée pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés. La littérature scientifique consultée a permis de constater la reconnaissance de l'impact des variables culturelles sur le processus thérapeutique par de nombreux auteurs, de même que les divergences d'opinions en ce qui a trait à la nécessité d'adapter les EBT pour tenir compte des distinctions culturelles entre les clients. Selon les critères proposés par certains, lorsque l'efficacité d'une EBT n'a pas été évaluée auprès de clients d'une nouvelle culture, des adaptations culturelles peuvent être requises dans certaines circonstances. Il a été suggéré que les protocoles de TCC pour le TSPT rencontrent ces circonstances compte tenu des facteurs distincts de risque et de

protection (stress d'acculturation, deuils, croyances religieuses) que présentent les jeunes réfugiés, de la sous-utilisation présumée des services de santé mentale par ces jeunes et de considérations éthiques associées au fait de les priver de services potentiellement efficaces. En l'absence de lignes directrices officielles pour adapter culturellement les EBT, des étapes d'un processus d'adaptation culturelle pour les protocoles TCC pour le TSPT ont été envisagées selon les démarches proposées par quelques auteurs influents. Sur cette base, les recommandations d'adaptations culturelles les plus fréquemment émises dans la littérature scientifique ont été recensées, y compris des recommandations ciblant l'engagement thérapeutique, l'évaluation psychologique initiale et des modifications au protocole d'intervention lui-même. Ces propos ont permis de conclure le chapitre en envisageant certaines modifications superficielles et substantielles à apporter à la TCC pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés : modifications langagières et visuelles du matériel à remettre aux participants, modifications pour tenir compte des traumatismes multiples, initiation à la thérapie, questionnaire d'auto-évaluation culturelle pour le thérapeute, etc. Somme toute, ces conclusions peuvent se résumer par l'idée que des modifications pourraient être requises pour augmenter la recevabilité de la TCC ou de toute autre EBT aux yeux de jeunes réfugiés.

Certaines limites de cette thèse doivent être soulignées. D'abord, l'emphase mise sur le TSPT et la TCC peut être considérée discutable par certains. En effet, des auteurs remettent en question l'importance du diagnostic de TSPT dans les difficultés vécues par les personnes réfugiées. Ils prétendent que le TSPT est un concept occidental qui est trop étudié, qui « médicalise » une détresse psychologique compréhensible vu les circonstances vécues, et qui véhicule une perception des personnes réfugiées comme étant des victimes dont la santé mentale est fragile plutôt que des survivants résilients. Ces réserves sont importantes. Trop d'études mettent effectivement l'emphase sur le TSPT au détriment du reste. Cependant, cette thèse a été rédigée en gardant en tête la minorité de jeunes réfugiés plus gravement affectés par le TSPT. Évidemment, d'autres conditions peuvent être importantes à étudier et traiter. Mais, ceci ne diminue en rien l'importance de venir en aide aux jeunes qui présentent des réactions post-traumatiques interférant avec leur fonctionnement ou leur intégration au pays. Malgré tout, dans d'éventuelles études de traitement du TSPT, il serait important de veiller à effectuer des évaluations psychologiques plus exhaustives plutôt que d'administrer

uniquement des questionnaires de TSPT. Il serait également important de s'assurer que les réactions traumatiques que l'on souhaite traiter génèrent de la détresse psychologique et qu'elles sont perçues comme problématiques.

De surcroît, des auteurs peuvent défendre le point de vue qu'il puisse être tout aussi valable d'étudier la dépression ou l'anxiété des jeunes réfugiés. Encore une fois, l'emphase mise sur le TSPT dans cette thèse ne doit pas être perçue comme minimisant l'importance d'autres besoins ou réalités des jeunes réfugiés, mais bien comme une réponse au besoin principal d'un certain nombre d'enfants et d'adolescents réfugiés. Enfin, vu l'état limité des connaissances actuelles au sujet de l'efficacité des traitements pour le TSPT auprès de jeunes réfugiés, des auteurs pourraient contester l'emphase mise sur la TCC. Ce choix découle des convictions théoriques de l'auteure, mais également de l'état des connaissances sur le traitement du TSPT. Comme la TCC constitue l'approche de traitement de choix en Occident pour traiter le TSPT chez des personnes de tous âges, il est normal d'explorer son utilité chez les jeunes réfugiés. Quoi qu'il en soit, les études de traitement du TSPT recensées au second chapitre n'étaient pas spécifiques à la TCC mais portaient sur toutes les approches thérapeutiques dont l'efficacité a été évaluée empiriquement. De son côté, le troisième chapitre portait sur les EBT en général, avec des liens fréquents à la TCC dans les points de discussion. Ainsi, l'emphase mise sur la TCC n'a pas fait obstacle à un regard initial plus vaste ou à une recension exhaustive des études d'efficacité de traitements pour le TSPT.

Les limites du chapitre II ont été décrites à la fin de celui-ci. Un point qui aurait pu être ajouté concerne les facteurs de protection et l'aspect de la résilience. Peu d'auteurs d'études d'efficacité prenaient la peine d'évaluer les facteurs de protection et d'en tenir compte dans le traitement. D'ailleurs, sur le thème du traitement du TSPT chez les jeunes réfugiés, tout un volet de prévention du TSPT aurait pu être exploré davantage, avec une emphase sur les forces et facteurs de protection des participants. Ceci aurait altéré l'orientation de la thèse, en particulier le chapitre II, de façon importante. Mais, dans des écrits futurs, les facteurs de protection du TSPT et la résilience seraient importants à étudier davantage.

Pour sa part, le chapitre III est limité, car il est appuyé par une recension d'écrits non exhaustive. La démarche employée pour cerner les publications portant sur les

recommandations d'adaptations culturelles n'a pas été effectuée de façon systématique. De plus, les publications portant sur les modèles d'adaptation culturelle n'ont pas toutes été consultées et abordées dans le texte. Ceci aurait requis plus de temps que ce qui était possible. Par ailleurs, l'objectif était de faire une réflexion en différents volets, alimentée par des écrits d'experts, au sujet de l'adaptation culturelle des EBT. Cet objectif ne mène pas à formuler une question de recherche qui soit mieux répondue par une recension systématique de la littérature. Dans le même ordre d'idées, le protocole de traitement proposé en exemple n'était pas nécessairement le protocole le plus approprié à sélectionner pour la clientèle visée. Une recherche documentaire aurait peut-être permis de repérer de nouveaux protocoles de traitement pour le TSPT chez les jeunes rédigés en langue française, voire pour le TSPT complexe. Cependant, à la connaissance de l'auteure, le protocole sélectionné était le seul protocole existant, mais cette perception n'a pas été corroborée par une recherche documentaire récente. Malgré tout, l'adaptation du protocole était un exemple permettant d'illustrer plus clairement la démarche. Le protocole choisi a donc rempli son rôle.

Par ailleurs, la discussion présentée au chapitre III aurait pu être alimentée par l'inclusion de publications issues des approches transculturelles. Le domaine de l'intervention transculturelle existe depuis longtemps et s'est vraisemblablement penché sur des questions semblables. Sans doute que des écrits d'une grande richesse auraient pu compléter les propos de l'auteure si une moins grande importance avait été accordée à la dimension empirique. Ceci pourrait faire l'objet d'une recension future.

Finalement, il pourrait être argumenté que les intérêts des personnes réfugiées seraient mieux défendus par des personnes issues de leur communauté. Comme certains auteurs l'ont déjà fait valoir (Crumlish et O'Rourke, 2010; Summerfield, 1997), très peu d'études sur le traitement du TSPT chez les personnes réfugiées ont été menées par des personnes réfugiées. Au contraire, la plupart des publications recensées sur le sujet du TSPT chez les personnes réfugiées ont été rédigées par des auteurs et chercheurs occidentaux. Seulement quand des personnes réfugiées commenceront à prendre en charge les efforts de traitements psychothérapeutiques auprès de leurs communautés sera-t-il possible de confirmer que la psychothérapie est bel et bien une forme d'aide culturellement appropriée. Cela dit, cette thèse a été rédigée par une femme caucasienne non réfugiée, non immigrante et n'appartenant

pas à une minorité ethnique au Québec. Il est probable que les propos soient teintés par une vision ethnocentrique du phénomène de refuge, ce qui doit être tenu en compte à la lecture de ce document.

À la lumière des thèmes explorés dans la thèse et de la rareté de la littérature scientifique sur le sujet de la TCC pour traiter les jeunes réfugiés traumatisés, certaines pistes de recherche futures peuvent maintenant être proposées. D'abord, des données empiriques à propos des besoins de santé mentale tels que perçus par les personnes réfugiées elles-mêmes, à propos de la perception de la psychothérapie et à propos des différentes menaces à l'engagement thérapeutiques, sont requises. Des sondages auprès d'enfants, d'adolescents et de parents réfugiés ainsi que la consultation d'experts s'avèrent des stratégies à envisager pour recueillir ces renseignements. Advenant que de telles données corroboreraient les observations sur le terrain à propos des besoins des jeunes réfugiés, ces données fourniraient un appui scientifique solide à l'hypothèse de la nécessité d'adapter la TCC pour le TSPT.

Ensuite, des études additionnelles portant sur l'efficacité des protocoles de traitement existants sont aussi requises. Les protocoles les plus étudiés à ce jour pourraient être utilisés auprès de jeunes présentant des caractéristiques distinctes, dans des contextes différents et, s'il y a lieu, par d'autres équipes de chercheurs. Aussi, la création d'instruments d'évaluation validés auprès d'enfants et adolescents de différents groupes culturels faciliterait l'établissement de diagnostics et le suivi des fluctuations symptomatiques en cours de thérapie. De plus, un modèle de la survenue et du maintien du TSPT plus sensible aux variables culturelles est requis, afin de mieux orienter les démarches d'adaptations d'EBT. Les démarches visant la création d'un premier protocole de traitement du TSPT en langue française destiné aux jeunes réfugiés doivent également se poursuivre. Enfin, l'impact de la compétence culturelle du thérapeute sur l'efficacité thérapeutique mérite d'être exploré. Il a d'ailleurs été proposé que cette caractéristique puisse être la variable avec les répercussions les plus importantes sur l'efficacité thérapeutique, même au-delà des caractéristiques et composantes du protocole de traitement utilisé (Barrera et Castro, 2006).

En terminant, il importe de souligner à nouveau la grande résilience des jeunes réfugiés et de reconnaître que la majorité des ceux-ci ne développent pas un TSPT, même quand ils ont

vécu des expériences potentiellement traumatiques. La thèse concernait plutôt la minorité de jeunes réfugiés les plus gravement affectés par le TSPT et qui peuvent bénéficier de soins de santé mentale. Le fait que d'autres approches puissent être dignes d'intérêt et potentiellement efficaces pour traiter le TSPT chez les jeunes réfugiés est un second point important à réitérer. L'intérêt pour la transposition de la TCC est cependant incontestable, en raison de l'appui empirique solide qu'elle détient dans le traitement des jeunes occidentaux traumatisés. Bien entendu, des considérations à propos de l'efficacité thérapeutique, l'adaptation culturelle de protocoles de traitement et les EBT peuvent sembler éloignées de la réalité de la pratique psychothérapeutique sur le terrain. Il y a certainement place à un rapprochement entre la recherche clinique et la pratique privée de la psychologie dans ce champ d'études. Ceci pourrait se faire en étudiant davantage les caractéristiques et impacts des interventions couramment offertes sur le terrain, puis en orientant les adaptations culturelles d'EBT selon les données recueillies. Les avenues de recherche sont innombrables puisque le domaine d'étude portant sur la TCC et les jeunes réfugiés traumatisés est en émergence. Par ailleurs, au-delà de la question des jeunes réfugiés, il est essentiel que des chercheurs explorent quand et comment transposer les interventions démontrées efficaces à des personnes de diverses cultures. Ils seront ainsi mieux en mesure de desservir la proportion grandissante de la population qui peut encore être désignée par l'expression « non dominante ». Espérons que les années à venir soient caractérisées par un intérêt grandissant pour ces questions et pour les adaptations culturelles d'EBT en général.

APPENDICE A

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE L'ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

SELON LE DSM-IV-TR (APA, 2004)

- A. Le sujet a été exposé à un événement traumatisant dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :
- (1) le sujet a vécu, a été témoin ou 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. **N. B.** Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.
- 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. **N.-B. :** Chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme
 - (2) rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **N.-B. :** Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable
 - (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). **N.-B. :** Chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir
 - (4) sentiment intense 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 émoussement 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 associées 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 de 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 ou bien de devenir étranger par rapport aux autres
 - (6) restrictions des affects (p. ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres)
 - (7) sentiment d'avenir « bouché » (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) difficulté 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.

SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES TROUBLES MENTAUX ET
DES TROUBLES DU COMPORTEMENT (CIM-10; OMS, 1992)

F.43.1

État de stress post-traumatique

Ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus (p. ex. catastrophe naturelle ou d'origine humaine, guerre, accident grave, mort violente en présence du sujet, torture, terrorisme, viol, et autres crimes). Des facteurs prédisposants, comme certains traits de personnalité (p. ex. compulsive ou asthénique) ou des antécédents de type névrotique, peuvent favoriser la survenue du syndrome ou aggraver son évolution; ces facteurs ne sont toutefois ni nécessaires ni suffisants pour expliquer la survenue de ce syndrome.

Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique, dans des souvenirs envahissants (« flash-back »), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte durable d'« anesthésie psychique », d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Il existe habituellement une peur et un évitement des stimuli associés au traumatisme. Dans certains cas, l'exposition à des stimuli réveillant brusquement le souvenir ou la reviviscence du traumatisme ou de la réaction initiale peut déclencher une crise d'angoisse, une attaque de panique ou une réaction agressive.

Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'une hyperactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de « qui-vive » et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. Le trouble peut être à l'origine d'un abus d'alcool ou d'une autre substance psychoactive.

La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois (mais il est rare qu'elle dépasse six mois). L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas. Dans certains cas, le trouble

peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité (voir F62.0).

Directives pour le diagnostic

Le diagnostic repose sur la mise en évidence de symptômes typiques survenus dans les six mois suivant un événement traumatisant et hors du commun. Lorsque la survenue est différée de plus de six mois, un diagnostic « probable » reste encore possible si les manifestations cliniques sont typiques et si elles ne peuvent pas être attribuées à un autre trouble (p. ex. un trouble anxieux, un trouble obsessionnel-compulsif, ou un trouble dépressif). L'événement traumatique doit être constamment remémoré ou revécu, comme en témoigne la présence de reviviscences envahissantes, de souvenirs intenses ou de rêves répétitifs. Le trouble s'accompagne souvent d'un évitement des stimuli qui éveillent des souvenirs du traumatisme, mais ces manifestations ne sont pas indispensables au diagnostic. La présence de perturbations neurovégétatives, de troubles de l'humeur, et de troubles du comportement n'est pas non plus nécessaire au diagnostic.

Les séquelles chroniques et irréversibles d'un État de stress post-traumatique doivent être classées sous F62.0 (Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe).

Inclure : névrose traumatique

APPENDICE B

DÉMARCHES DE RECHERCHES DOCUMENTAIRES POUR LES RECENSIONS D'ÉCRITS SYSTÉMATIQUES PRÉSENTÉES AU CHAPITRE II

Première recension

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base PsycINFO (1806 - présent) [recherche effectuée le 5 juillet 2010]

CSA Illumina

- #1 KW=(efficac* or effectiveness or “evidence based” or “données probantes” or RCT or “randomized controlled trial” or CCT or “controlled clinical trial” or “empirical study” or “étude empirique” or “quantitative study” or “étude quantitative” or “cohort study” or “étude de cohorte” or “recension systématique” or “systematic review” or recension or review)
Résultat : 372 002 notices
- #2 KW=(post-trauma* or posttrauma* or trauma* or PTSD or TSPT or ESPT or PTSS)
Résultat : 56 324 notices
- #3 KW=(refuge* or “asylum seeker*” or “demandeur* d'asile” or “unaccompanied minor*” or “mineur* non accompagné”)
Résultat : 4 681 notices
- #4 KW=(child* or teen* or kid* or enfant* or adolescen* or jeune* or young or youth or pediatr*)
Résultat : 600 119 notices
- #5 KW=(treatm* or traite* or interv* or psychotherap* or therap* or program)
Résultat : 907 574 notices
- #6 (#1 and #2 and #3 and #4 and #5)
Résultat : 46 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche sur la base documentaire Pubmed [recherche effectuée le 6 juillet 2010].

Note : Les acronymes n'étaient pas reconnus par le moteur de recherche et les expressions non tronquées ont été trouvées à l'aide du lexique de Pubmed.

- #1 refugee OR asylum seekers OR displaced person OR displaced people OR refugees OR demandeurs d'asile OR personnes déplacées
Résultat : 14 792 notices
- #2 efficacy OR effectiveness OR evidence-based OR données probantes OR RCT OR randomized control trial OR CCT OR controlled clinical trial OR empirical study OR étude empirique OR quantitative study OR étude quantitative OR cohort study OR étude de cohorte OR systematic review OR recension systématique OR review OR outcome OR résultats
Résultat : 3 642 464 notices
- #3 child OR children OR teen or teenager OR enfant OR adolescent OR jeune OR young OR youth OR pediatry OR pediatrics
Résultat : 2 614 464 notices
- #4 treatment OR traitement OR intervention OR psychotherapy OR therapy OR program
Résultat : 6 986 347 notices
- #5 psychological trauma OR posttraumatic stress OR post traumatic stress OR stress post-traumatique OR stress posttraumatique OR TSPT
Résultat : 21 919 notices
- #6 #1 AND #3 AND #5 AND #4 AND #2
Résultat : 72 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base Pilots (1806 - présent) [recherche effectuée le 8 juillet 2010]

CSA Illumina

- #1 KW=(refuge* or "demandeur* d'asile" or "asylum seeker*" or "unaccompanied minor*" or "mineur* non accompagné")
Résultat : 1 787 notices
- #2 KW=(child* or teen* or kid* or enfan* or adolescen* or jeune* or young or youth or pediatri*)
Résultat : 13 961 notices
- #3 KW=(treatm* or traite* or interv* or psychotherap* or therap* or program)
Résultat : 22 576 notices
- #4 KW=(efficac* or effectiveness or "evidence based" or "données probantes" or RCT or "randomized controlled trial" or CCT or "controlled clinical trial" or "empirical study" or "étude empirique" or "quantitative study" or "étude quantitative" or "cohort study" or "étude de cohorte" or "recension systématique" or "systematic review" or review or recension)

- Résultat : 8 814 notices*
 #5 (#1 and #2 and #3 and #4)
Résultat : 73 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base ProQuest (1806 - présent) [recherche effectuée le 12 juillet 2010]

Interdisciplinary – Dissertations and Theses (incluant celles de la collection de l'UQÀM)

- #1 (refuge* OR "demandeur* d'asile" OR "asylum seeker*" OR "unaccompanied minor*" OR "mineur* non accompagné*") in index terms
Résultat : 618 notices
- #2 (child* OR teen* OR kid* OR enfan* OR adolescen* OR jeune* OR young OR youth OR pediatri*) in index terms
Résultat : 29143 notices
- #3 (post-trauma* OR posttrauma* OR trauma* OR PTSD OR TSPT OR ESPT OR PTSS) in index terms
Résultat : 3 353 notices
- #4 (treatm* OR traite* OR interv* OR psychotherap* OR therap* OR program) in index terms
Résultat : 23 409 notices
- #5 (efficac* OR effectiveness OR "evidence based" OR "données probantes" OR RCT OR "randomized controlled trial" OR CCT OR "controlled clinical trial" OR "empirical study" OR "étude empirique" OR "quantitative study" OR "étude quantitative" OR "cohort study" OR "étude de cohorte" OR "recension systématique" OR "systematic review" OR review OR recension) in index terms
Résultat : 4800 notices
- #5 (#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5)
Résultat : 0 notices
- #6 (#1 AND #2 AND #3 AND #4)
Résultat : 1 notice (porte sur des réfugiés "adolescents" de 18 à 24 ans)

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base PsycARTICLES [recherche effectuée le 12 juillet 2010]

- #1 (refuge* OR "demandeur* d'asile" OR "asylum seeker*" OR "unaccompanied minor*" OR "mineur* non accompagné*") in keywords
Résultat : 34 notices
- #2 (child* OR teen* OR kid* OR enfan* OR adolescen* OR jeune* OR young OR youth OR pediatri*) in keywords
Résultat : 15 665 notices
- #3 (post-trauma* OR posttrauma* OR trauma* OR PTSD OR TSPT OR ESPT OR PTSS) in keywords
Résultat : 1 416 notices

- #4 (treatm* OR traite* OR interv* OR psychotherap* OR therap* OR program) in keywords
Résultat : 20 633 notices
- #5 (efficac* OR effectiveness OR "evidence based" OR "donnees probantes" OR RCT OR "randomized controlled trial" OR CCT OR "controlled clinical trial" OR "empirical study" OR "etude empirique" OR "quantitative study" OR "etude quantitative" OR "cohort study" OR "etude de cohorte" OR "recension systematique" OR "systematic review" OR review OR recension) in keywords
Résultat : 15 713 notices
- #6 (#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5)
Résultat : 0 notice
- #7 (#1 AND #2 AND #3)
Résultat : 3 notices non pertinentes

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base de données SAGE Journals Online, dans "All SAGE content" (janvier 1879 – janvier 2011) [recherche effectuée le 12 juillet 2010]

- #1 (refuge* OR "demandeur* d'asile" OR "asylum seeker*" OR "unaccompanied minor*" OR "mineur* non accompagné*") in Key Words
Résultat : 236 notices
- #2 (child* OR teen* OR kid* OR enfan* OR adolescen* OR jeune* OR young OR youth OR pediatri*) in Key Words
Résultat : 8 293 notices
- #3 (post-trauma* OR posttrauma* OR trauma* OR PTSD OR TSPT OR ESPT OR PTSS) in Key Words
Résultat : 1 141 notices
- #4 (treatm* OR traite* OR interv* OR psychotherap* OR therap* OR program) in Key Words
Résultat : 6824 notices
- #5 (efficac* OR effectiveness OR "evidence based" OR "donnees probantes" OR RCT OR "randomized controlled trial" OR CCT OR "controlled clinical trial" OR "empirical study" OR "etude empirique" OR "quantitative study" OR "etude quantitative" OR "cohort study" OR "etude de cohorte" OR "recension systematique" OR "systematic review" OR review OR recension) in Key Words
Résultat : 2 429 notices
- #6 (#1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5)
Résultat : 0 notice
- #7 (#1 AND #2 AND #3 AND #4)
Résultat : 5 notices

Deuxième recension

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base PsycINFO (1806 - présent) [recherche effectuée le 22 juillet 2010]

CSA Illumina

- #1 KW=(efficac* or effectiveness or “evidence based” or “données probantes” or RCT or “randomized controlled trial” or CCT or “controlled clinical trial” or “empirical study” or “étude empirique” or “quantitative study” or “étude quantitative” or “cohort study” or “étude de cohorte” or “recension systématique” or “systematic review” or recension or review)
Résultat : 305 102 notices
- #2 KW=(post-trauma* or posttrauma* or trauma* or PTSD or TSPT or ESPT or PTSS)
Résultat : 59 675 notices
- #3 KW=(refuge* or “asylum seeker*” or “demandeur* d’asile” or “unaccompanied minor*” or “mineur* non accompagné*” or migrant* or migrat* or immigra*)
Résultat : 29 419 notices
- #4 KW=(child* or teen* or kid* or enfan* or adolescen* or jeune* or young or youth or pediater*)
Résultat : 600 228 notices
- #5 KW=(treatm* or traite* or interv* or psychotherap* or therap* or program)
Résultat : 919 714 notices
- #6 (#1 and #2 and #3 and #4 and #5)
Résultat : 47 notices
- #7 (#1 and #2 and #3 and #5)
Résultat : 171 notices
- #8 (#7 not #6)
Résultat : 124 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche sur la base documentaire Pubmed [recherche effectuée le 22 juillet 2010].

- #1 refugee OR asylum seekers OR displaced person OR displaced people OR refugees OR demandeurs d’asile OR personnes deplcees
Résultat : 14 792 notices
- #2 #1 OR mirant OR migrat OR immigra
Résultat : 29 732 notices
- #3 efficacy OR effectiveness OR evidence-based OR donnees probantes OR RCT OR randomized control trial OR CCT OR controlled clinical trial OR empirical study OR etude empirique OR quantitative study OR etude quantitative OR cohort study OR etude de cohort OR systematic review OR recension systématique OR review OR outcome OR recension
Résultat : 3 675 549 notices

- #4 child OR children OR teen or teenager OR enfant OR adolescent OR jeune OR young OR youth OR pediatry OR pediatrics
Résultat : 2 632 749 notices
- #5 treatment OR traitement OR intervention OR psychotherapy OR therapy OR program
Résultat : 7 033 211 notices
- #6 psychological trauma OR posttraumatic stress OR post traumatic stress OR stress post-traumatique OR stress posttraumatique OR TSPT
Résultat : 22 219 notices
- #7 #1 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6
Résultat : 74 notices
- #8 #2 AND #3 AND #5 AND #6
Résultat : 174 notices
- #9 #8 NOT #7
Résultat : 100 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base PILOTS (1806 - présent) [recherche effectuée le 22 juillet 2010]

CSA Illumina

- #1 KW=(refuge* or "demandeur* d'asile" or "asylum seeker*" or "unaccompanied minor*" or "mineur* non accompagné*")
Résultat : 1 787 notices
- #2 KW=(child* or teen* or kid* or enfan* or adolescen* or jeune* or young or youth or pediatr*)
Résultat : 13 961 notices
- #3 KW=(treatm* or traite* or interv* or psychotherap* or therap* or program)
Résultat : 22 576 notices
- #4 KW=(efficac* or effectiveness or "evidence based" or "données probantes" or RCT or "randomized controlled trial" or CCT or "controlled clinical trial" or "empirical study" or "étude empirique" or "quantitative study" or "étude quantitative" or "cohort study" or "étude de cohorte" or "recension systématique" or "systematic review" or review or recension)
Résultat : 8 814 notices
- #5 (#1 and #2 and #3 and #4)
Résultat : 73 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base ProQuest (1806 - présent) [recherche effectuée le 12 juillet 2010]

Interdisciplinary – Dissertations and Theses (incluant celles de la collection de l'UQÀM)

- #1 KW=(refuge* or "demandeur* d'asile" or "asylum seeker*" or "unaccompanied minor*" or "mineur* non accompagné")
Résultat : 1 791 notices
- #2 KW=(refuge* or "demandeur* d'asile" or "asylum seeker*" or "unaccompanied minor*" or "mineur* non accompagné*" or migrant* or migrat* or immigra*)
Résultat : 2 192 notices
- #3 KW=(child* or teen* or kid* or enfan* or adolescen* or jeune* or young or youth or pediatr*)
Résultat : 14 048 notices
- #4 KW=(treatm* or traite* or interv* or psychotherap* or therap* or program)
Résultat : 22 718 notices
- #5 KW=(efficac* or effectiveness or "evidence based" or "données probantes" or RCT or "randomized controlled trial" or CCT or "controlled clinical trial" or "empirical study" or "étude empirique" or "quantitative study" or "étude quantitative" or "cohort study" or "étude de cohorte" or "recension systématique" or "systematic review" or review or recension)
Résultat : 8 863 notices
- #6 (#1 and #3 and #4 and #5)
Résultat : 73 notices
- #7 (#2 and #3 and #4 and #5)
Résultat : 82 notices
- #8 (#7 not #6)
Résultat : 9 notices – aucune pertinente
- #9 (#2 and #4 and #5)
Résultat : 265 notices
- #10 (#9 not #6)
Résultat : 192 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base PsycARTICLES [recherche effectuée le 22 juillet 2010]

- #1 (refuge* OR "demandeur* d'asile" OR "asylum seeker*" OR "unaccompanied minor*" OR "mineur* non accompagné*") in keywords
Résultat : 34 notices
- #2 (refuge* OR "demandeur* d'asile" OR "asylum seeker*" OR "unaccompanied minor*" OR "mineur* non accompagné*" OR migrant* OR migrat* OR immigra*) in keywords
Résultat : 324 notices
- #3 (child* OR teen* OR kid* OR enfan* OR adolescen* OR jeune* OR young OR youth OR pediatr*) in keywords

- Résultat : 15 737 notices*
- #4 (post-trauma* OR posttrauma* OR trauma* OR PTSD OR TSPT OR ESPT OR PTSS) in keywords
Résultat : 1 426 notices
- #5 (treatm* OR traite* OR interv* OR psychotherap* OR therap* OR program) in keywords
Résultat : 20 685 notices
- #6 (efficac* OR effectiveness OR "evidence based" OR "donnees probantes" OR RCT OR "randomized controlled trial" OR CCT OR "controlled clinical trial" OR "empirical study" OR "etude empirique" OR "quantitative study" OR "etude quantitative" OR "cohort study" OR "etude de cohorte" OR "recension systematique" OR "systematic review" OR review OR recension) in keywords *Résultat : 15 992 notices*
- #7 (#1 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6)
Résultat : 0 notice
- #8 (#2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6)
Résultat : 0 notice
- #9 (#2 AND #4 AND #5 AND #6)
Résultat : 2 notices
- #10 (#2 AND #4 AND #5)
Résultat : donne 7 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base de données SAGE Journals Online, dans "All SAGE content" (janvier 1879 – janvier 2011) [recherche effectuée le 22 juillet 2010]

- #1 (refuge* OR "demandeur* d'asile" OR "asylum seeker*" OR "unaccompanied minor*" OR "mineur* non accompagné") in Key Words
Résultat : 236 notices
- #2 (refuge* OR "demandeur* d'asile" OR "asylum seeker*" OR "unaccompanied minor*" OR "mineur* non accompagné" OR migrant* OR migrat* OR immigra*) in Key Words
Résultat : 1688 notices
- #3 (child* OR teen* OR kid* OR enfan* OR adolescen* OR jeune* OR young OR youth OR pediater*) in Key Words
Résultat : 8 430 notices
- #4 (post-trauma* OR posttrauma* OR trauma* OR PTSD OR TSPT OR ESPT OR PTSS) in Key Words
Résultat : 1 152 notices
- #5 (treatm* OR traite* OR interv* OR psychotherap* OR therap* OR program) in Key Words
Résultat : 6944 notices
- #6 (efficac* OR effectiveness OR "evidence based" OR "donnees probantes" OR RCT OR "randomized controlled trial" OR CCT OR "controlled clinical trial" OR "empirical study" OR "etude empirique" OR "quantitative study" OR "etude

quantitative" OR "cohort study" OR "etude de cohorte" OR "recension systematique"
OR "systematic review" OR review OR recension) in Key Words

Résultat : 2 477 notices

#7 (#2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6)

Résultat : 0 notices

#8 (#2 AND #4 AND #5 AND #6)

Résultat : 1 notice – non pertinente

#9 (#2 AND #5 AND #4)

Résultat : 8 notices

La démarche suivante a été utilisée pour effectuer la recherche documentaire sur la base de données CENTRAL [recherche effectuée le 22 juillet 2010]

#1 (refugee OR asylum seeker OR demandeur d'asile OR unaccompanied minor OR mineur non accompagn* OR migrant* OR migrat* OR immigra*):kw

Résultat : 416 notices

#2 (refugee OR asylum seeker OR demandeur d'asile OR unaccompanied minor OR mineur non accompagn*):kw

Résultat : 56 notices

#3 (post-trauma* OR posttrauma* OR trauma* OR PTSD OR TSPT OR ESPT OR PTSS):kw

Résultat : 1875 notices

#4 (child* OR teen* OR kid* OR enfant* OR adolescen* OR jeune* OR young OR youth OR pediater*):kw

Résultat : 111 301 notices

#5 (treatm* OR traite* OR interv* OR psychotherap* OR therap* OR program):kw

Résultat : 297 342 notices

#6 (efficac* OR effectiveness OR evidence based OR donnees probantes OR RCT OR randomized controlled trial OR CCT OR controlled clinical trial OR empirical study OR etude empirique OR quantitative study OR etude quantitative OR cohort study OR etude de cohorte OR recension systematique OR systematic review OR recension OR review):kw

Résultat : 62 450 notices

#7 (#2 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6)

Résultat : 0 notice

#8 (#1 AND #3 AND #4 AND #5 AND #6)

Résultat : 0 notice

#9 (#1 AND #3 AND #5 AND #6)

Résultat : 0 notice

#10 (#1 AND #3 AND #5)

Résultat : 14 notices

APPENDICE C

PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES AU CHAPITRE II

Tableau A.1 Principales caractéristiques des études recensées au chapitre II

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, taillles d'effet
Enfants et adolescents réfugiés, demandeurs d'asile ou déplacés					
Catani <i>et al.</i> (2009) <i>KIDNET</i> <i>N = 31</i>	Âges : 8 à 13 ans 46% garçons Jeunes déplacés du Sri-Lanka Dx provisoires	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 2 sem. <i>Fréquence</i> : 6 x 60 à 90 min. <i>Thérapeutes</i> : professeurs formés en intervention <i>Lieu</i> : camps de réfugiés	<i>KIDNET</i> : narration détaillée et chronologique des événements de vie, relecture et peaufinage du récit consigné par écrit. Exposition aux émotions jusqu'à habituatation. Copie du manuscrit remise au jeune	<i>Instruments de mesure</i> : UPID (version tamoul validée) ; questions sur fonctionnement, plaintes somatiques et degré d'exposition au tsunami	Réduction significative des Sx de TSPT au posttest, maintenue à la relance Réduction significative des difficultés de fonctionnement, maintenue à la relance Taux de rémission à la relance* de 81% pour la KIDNET et de 71% pour la MED-Relax
<i>KIDNET</i> (<i>n = 16</i>) <i>MED-Relax</i> (<i>n = 15</i>)	événements de guerre préalables	<i>Implication parents</i> : Non <i>Manualisée</i> : oui (les deux) <i>Adapt. culturelle</i> : oui	<i>MED-Relax</i> : psychoéducation, exercices de respiration, méditation et relaxation	<i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (1 mois après la fin du traitement), relance 6 mois	Aucune différence significative entre résultats aux deux conditions de recherche. * <i>Significativement plus élevés que taux de rémissions spontanées estimés.</i>

Tailles d'effet :

KIDNET : posttest = 1.76 (IC 0.9 –
2.5) ; relance = 1.96 (IC 1.1 – 2.8) ;
MED-Relax : posttest = 1.83 (IC 0.9 –
2.6) ; relance = 2.20 (IC 1.2 – 3.0)

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Ehnholt, Smith et Yule (2005) <i>TCC de groupe</i> <i>N = 26</i>	Âges : 11 à 15 ans 65% garçons Jeunes de divers pays d'origine, réfugiés ou demandeurs d'asile en Angleterre 92% Dx présumé de TSPT (IES-R)	<i>Modalité</i> : groupe <i>Durée</i> : 6 sem. <i>Fréquence</i> : 1 x 60min. <i>Thérapeutes</i> : interv. scolaires formés <i>Lieu</i> : école <i>Implication parents</i> : Non <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : non	Psychoéducation, gestion des émotions, relaxation, gestion du traumatisme : contrôle multisensoriel des pensées intrusives, identification et régulation des émotions, gestion de l'anxiété, hygiène de sommeil, registre d'activités	<i>Instruments de mesure</i> : IES-R, WTQ, DRSR, RCMAS, SDQ (enseignant) <i>Moments de mesure</i> : prétest posttest relance 2 mois* * <i>seuls 8 enfants de la cond. TCC y ont participé</i>	* Différence significative ($p = 0,013$) entre TCC et CTR pour l'âge (TCC = plus jeunes) <i>TCC</i> : Réduction significative mais modeste ($p = 0,011$) du score global de TSPT entre le prétest et le posttest, surtout Sx d'intrusion. Dx présumé de TSPT maintenu pour la majorité. Pas d'amélioration pour dépression et anxiété. Intervention jugée acceptable par jeunes et parents. <i>CTR</i> : Augmentation non significative Sx TSPT et anxiété. <i>Maintien des acquis</i> : Données relance partielles suggèrent que gains non maintenus. Aucune différence significative entre prétest et relance.
Gupta et Zimmer (2008) <i>Intervention psychosociale de groupe</i> <i>N = 315</i>	Âges : 8 à 17 ans 53% garçons Jeunes déplacés de la Sierra Leone, vivant en camps Sx de TSPT Type II : événements de guerre	<i>Modalité</i> : groupes classes (tailles non précisées) <i>Durée</i> : 4 sem. <i>Fréquence</i> : 2 x 60min. / sem. <i>Thérapeutes</i> : intervenants scolaires formés <i>Lieu</i> : école <i>Implication parents</i> : non <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : non	Psychoéducation, échange : souvenirs positifs pré-guerre et avenir, expression directe et indirecte sur le trauma (discussions, dessins, musique, etc.) (* <i>Volets académique et récréatif sont en sus</i>)	<i>Instruments de mesure</i> : IES-R (version créée et validée) <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (4 à 6 sem.)	Réduction significative ($p < 0,0001$) des Sx intrusion et suractivation neurovégétative. Augmentation modeste, mais significative ($p < 0,0001$) des Sx évitement. Score total moyen à l'IES significativement plus bas au posttest ($p < 0,0001$), nonobstant genre, âge, durée de temps en camps et degré d'exposition des participants

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Möhlen <i>et al.</i> (2005) <i>Intervention psychosociale de groupe</i> <i>N = 10</i>	Âges : 10 à 16 ans 60% garçons Jeunes kosovars-albanais (<i>n</i> = 9) ou roms (<i>n</i> = 1) réfugiés en Allemagne 60% Dx de TSPT Type II : événements de guerre et persécution politique	<i>Modalité</i> : surtout groupe (aussi individuelle, familiale et parentale) <i>Durée</i> : 12 sem. <i>Fréquence</i> : variable, séances de 2 à 3 h. <i>Thérapeute</i> : étudiant en médecine <i>Lieu</i> : camp de réfugiés <i>Manualisée</i> : oui	Gestion du traumatisme et du deuil : verbalisations à propos de l'expérience vécue ; méthodes créatives d'imagerie guidée par le thérapeute ; discussions de groupe ; relaxation ; psychoéducation pour les parents	<i>Instruments de mesure</i> : HTQ (traduit en Albanais), K-SADS (version allemande), DISYPS-KJ, CGAS <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest	Diminution significative Sx TSPT (<i>p</i> = 0,018), dépression (<i>p</i> = 0,014) et anxiété (<i>p</i> = 0,006). Gains significatifs (<i>p</i> < 0,01) fonctionnellement psychosocial 50% (<i>n</i> = 3) ne répondaient plus aux critères de TSPT au posttest Jeunes plus sévèrement affectés répondaient toujours aux critères du TSPT et de troubles comorbides Aucune exacerbation de Sx, mais aucune amélioration chez 2 jeunes
Onyut <i>et al.</i> (2005) <i>KIDNET</i> <i>N = 6</i>	Âges : 12 à 17 ans 50% garçons Jeunes somaliens réfugiés en Ouganda 100% Dx de TSPT (CIDI) Type II : événements de guerre	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : n.p. <i>Fréquence</i> : 4 à 6 x 1 à 2 h. <i>Thérapeute</i> : professionnel <i>Lieu</i> : camp de réfugiés <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	Narration détaillée et chronologique des événements de vie, dessin, relecture et peaufinage du récit consigné par écrit. Exposition aux émotions jusqu'à habituation. Copie du manuscrit remise au jeune.	<i>Instruments de mesure</i> : PDS (version somalienne validée), HSCL, CIDI sections K et E <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (4 sem.), relance 9 mois	Réduction significative (<i>p</i> < 0,01) score total au CIDI, entre prétest et relance. Amélioration observée chez tous les participants. Relance 9 mois : 4 des 6 participants ne répondaient plus au Dx de TSPT ; les deux autres participants présentaient toujours des scores limites de TSPT mais rapportaient une amélioration du fonctionnement quotidien. Au prétest, 4 participants sur 6 répondaient aux critères pour le trouble de dépression majeure au CIDI. Ce nombre est passé à 0 au posttest et à la relance.

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Oras, de Ezpeleta et Ahmad (2004) <i>EMDR et approche psychodynamique</i> <i>N = 13</i>	Âges : 8 à 16 ans 23% garçons Jeunes de divers pays, demandeurs d'asile en Suède 100% Dx de TSPT Type II : événements variés (guerre, violence interpersonnelle)	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 1 à 6 séances d'EMDR sur un total de 5 à 25 rencontres de suivi <i>Fréquence</i> : 1 à 2 séances de durée variable / sem. <i>Thérapeute</i> : certifié EMDR <i>Lieu</i> : Suède, clinique externe psychiatrique pour réfugiés <i>Implication parents</i> : oui <i>Manualisée</i> non <i>Adapt. culturelle</i> : non	EMDR (visualisation souvenirs anxiogènes accompagnée de stimulations sensorielles bilatérales); « méthodes psychothérapeutiques traditionnelles », telles que les conversations thérapeutiques (13-16 ans) ou la thérapie par l'art ou le jeu (8-12 ans); soutien parental	<i>Instruments de mesure</i> : PTSS-C, GAF <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest	Réduction significative score total ($p < 0.01$) et scores sous-échelles Sx de TSPT (reviviscence, $p < 0.01$; évitement, $p < 0.05$; sur activation $p < 0.01$) pour l'ensemble du groupe; mais exacerbation Sx évitement et sur activation neurovégétative chez une participante. Réduction significative Sx dépressifs dans le groupe ($p < 0.01$), mais exacerbation des Sx chez une participante. Augmentation significative scores GAF dans le groupe ($p < 0.01$). Gains thérapeutiques chez 9 participants. Pour les 4 autres : niveau de fonctionnement et Sx dépressifs sont maintenus malgré des améliorations des Sx de TSPT.
Schauer et al. (2004) <i>KIDNET</i> <i>N = 1</i>	13 ans, garçon. Somalien réfugié en Ouganda Dx présumé de TSPT (PDS) Type II : événements de guerre	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 3 sem. <i>Fréquence</i> : 4 séances de 60 à 90 min. <i>Thérapeutes</i> : professionnels <i>Lieu</i> : camp de réfugiés en Ouganda <i>Implication parents</i> : non <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	Narration détaillée et chronologique des événements de vie, dessin, lecture et peaufinage du récit consigné par écrit. Exposition aux émotions jusqu'à habitude. Copie du manuscrit remise au jeune.	<i>Instruments de mesure</i> : PDS (version somalienne validée) <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (6 mois)	Score au PDS passé de 36 (Sx fréquents, Dx présumé de TSPT) à 12 (fréquence des Sx sous le point de coupe pour le TSPT). Certains Sx de suractivation neurovégétative résiduels occasionnels, mais ne nuisent pas au fonctionnement du jeune.

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Thabet, Vostanis et Karim (2005) <i>Intervention « de crise » non directive de groupe</i> <i>N = 111</i> <i>TR</i> <i>(n = 43)</i> <i>PED</i> <i>(n = 22)</i> <i>CTR</i> <i>(n = 42)</i>	Âges : 9 à 16 ans 53% garçons Jeunes gazaouis déplacés 57% à 86% Dx présumés TSPT (CPTSD-RI) Type II : événements de guerre, passés et actuels	<i>Modalité</i> : groupes scolaires <i>Durée</i> : 7 sem. <i>Fréquence</i> : 1 séance / sem. <i>Thérapeutes</i> : professionnels <i>Lieu</i> : écoles de camps de réfugiés <i>Implication des parents</i> : non <i>Manuatisée</i> : non <i>Adapt. culturelle</i> : non	<i>TR</i> : dessin libre, discussions à propos des expériences traumatiques et des sentiments associés (thèmes au choix des jeunes), écritures, récits, jeux de rôles et jeux associés au conflit <i>(*PED</i> : 4 séances, fréquence non précisée, offerte par enseignant formé par les thérapeutes)	<i>Instruments de mesure</i> : CPTSD-RI (version arabe validée) ; CDI (version arabe validée) <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (3 mois après l'intervention)	Aucune réduction significative Sx TSPT ou dépression, dans conditions de recherche ou entre elles. Aucune rémission TSPT.
Vickers (2005) <i>TCC</i> <i>N = 1</i>	14 ans, fille Jeune africaine non accomp., réfugiée au Royaume-Uni Dx de TSPT Type II : événements liés à la guerre et la migration	<i>Modalité</i> : individuel <i>Durée</i> : 6 mois (16 séances) <i>Fréquence</i> : 1 x 60 min. / sem. <i>Thérapeute</i> : professionnelle <i>Lieu</i> : clinique externe <i>Implication parents</i> : non <i>Manuatisée</i> : non <i>Adapt. culturelle</i> : non	Préparation et initiation à la thérapie, restructuration cognitive, psychoéducation, exposition en imagination	<i>Instruments de mesure</i> : PDS ; BDI ; BAI <i>Moments de mesure</i> : prétest ; PDS réadministré régulièrement en cours de suivi	* Abandon thérapeutique, pas de mesures au posttest Score au PDS passé de 42 (TSPT grave) à 9 (Sx mineurs seulement) Amélioration pour plusieurs aspects du fonctionnement : socialisation, académique, sommeil, accès de colère, expression des émotions, etc.

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, taillles d'effet
--	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---	--

Études portant sur des adultes réfugiés

Başoğlu et al. (2004) <i>Thérapie par exposition</i> <i>N = 1</i>	22 ans Homme de Turquie, demandeur d'asile en Suède Dx de TSPT Type II : persécution, emprison- nement, torture	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : individuelle + interprète <i>Durée</i> : 14 séances <i>Fréquence</i> : 1/ sem. <i>Thérapeute</i> : formation non précisée <i>Lieu</i> : clinique externe <i>Manualisée</i> : oui (modifié) <i>Adapt. culturelle</i> : non	Psychoéducation, exposition <i>in vivo</i> graduée, expositions quotidiennes (1h/jour, consignées par écrit)	<i>Instruments de mesure</i> : SCID, CAPS, SIST, PTSD-RS, BDI, STAI, etc. (versions turques, certaines validées) <i>Moments de mesure</i> : Prétest 1, 2 (2 niv. de base sur 4 sem.) ; mesures à 6, 8, 12 et 16 sem. ; Posttest ; Relances 1, 3 et 6 mois	Améliorations importantes et significatives à toutes les mesures entre prétest et posttest. Gains maintenus ou accrus aux relances. Rémission du TSPT au posttest et aux relances. Statut de réfugié obtenu avant éval. semaine 16, pouvant expliquer une partie des résultats, mais des améliorations observables dès 12 ^e semaine.
Cavic et Pejovic (2005) <i>Thérapie cognitive de groupe</i> <i>N = 70</i>	n.p. : âge, genre, pays d'origine, réfugiés ou demandeurs d'asile, type de traumatismes vécus Sx de TSPT (IES-R)	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : groupes semi-ouverts (15 à 18 pers.) <i>Durée</i> : 6 mois, 20 séances <i>Fréquence</i> : 1 x 1h / sem. <i>Thérapeute</i> : n.p. <i>Lieu</i> : n.p. <i>Manualisée</i> : non <i>Adapt. culturelle</i> : non	Restructuration cognitive sur les souvenirs traumatiques, restructuration cognitive sur les croyances négatives envers le monde, formulation de pensées alternatives (« contre-attaque »)	<i>Instruments de mesure</i> : HAM-D, HAM-A, IES-R <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest	Diminution significative scores d'anxiété ($p = 0,000$), de dépression ($p = 0,000$) et de TSPT ($p = 0,001$). Analyse par items permet aux auteurs de préciser lorsqu'il n'y a pas eu d'amélioration à certains items. Aucune exacerbation rapportée.

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, taillies d'effet
d'Ardenne et al. (2007) <i>TCC, avec ou sans interprète</i> <i>N = 128</i>	n.p. : âges et genre pays d'origine divers, réfugiés ou demandeurs d'asile en Angleterre 100% Dx TSPT Réfugiés : type II (événements multiples de guerre, torture); <i>CTR</i> (non- réfugiés) : Type I (crimes, accidents)	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : approx. 9 séances <i>Fréquence</i> : non précisée <i>Thérapeutes</i> : profes- sionnels <i>Lieu</i> : clinique TSPT <i>Manualisée</i> : non <i>Adapt. culturelle</i> : non	TCC dite « typique », avec exposition graduée aux souvenirs traumatiques dans tous les cas	<i>Instruments de mesure</i> : CAPS, IES, BDI MANSA <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest	Réduction modeste, mais significative des Sx de TSPT et dépression dans les 3 conditions ($p < 0,0001$). Amélioration de qualité de vie rapportée par tous les participants, non significative pour condition TCC avec interprètes, significative dans les autres ($p < 0,0001$) Aucune différence significative entre les résultats aux 3 conditions.
Drozdek (1997) <i>Interv. psycho- dynamique de groupe</i> <i>N = 50</i> <i>5 conditions (n = 10 x 5) :</i> <i>TR,</i> <i>TR + Meds,</i> <i>Meds,</i> <i>Refus,</i> <i>Pas Dx</i>	<i>M</i> = 33 ans 100% hommes Bosniens demandeurs d'asile aux Pays-Bas 78% Dx TSPT Type II : génocide, événements de guerre	<i>Modalité</i> : groupe <i>Durée</i> : 6 mois, 48 séances <i>Fréquence</i> : 2 x sem. <i>Thérapeute</i> : n.p. <i>Lieu</i> : clinique externe <i>Manualisée</i> : non <i>Adapt. culturelle</i> : non	<i>TR</i> : approche phasique 1) support, stabilisation des participants, identification de déclencheurs aux souvenirs traumatiques 2) travail sur les récits traumatiques individuels, intégration des souvenirs et des affects 3) accent sur les changements de croyances de base, aspects de la migration et de l'exil	<i>Instruments de mesure</i> : Watson Questionnaire for PTSD <i>Moments de mesure</i> : prétest, relance 6 mois, relance 3 ans	Relance 6 mois : taux de rémissions de 73% dans conditions traitement, vs 10% dans condition refus de traitement. Relance 3 ans : taux de rémissions de 83% dans conditions de traitement, vs 40% dans condition refus de traitement. Seuils de signification n.p. Aucun nouveau cas de TSPT. Aucune différence statistiquement significative entre les différents types de traitement. Sx tendaient à s'exacerber avec l'âge.

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Halvorsen et Stenmark (2010) <i>Thérapie par exposition aux narratifs</i> N = 16	M = 38,75 ans 81% hommes Originaux d'Irak (50%) ou autres pays, réfugiés ou demandeurs d'asile en Norvège 100% Dx TSPT (CAPS) Type II : emprisonnement et torture	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 10 séances x 90 min. <i>Fréquence</i> : n.p. <i>Thérapeutes</i> : professionnels <i>Lieu</i> : clinique externe <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	Narration détaillée et chronologique des événements de vie Relecture et peaufinage du récit consigné par écrit Exposition aux émotions jusqu'à habitude Une copie du manuscrit est remise au participant.	<i>Instruments de mesure</i> : CAPS, HAM-D <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (1 mois), relance (6 mois)	Gains thérapeutiques modérés entre prétest et posttest. Réduction significative Sx TSPT ($p = 0,002$) et dépression ($p < 0,01$) entre prétest et relance. 40% à 65% rémissions TSPT à la relance, selon grille d'analyse. Gains thérapeutiques significatifs pour plus de 60% des participants, mais beaucoup de Sx résiduels. Pour 3 participants (18,75%), la NET n'a provoqué aucune amélioration. Dans un cas, le score au CAPS a significativement augmenté.
Hinton <i>et al.</i> (2004) SRT N = 12 SRT (n = 6) SRT2 <i>en différé</i> (n = 6)	âges n.p. 50% hommes Vietnamiens réfugiés aux États-Unis 100% Dx TSPT résistant à la pharmac. Type de traumatismes n.p.	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 11 séances <i>Fréquence</i> : 1 x sem. <i>Thérapeute</i> : professionnel <i>Lieu</i> : clinique externe pour réfugiés <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	Psychoéducation sur TSPT et trouble panique, relaxation musculaire, respiration diaphragm., exercices de visualisation et de pleine conscience, étirements musculaires, restructuration cognitive, gestion émotionnelle, exposition aux sensations intéroceptives	<i>Instruments de mesure</i> : SCID module PTSD, HTQ, HSCL (versions vietnam. validées), ASI (trad. vietnam.), Mesures de panique <i>Moments de mesure</i> : prétest SRT, posttest SRT, posttest SRT2 * Mesures panique bihebdomadaires	Amélioration à toutes les mesures suite au traitement actif : TSPT ($p < 0,01$), anxiété ($p < 0,01$), dépression ($p < 0,05$), attaques de panique ($p < 0,01$). Taille d'effet intergroupes pour le TSPT : $d = 2,5$ Intervention « bien reçue et efficace ».

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N., n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Hinton <i>et al.</i> (2005) <i>SRT</i> <i>N = 40</i>	<i>M = 52,8 ans</i> 40% hommes Cambodgiens réfugiés aux États-Unis	<i>Approche : TCC</i> <i>Modalité : individuelle</i> <i>Durée : 12 séances</i> <i>Fréquence : 1 x sem.</i> <i>Thérapeute : professionnel</i> <i>Lieu : clinique externe pour réfugiés</i> <i>Manualisée : oui</i> <i>Adapt. culturelle : oui</i>	Psychoéducation sur TSPT et trouble panique, relaxation musculaire, respiration diaphragm., exercices de visualisation et de pleine conscience, étirements musculaires, restructuration cognitive, gestion émotionnelle, exposition aux sensations interoceptives	<i>Instruments de mesure :</i> SCID module PTSD CAPS, ASI, SCL, Mesures de panique et de reviviscences <i>Moments de mesure :</i> prétest SRT, posttest SRT, posttest SRT2, relance 12 semaines * <i>Mesures panique et reviviscences aux 4 semaines</i>	Amélioration marquée à toutes les mesures suite au traitement actif. Taux de Dx TSPT passés de 100% au prétest, à 40% (SRT) vs 100% (SRT 2) au posttest SRT ($p < 0,001$). Au posttest SRT2, taux de TSPT de 50% pour SRT2 ($p < 0,001$). Impact similaire sur les taux de trouble d'anxiété généralisée (TAG). Tailles d'effet importantes à toutes les mesures, incluant le CAPS ($TE = 2,17$), l'ASI ($TE = 3,78$) et les sous-échelles du SCL ($TE = 2,77$). Intervention « bien reçue et efficace ».
Hinton, Pich <i>et al.</i> (2006) <i>SRT</i> <i>N = 3</i>	Âges : 48, 51 et 58 ans 3 femmes Cambodgiennes réfugiées aux États-Unis 100% Dx TSPT résistant à la pharmac. (SCID) Type II : génocide, événements de guerre	<i>Approche : TCC</i> <i>Modalité : individuelle</i> <i>Durée : 11 séances</i> <i>Fréquence : 1 x sem.</i> <i>Thérapeute : professionnel</i> <i>Lieu : clinique externe pour réfugiés</i> <i>Manualisée : oui</i> <i>Adapt. culturelle : oui</i>	Psychoéducation sur TSPT et trouble panique, relaxation musculaire, respiration diaphragm., exercices de visualisation et de pleine conscience, étirements musculaires, restructuration cognitive, gestion émotionnelle, exposition aux sensations interoceptives	<i>Instruments de mesure :</i> SCID module PTSD HTQ et HSCL (versions cambodg. validées), ASI (trad. cambodg.) Mesures de panique <i>Moments de mesure :</i> niv. base 8, 14, 20 sem., prétest, posttest, * <i>Mesures de panique bihebdomadaires</i>	<i>Pour les 3 participants :</i> Diminution importante des attaques de panique et reviviscences associées, suite à l'implantation de la TCC. Améliorations d'au moins 30% à toutes les mesures de psychopathologies (HTQ : 33%).

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, taillés d'effet
Hinton, Safran <i>et al.</i> (2006) SRT <i>N</i> = 3	Âges : 51, 53 et 56 ans 2 hommes Vietnamiens réfugiés aux États-Unis 100% Dx TSPT résistant à la pharmaco. (SCID) Type II : Événements de guerre	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 11 séances <i>Fréquence</i> : 1 x sem. <i>Thérapeute</i> : profes- sionnel <i>Lieu</i> : clinique externe pour réfugiés <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	Psychoéducation sur TSPT et trouble panique, relaxation musculaire, respiration diaphragm., exercices de visualisation et de pleine conscience, étirements musculaires, restructuration cognitive, gestion émotionnelle, exposition aux sensations intéroceptives, exposition aux narratifs des traumatismes	<i>Instruments de mesure</i> : SCID module PTSD HTQ et HSCL (versions vietnam. validées), ASI (trad. vietnam.), Mesures de panique <i>Moments de mesure</i> : niv. base 8, 14, 20 sem., prétest, posttest, * <i>Mesures de panique bihebdomadaires</i>	<i>Pour les 3 participants</i> : Diminution importante des attaques de panique orthostatiques ou associées aux maux de tête, suite à l'implantation de la TCC. Améliorations d'au moins 30% à toutes les mesures de psychopathologies (HTQ : 36%).
Hinton <i>et al.</i> (2009) SRT <i>N</i> = 24 SRT (<i>n</i> = 12) SRT2 <i>en différé</i> (<i>n</i> = 12)	<i>M</i> = 49,5 ans 40% hommes Cambodgiens khmers réfugiés aux États-Unis 100% Dx TSPT résistant à la pharmaco. Type II : génocide, événements de guerre	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 12 séances <i>Fréquence</i> : 1/ sem. <i>Thérapeute</i> : profes- sionnel <i>Lieu</i> : clinique externe pour réfugiés <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	Psychoéducation sur TSPT et trouble panique, relaxation musculaire, respiration diaphragm., exercices de visualisation et de pleine conscience, étirements musculaires, restructuration cognitive, gestion émotionnelle, exposition aux sensations intéroceptives	<i>Instruments de mesure</i> : SCID module PTSD CAPS, pression artérielle <i>Moments de mesure</i> : prétest SRT, posttest SRT, posttest SRT2	Au posttest SRT, amélioration significative à la plupart des mesures dans condition SRT, mais non dans condition SRT2. Au posttest SRT2, l'écart s'était refermé. Gains pour Sx TSPT significativement médiés par amélioration de Sx liés à la panique orthostatique et capacités de gestion émotionnelle. Les auteurs ne précisent pas si les participants répondent aux critères Dx du TSPT suite à l'intervention.

Auteurs (année) Traitement N, n	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Holmqvist et al. (2006) Thérapie psychodynamique N = 14	Âges et genre n.p. Surtout origin. d'ex-Yugoslavié, réfugiés en Suède Plusieurs cas de Dx (n.p.) Type II : événements de guerre	Modalité : individuelle Durée : 6 à 34 séances (M = 15 séances) Fréquence : n.p. Thérapeute : professionnels Lieu : clinique externe Manualisée : non Adapt. culturelle : non	Approche phasique de Herman (1992) : 1) développer un sentiment de sécurité 2) travail sur les souvenirs et les deuils 3) reconnecter avec la société	Instruments de mesure : SCL-90, PTSS-10, SASB Moments de mesure : prétest, posttest, relance 5 mois, relance 15 mois	Diminution des Sx de TSPT et psychopathologies entre prétest, posttest et relances. Changements modestes au niveau de l'image de soi. En général, différences significatives aux questionnaires entre les moments de mesures TE moyenne : 1,09 (ÉT = 1,25, p < 0,001) TE pour PTSS-10 : 3,0 (ÉT = 3,2 ; IC 12,8 – 8,0)
Kruse et al. (2009) TCC N = 70 TCC (n = 35) TA (n = 35)	M = 44 ans 32,8% hommes Bosniens réfugiés ou demandeurs d'asile en Allemagne 100% Dx TSPT Type II : génocide, événements de guerre multiples	Modalité : individuelle Durée : 25 h. Fréquence : 1 x 50 min. / 1 ou 2 sem. Thérapeutes : professionnels (*ont offert les 2 traitements) Lieu : clinique universitaire Manualisée : oui Adapt. culturelle : non	TCC : psychoéducation, restructuration cognitive, relaxation musculaire, gestion émotionnelle, travail sur la perception de soi positive. Aucune exposition aux souvenirs traumatiques TA : soutien social et médical habituel (éducation, aide dans les contacts avec autorités, soins physiques)	Instruments de mesure : SCID, HTQ, SCL-90-R, SF-36 (versions bosniennes non validées) Moments de mesure : prétest, posttest (12 mois après le prétest)	TCC : Réduction significative des Sx TSPT entre prétest et posttest (TE = 2,73, p < 0,001). Aussi réduction significative de Sx somatiques (TE = 1,35, p < 0,001), état de santé physique (TE = 1,42, p < 0,001) et état de santé mentale (TE = 2,05, p < 0,001). TA : Légère exacerbation Sx TSPT (TE = - 0,25, p < 0,001) et Sx somatiques (TE = - 0,23, p < 0,001). Aucune différence au niveau de l'état de santé physique (TE = - 0,15, ns) ou psychologique (TE = - 0,05, ns). Taux de rémission du TSPT de 82,4% (TCC) vs 0% (TA).

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, taillies d'effet
Neuner <i>et al.</i> (2002) <i>NET</i> <i>N = 1</i>	24 ans, femme Kosovare réfugiée en Macédoine Dx TSPT avec Sx dissociatifs Type II : événements de guerre multiples	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 1 sem. <i>Fréquence</i> : 3 x 70 min. <i>Thérapeute</i> : profes- sionnel <i>Lieu</i> : camp de réfugiés <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	Narration détaillée et chronologique des événements de vie, relecture et peaufinage du récit consigné par écrit, exposition aux émotions jusqu'à habitude, et remise d'une copie du manuscrit au participant.	<i>Instruments de mesure</i> : PDS <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (1 semaine plus tard, avant de quitter le camp)	Sx TSPT passés d'intensité grave à intensité légère entre prétest et posttest. Disparition des Sx de dissociation. Disparition de l'humeur dépressive. Amélioration du fonctionnement social. Participant se dit satisfaite du traitement.
Neuner <i>et al.</i> (2004) <i>Thérapie par exposition aux narratifs</i> <i>N = 43</i> <i>NET</i> (<i>n = 17</i>) <i>TA</i> (<i>n = 14</i>) <i>PED</i> (<i>n = 12</i>)	<i>M = 33,2 ans</i> <i>37,2% hommes</i> Somaliens réfugiés en Ouganda 100% Dx TSPT Type II : événements de guerre	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 2 sem. <i>Fréquence</i> : 4 séances (NET et thérapie de soutien) x 90 à 120 min <i>Thérapeutes</i> : doctorant s en psychologie <i>Lieu</i> : camps de réfugiés <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : non	<i>NET</i> : psychoed., narration détaillée et chronologique des événements de vie, relecture et peaufinage du récit consigné par écrit, exposition aux émotions jusqu'à habitude, et remise d'une copie du manuscrit au participant. <i>TA</i> : psychoed., résolution de problèmes actuels en misant sur les ressources de la personne (pas de discussion sur les traumatismes passés).	<i>Instruments de mesure</i> : CIDI, section TSPT PDS, SRQ-20 (traductions en arabe non validées) <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (3 à 4 sem. après prétest), relance 4 mois, relance 1 an	Prétest vs relance 4 mois : Exacerbation Sx dans toutes les conditions, peut-être due aux circonstances dans le camp. Prétest vs relance 1 an : Diminution significative Sx TSPT pour NET (<i>TE = 1,6</i> au PDS, <i>TE = 1,9</i> au CIDI), non observée dans TA et PED. Rémissions du TSPT à relance 1 an (CIDI) : NET = 71%, TA = 21%, PED = 20%; différence non significative, car Sx toujours élevés dans NET. Aucune différence significative entre les conditions de recherche aux autres mesures. Les niveaux de psychopathologie sont demeurés élevés.

Auteurs (année) Traitement N, n	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, taillies d'effet
Neuner et al. (2008) <i>Thérapie par exposition aux narratifs</i> N = 277	M = 35 ans 48,7% hommes 55% Rwandais et 45% Somaliens réfugiés en Ouganda 100% Dx TSPT (PDS)	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 6 séances <i>Fréquence</i> : 1 à 2h. x 2 / sem. <i>Thérapeutes</i> : parapro- fessionnels issus de la communauté, ayant reçu une formation NET brève <i>Lieu</i> : camp de réfugiés <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	<i>NET</i> : psychoed., narration détaillée et chronologique des événements de vie, relecture et peaufinage du récit consigné par écrit, exposition aux émotions jusqu'à habituatation, remise d'une copie du manuscrit au participant. <i>TA</i> : associer difficultés actuelles et événements passés, écoute active, résolution de problèmes, gestion émotionnelle et travail sur le deuil.	<i>Instruments de mesure</i> : PDS, CIDI section TSPT, Inventaire de Sx de santé physique <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest 3 mois, relance 6 mois * <i>Condition contrôlée</i> : relances à 6 et 9 mois.	Attrition : 4 participants NET (3,6%) vs 22 participants TA (19,8%) ont abandonné la thérapie ($p < 0,001$) Taux de rémission à la relance : NET = 69,8%, TA = 65,2%, CTR = 36,8%. Différence significative entre les 3 conditions d'étude ($p < 0,042$). Différence significative entre NET et CTR ($p < 0,017$), et entre TA et CTR ($p < 0,036$). CTR : taux de rémission spontanée, significatif dans une minorité de cas. NET : <i>TE</i> pré-post : $d = 1,4$; <i>TE</i> pré- relance : $d = 1,4$ TA : <i>TE</i> pré-post : $d = 1,5$; <i>TE</i> pré- relance : $d = 1,5$ CRT : <i>TE</i> pré-relance : $d = 0,8$ Traitements actifs = meilleure santé physique à la relance.
NET (n = 111)	Type II : événements de guerre				
TA (n = 111)					
CTR (n = 55)					

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Neuner <i>et al.</i> (2010) <i>Thérapie par exposition aux narratifs</i> <i>N = 32</i> <i>NET</i> <i>TA</i> <i>(n = 16)</i>	<i>M = 31 ans</i> 68% hommes Personnes de Turquie (78%), des Balkans (13 %) et d'Afrique (9%), demandeurs d'asile en Allemagne 100% Dx TSPT Type II : torture, violence interspers., événements de guerre	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : variable, <i>M = 8,79</i> séances (5 à 17) <i>Fréquence</i> : 2h / 1 ou 2 sem. <i>Thérapeute</i> : professionnels et doctorants <i>Lieu</i> : Clinique externe pour réfugiés <i>Manualisée</i> : Oui <i>Adapt. culturelle</i> : Oui	<i>NET</i> : psychoed., narration détaillée et chronologique des événements de vie, relecture et peaufinage du récit consigné par écrit, exposition aux émotions jusqu'à habitude, remise d'une copie du manuscrit au participant. <i>TA</i> : contenu variable, méthodes de stabilisation et médication.	<i>Instruments de mesure</i> : PDS, VCOV, CIDI part C, HSCL <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest 6 mois	Amélioration globale entre prétest et posttest significativement supérieure pour NET vs TA. Certaines différences significatives dans fluctuations Sx TSPT, intra-groupes et intergroupes, mais Dx TSPT maintenu pour tous sauf un (NET). Deux abandons thérapeutiques dans NET (réactions face au traitement), aucun TA. Nb participants prenant antidépresseurs a diminué pour NET et augmenté pour TA. Le résultat incertain de la demande d'asile peut avoir nui à l'efficacité thérapeutique.
Otto <i>et al.</i> (2003) <i>SRT</i> en groupes <i>N = 10</i> TCC + Meds <i>(n = 5)</i> Meds <i>(n = 5)</i>	<i>M = 47,2 ans</i> , 100% femmes Cambodgiennes khmères réfugiées aux États-Unis 100% Dx TSPT (réfractaire à la médication), selon le SCID Type II : génocide	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : groupe <i>Durée</i> : 10 séances <i>Fréquence</i> : n.p. <i>Thérapeute</i> : n.p. <i>Lieu</i> : temple bouddhiste local <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	<i>TCC</i> : psychoéducation sur TSPT et trouble panique, relaxation musculaire, respiration diaphragm., exercices de visualisation et de pleine conscience, étirements musculaires, restruct. cognitive, gestion émotions, exposition aux souvenirs, exposition aux sensations interoceptives <i>MEDS</i> : Sertraline, augm. graduellement	<i>Instruments de mesure</i> : CAPS, HSCL (version khmère validée), ASI, etc. <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest	TCC+Meds : gains thérapeutiques modérés à importants entre prétest et posttest, à toutes les mesures excepté dépression Meds : pas de gains thérapeutiques significatifs TCC+Meds, tailles d'effets au CAPS : Sx de reviviscence : <i>d = 0,82</i> Sx d'évitement : <i>d = 0,85</i> Sx de suractivation : <i>d = 0,45</i> 40% des participantes dans chaque groupe ont rapporté au moins un Sx adverse d'intensité légère (nausée, fatigue). Taux de rémission n.p.

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Palic et Elklit (2009) <i>Intervention multi- disciplinaire (TCC, physio., pharmac., interv. sociale)</i> <i>N = 26</i>	<i>M = 39 ans</i> 54% hommes Originaires de divers pays (surtout Irak, Bosnie et Liban) réfugiés au Danemark 100% Dx TSPT (l'ICD-10) Type II : événements de guerre	<i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 16 à 18 sem. <i>Fréquence</i> : 1 x sem. <i>Thérapeutes</i> : profes- sionnels <i>Lieu</i> : clinique pour réfugiés <i>Manualisée</i> : non <i>Adapt. culturelle</i> : non	Psychoéducation, exposition graduée en imagination, respiration, gestion émotionnelle (éléments d'EMDR pour 3 patients) <i>approche phasique</i> Physiothérapie sur la conscience du corps, éducation sur la gestion de la douleur (1 x sem.)	<i>Instruments de mesure</i> : HTQ, TSC-23, GAF, CSS, TMT, éval. santé physique <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest, relance (6 mois)	<i>TE</i> petites à moy. à toutes les mesures, mais gains cliniques modestes. Réduction significative des scores au HTQ entre prétest et posttest ($p <$ 0,0005), maintenue la relance. Relance : Selon ICD-10, aucune rémission du TSPT. Selon les critères du DSM-IV, le taux de TSPT dans l'échantillon serait passé de 100% à 88,5% au posttest, puis à 96,2% à la relance. Augmentation GAF significative ($p <$ 0,0005) mais cliniquement modeste.
Paunovic et Öst (2001) <i>TCC</i> <i>N = 20</i> <i>TCC</i> (<i>n = 7</i>) <i>TE</i> (<i>n = 9</i>)	<i>M = 37.9 ans</i> 85% hommes Pays d'origine divers n.p., réfugiés en Suède Dx de TSPT Types I et II : événements variés, multiples dans 14 cas	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 16 à 20 séances hebdo. <i>Fréquence</i> : 1 à 2h / sem. <i>Thérapeute</i> : doctorant <i>Lieu</i> : Suède <i>Manualisée</i> : non <i>Adapt. culturelle</i> : non	<i>TCC</i> : psychoéducation, respiration, restructuration cognitive, exposition graduée en imagination, exposition <i>in vivo</i> aux situations évitées <i>TE</i> : psychoéducation, exposition graduée en imagination, exposition <i>in vivo</i> aux situations évitées	<i>Instruments de mesure</i> : CAPS, ADIS-IV PSS-SR, IES-R, BAI, STAI, BDI, WAS, QoLI <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest (1 sem.), relance (6 mois)	Aucune différence significative entre les conditions de traitement. <i>TCC et TE</i> : Entre prétest et posttest, diminution significative des Sx de TSPT, dépression et anxiété généralisée ($p <$ 0,0001), et augmentation significative ($p <$ 0,0001) de la qualité de vie et des schémas cognitifs. Gains maintenus à la relance Taux de rémission n.p.

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Schulz, Marovic- Johnson et Huber (2006) <i>CPT</i> <i>N = 1</i>	64 ans, femme Bosnienne musulmane réfugiée aux États-Unis Dx TSPT Type II : abus sexuels répétés, événements de guerre	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : 9 mois, 25 séances (éval. incluse) <i>Fréquence</i> : 2h / sem. <i>Thérapeute</i> : étudiante de maîtrise <i>Lieu</i> : à domicile <i>Manualisée</i> : oui (adaptée) <i>Adapt. culturelle</i> : non	Psychoéducation au TSPT, intro. à la TCC, respiration, restructuration cognitive, exposition écrite et verbale sur les rêves traumatiques, exposition prolongée en imagination, « gestion de cas » ponctuelle (p. ex. : contacts avec ressources)	<i>Instruments de mesure</i> : PSS <i>Moments de mesure</i> : prétest, « mi »- traitement (2 mois), posttest, relances téléphoniques (6 mois, 12 mois)	Scores au PSS : 33, 11 et 4. Rémission du TSPT au posttest Gains de fonctionnement importants au posttest, maintenus aux relances.
Schulz <i>et al.</i> (2006) <i>CPT avec interprètes</i> <i>N = 53</i> TCC-I (<i>n = 25</i>) TCC/I (<i>n = 28</i>)	<i>M = 45.8 ans</i> 13% hommes Afghans (<i>n = 9</i>) et Bosniens (<i>n</i> = 44) réfugiés aux États-Unis 100% Dx TSPT Type II : torture, événements de guerre	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : individuelle <i>Durée</i> : <i>M = 17</i> séances, de 1.5 à 2h (éval. incluse) <i>Fréquence</i> : n.p. <i>Thérapeute</i> : profes- sionnels <i>Lieu</i> : à domicile ou à la clinique <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : non	Psychoéducation, introduction à la TCC, relaxation par la respiration, restructuration cognitive, exposition écrite et verbale sur les rêves traumatiques, exposition prolongée en imagination	<i>Instruments de mesure</i> : PSS (traduction en serbo-croate non validée, et version anglophone) <i>Moments de mesure</i> : prétest; posttest	Réduction significative des Sx de TSPT entre prétest et posttest dans les deux conditions d'étude ($p <$ 0,0001) Réduction de Sx significativement plus grande ($p < 0,05$) dans la condition avec interprète. <i>TEs</i> : TCC+I : 2.0 TCC/I : 3.4 Total : 2.6

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, taillies d'effet
Weine <i>et al.</i> (1998) <i>Thérapie par les témoignages</i> (TT) <i>N = 20</i>	<i>M = 45,1 ans</i> 50% hommes Bosniens réfugiés aux États-Unis 100% Dx TSPT Type II : événements de guerre	<i>Approche : TT</i> <i>Modalité : individuelle</i> <i>Durée : 4 à 8 séances,</i> échelonnées sur 8 sem. <i>Fréquence : 1 x 90 min</i> / 1 ou 2 sem. <i>Thérapeute : profes-</i> sionnels <i>Lieu : Chicago,</i> emplacement n.p. <i>Manualisée : non</i> <i>Adapt. culturelle : oui</i>	Narration détaillée et chronologique des événements de vie selon une structure par thèmes prédéterminés (ex. : vie depuis 2 ^e guerre mondiale, événements entourant le génocide, expériences en tant que réfugié, etc.). Relecture et peaufinage du récit consigné par écrit.	<i>Instruments de mesure :</i> PSS-SR ; BDI ; GAF (<i>*instruments traduits mais non validés</i>) <i>Moments de mesure :</i> prétest, posttest, relances (2mois, 6 mois)	Nb Dx TSPT passé de 100% (prétest), à 75% (posttest), à 70% (relance 2 mois), puis à 53% (relance 6 mois). Diminution significative entre prétest et posttest Sx TSPT, score total ($p < 0,0001$) et catégories de Sx ($p < 0,0001$). Diminution significative Sx dépression entre prétest et posttest ($p < 0,0001$). Augmentation significative fonctionnement global entre prétest et posttest ($p < 0,0001$). Gains à toutes les mesures ont augmenté significativement entre posttest et 2e relance. Les auteurs précisent n'avoir observé aucun « effet adverse apparent ».

Auteurs (année) <i>Traitement</i> <i>N, n</i>	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
--	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---	---

Études portant sur des enfants et adolescents immigrants

Feldman (2007) <i>CBITS</i> <i>N = 8</i>	<i>M</i> = 11 à 13 ans 50% garçons Jeunes d'Amérique latine (7 Mexicains, 1 Équatorien), immigrés aux États-Unis	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : groupe (5 à 8 pers.) <i>Durée</i> : 12 sem., 10 séances de groupe, 1 à 3 indiv., 1 familiale, 1 avec prof. <i>Fréquence</i> : 1 x 1h / sem. <i>Thérapeute</i> : doctorante <i>Lieu</i> : école <i>Manualisée</i> : oui <i>Adapt. culturelle</i> : oui	Psychoéducation, relaxation, restructuration cognitive, exposition en imagination, exposition <i>in vivo</i> , résolution de problèmes appliquée aux difficultés sociales, séances optionnelles de psychoéducation pour parents.	<i>Instruments de mesure</i> : Modified Life Events Scale CPSS, CDI, BASC-2 <i>Moments de mesure</i> : prétest, posttest, relance 4 mois	Diminution significative Sx TSPT entre prétest et posttest (<i>TE</i> = 0,72; <i>p</i> < 0,005) Aucune différence signif. Pour Sx dépression. Parents et enseignants ne rapportent aucune différence significative. Deux professeurs ont rapporté des comportements problématiques suite au groupe. Relance : diminution significative Sx TSPT entre posttest et relance (<i>TE</i> = 0,65; <i>p</i> < 0,008) Les jeunes se sont dits satisfaits du groupe.
---	--	---	---	---	---

Auteurs (année) <i>Traitement</i> N, n	Caractéristiques des participants	Caractéristiques de l'intervention	Composantes du traitement	Instrum. de mesure ^a et moments d'évaluation	Résultats principaux et secondaires, tailles d'effet
Kataoka <i>et al.</i> (2003) <i>CBITS</i> N = 198	M = 11,3 ans 50% garçons Jeunes d'Am. Latine (57% Mexique, 18% El Salvador, 11% Guatemala), immigrés aux É-U depuis moins de 3 ans. 90% Sx TSPT cliniquement significatifs	<i>Approche</i> : TCC <i>Modalité</i> : groupe (5 à 8 pers.) <i>Durée</i> : 8 séances, approx. 1h. <i>Fréquence</i> : n.p. <i>Thérapeute</i> : intervenants scolaires <i>Lieu</i> : 9 écoles de Los Angeles <i>Manualisée</i> : Oui <i>Adapt. culturelle</i> : Oui	Psychoéducation, relaxation, restructuration cognitive, exposition en <i>in vivo</i> , résolution de problèmes appliquée aux difficultés sociales; Séances optionnelles de psychoéducation pour parents.	<i>Instruments de mesure</i> : Life Events Scale, CPSS, CDI (<i>versions en espagnol non validées</i>) <i>Moments de mesure</i> : Prétest, posttest, relance 3 mois	<i>TCC</i> : Réductions modestes, mais significatives Sx TSPT et dépression ($p < 0,001$) entre prétest et relance. <i>CTR</i> : Aucun changement significatif des Sx En général, des réactions cliniquement significatives demeurent présentes.

Légende : CBITS = *Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools*; CPT = *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims*; CTR = Contrôle; Dx = Diagnostique; ET = Écart-type; IC = Intervalle de confiance; M = Moyenne; n.p. = non précisé; PED = Psychoéducation; SRT = *Sensation Reprocessing Therapy*; Sx = Symptômes; TA = Traitement alternatif; TCC = Thérapie cognitivo-comportementale; TCC+I = TCC avec interprète; TCC/I = TCC sans interprète; TE = Taille d'effet; TT = Thérapie par les témoignages.

^a Mesures : ADIS-IV = *Anxiety Disorders Interview Schedule-IV* (Brown, DiNardo et Barlow, 1994); ASI = *Anxiety Sensitivity Index* (Reiss et McNally, 1985); Taylor, Koch et McNally, 1992); BAI = *Beck Anxiety Inventory* (Beck, Epstein, Brown et Steer, 1988); BDI = *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh, 1961; Beck et Steer, 1987); BASC-2 = *Behavioral Assessment System for Children - Second Edition* (Reynolds et Kamphaus, 2004); CAPS = *Clinical Administered PTSD Scale* (Blake *et al.*, 1996); Weathers et Davidson, 2001); CDI = *Children's Depression Inventory* (Kovacs, 1985); CIDI = *Composite International Diagnostic Interview* (WHO, 1997); CGAS = *Children's Global Assessment Scale* (Shaffer *et al.*, 1983); CPSS = *Child PTSD Symptom Scale* (Foa *et al.*, 2001); CPTSD-R1 = *Child Post-Traumatic Stress Reaction Index* (Pynoos, Frederick et Nader, 1987); CSS = *Crisis Support Scale* (Joseph *et al.*, 1992); DISYPS-KJ = *Diagnostic System for Psychosocial Disorders* (Döpfner et Lehmkühl, 2000); DSRS = *Birleson Depression Self-Rating Scale* (Birleson, 1981); GAF = *Global Area of Functioning Scale* (APA; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed., revised* [DSM-III-R]; 1987); HAM-A = *Hamilton Rating Scale for Anxiety* (Hamilton, 1969); HAM-D = *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960); HSCL = *Hopkins Symptom Checklist-25* (Derogatis *et al.*, 1974); HTQ = *Harvard Trauma Questionnaire* (Mollica *et al.*, 1992; 2001); IES = *Impact of Event Scale* (Horowitz, Wilner et Alvarez, 1979); IES-R = *Impact of Event Scale-Revised* (Weiss et Marmar, 1997); K-SADS = *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children* (Chambers *et al.*, 1985; Kaufman *et al.*, 1997); MANSA = *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (Pribe, Huxley, Knight, et Evans, 1999); PDS = *Post-traumatic*

Diagnosis Scale (Foa, in Wilson et Keane, 1997); PTSD-RS = *Modified Mississippi Scale for Combat-Related PTSD* (Keane, Caddell et Taylor, 1988); PSS-SR = *PTSD Symptom Scale* (Foa, Riggs, Dancu, et Rothbaum, 1993); PTSS-10 = *Post-Traumatic Stress Syndrome 10 Questions Inventory* (Eid et al., 1999; Scott et Dua, 1999); PTSS-C = *Posttraumatic Stress Symptom Scale for Children* (Ahmad et al., 2000); QoLI = *Quality of Life Interview* (Frish, 1992); RCMAS = *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (Reynolds and Richmond, 1978); SDQ = *Strengths and Difficulties Questionnaire* (Goodman, 1994); SASB = *Structural Analysis of Social Behavior* (Benjamin, 1974); SCID = *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (First, Gibbon, Spitz et Williams, 1996); SCL-90-R = *Symptom Checklist Revised* (Derogatis et Cleary, 1977); SF-36 = *Health Survey Questionnaire* (Ware, Snow, Kosinski et Gandek, 1993); SIST = *Structures Interview for Survivors of Torture* (Basoglu et al., 1994); SRQ-20 = *Self-Reporting Questionnaire 20* (Harding et al., 1980); STAI-S+T = *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch et Lushene, 1970); TMT = *Trail Making Test* (Elkilit, 1992); TSC-33 = *Trauma Symptom Checklist* (Briere, 1989); UPID = *UCLA PTSD Index for DSM-IV* (Pynoos et al., 1998); VCOV = *Vivo-Checklist of Organized Violence* (référence non fournie par les auteurs); WAS = *World Assumptions Scale* (Janoff-Bulman, 1989, 1992); *Watson Questionnaire for PTSD* (Watson et al., 1991), WTQ = *War Trauma Questionnaire* (Maksoud, 1993).

APPENDICE D

QUALITÉS ET BIAIS MÉTHODOLOGIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES
AU CHAPITRE II

Tableau A.2 Qualités et biais méthodologiques des études recensées au chapitre II

Auteurs (année) <i>N</i> , <i>n</i> / Devis	Assignation aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
Études portant sur les enfants et adolescents réfugiés				
Catani <i>et al.</i> (2009) <i>N</i> = 31 (<i>n</i> = 16; <i>n</i> = 15) * <i>T4</i> Essai randomisé contrôlé	Oui. Assignés au lancer d'une pièce de monnaie.	Participants : non précisé Intervenants : non (chaque thérapeute a offert le même nombre de suivis dans chaque condition de traitement actif) Évaluateurs : oui	Quelques données manquantes justifiées et tenues en compte dans les analyses. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	intermédiaire
Ehnholt, Smith et Yule (2005) <i>N</i> = 26 (<i>n</i> = 15 ; <i>n</i> = 11) * <i>contrôle</i> Essai randomisé contrôlé	Non. Référés par les professeurs pour difficultés émotives soupçonnées, attribution aux groupes selon l'horaire scolaire.	Participants : n/a (une seule condition de traitement actif) Intervenants : n/a (une seule condition de traitement actif) Évaluateurs : non (questionnaires autoadministrés + un questionnaire complété par les enseignants qui ont référé les jeunes au traitement)	Données manquantes : Seulement 10 enfants de la condition TCC (aucun du groupe contrôle) évalués par les enseignants. Relance 2 mois complétée dans seulement un sous-groupe TCC (<i>n</i> = 8 sur 15). Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible
Gupta et Zimmer (2008) <i>N</i> = 315 Étude avant / après randomisée, sans groupe contrôle ou comparatif	Oui. Sur des listes d'élèves à l'aide d'un dé, selon certains critères de lieu, genre et de niveau scolaire.	Participants : n/a (une seule condition de traitement actif) Intervenants : n/a (une seule condition de traitement actif) Évaluateurs : non	Attrition et données manquantes : fluctuations non justifiées du nombre de sujets inclus dans les analyses. Présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	intermédiaire

Auteurs (année) N, n / Devis	Assignment aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
Möhlen <i>et al.</i> (2005) N = 10 Étude avant / après non randomisée, sans groupe contrôle ou comparatif	N/A. Traitement offert aux familles d'un camp de réfugiés avec des jeunes éligibles. Jeunes intéressés assignés au groupe.	Participants : n/a (une seule condition de recherche) Intervenants : n/a (une seule condition de recherche) Évaluateur : non (pédopsychiatre qui superviseait l'intervention)	Aucune attrition. Les données rapportées semblent intégrales. Absence de réactions adverses non précisée, mais peut être inférée (scores aux questionnaires fournis pour chaque participant).	faible
Onyut <i>et al.</i> (2005) N = 6 Étude avant / après non randomisée, sans groupe contrôle ou comparatif	Non. Sujets sélectionnés suite à un sondage (TSPT). Certains se sont proposés.	Participants : n/a (une seule condition de recherche) Intervenants : n/a (une seule condition de recherche) Évaluateurs : non	Données manquantes au posttest mais justifiées pour 2 participants. Données complètes à la relance. Absence de réactions adverses précisée.	faible
Oras, de Ezpeleta et Ahmad (2004) N = 13 Étude avant / après non randomisée, sans groupe contrôle ou comparatif	N/A. Jeunes référés à une clinique externe d'hôpital et répondant aux critères, durant une période X.	Participants : n/a (une seule condition de recherche) Intervenants : n/a (une seule condition de recherche) Évaluateurs : non	Aucune attrition. Données intégrales. Certains effets adverses rapportés.	faible
Schauer <i>et al.</i> (2004) N = 1 Étude de cas	N/A. Cas clinique.	Participants : n/a (une seule condition de recherche) Intervenants : n/a (une seule condition de recherche) Évaluateurs : oui	Attrition : n/a Données intégrales. Absence de réactions adverses précisée.	faible

Auteurs (année) N, n / Devis	Assignation aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
Thabet, Vostanis et Karim (2005) N = 111 (n = 43 ; n = 22 ; n = 42) * <i>TA et contrôle</i> Étude contrôlée non randomisée	Non. Intervention offerte à des groupes- classes préexistants. Attribution des groupes scolaires non précisée.	Participants : non précisé Intervenants : non précisé Évaluateurs : n/a (questionnaires auto- administrés)	Aucune attrition. Données rapportées semblent intégrales. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	intermé- diaire
Vickers (2005) N = 1 Étude de cas	N/A. Cas clinique.	Participants : n/a Intervenants : n/a Évaluateurs : non (évaluations effectuées par l'intervenante)	Suivi abandonné avant la fin. Évaluation partielle au posttest ; données d'efficacité basées sur des mesures périodiques et entretien téléphonique. Présence ou absence de réactions adverses non précisée.	faible

Études portant sur des adultes réfugiés

Basoglu (2004) N = 1 Étude expérimentale à cas unique, à mesures répétées	N/A	Participants : n/a Intervenants : n/a Évaluateurs : Non, mais certaines mesures complétées par le thérapeute et le participant, puis comparées.	Aucune attrition. Données rapportées semblent intégrales. Présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible
Cavic et Pejovic (2005) N = 70 Étude avant/après non randomisée, non contrôlée	Non précisé	Participants : non précisé Intervenants : non précisé Évaluateurs : non précisé	Attrition et données manquantes non précisées. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible

Auteurs (année) N, n / Devis	Assignation aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
d'Ardenne <i>et al.</i> (2007) N = 128 (n = 44 ; n = 36 ; n = 48) * <i>interprètes</i> Étude rétrospective avant / après non randomisée, avec groupes de comparaison	N/A (étude rétrospective)	Participants : n/a Intervenants : n/a Évaluateurs : n/a	Attrition et données manquantes non précisées (dossiers exclus de l'étude). Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	intermé- diaire
Drozdek (1997) N = 50 (n = 10 x 5) * <i>TA et contrôle</i> Étude avant/après non randomisée, avec conditions comparatives	Partiellement. 120 personnes évaluées, réparties en six groupes selon Dx et intérêt. Dx partiels exclus des analyses. Sélection aléatoire de 10 part. / gr., inclus dans les analyses.	Participants : non (assignés selon leur préférence) Intervenants : non précisé Évaluateurs : non (auteur)	Attrition non précisée. Il n'est pas clair si le fait de remplir le questionnaire était sur une base volontaire. Données manquantes : Non précisé. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible
Halvorsen <i>et al.</i> (2010) N = 16 Étude avant/après non randomisée, sans groupe contrôle	N/A (une seule condition de recherche)	Participants : n/a (une seule condition de recherche) Intervenants : n/a (une seule condition de recherche) Évaluateurs : Partielle. Intervenants ne pouvaient pas traiter participants évalués par eux. Ne précisent pas si évaluateurs aveugles aux conditions de l'étude.	Attrition précisée et justifiée. Données manquantes abordées et tenues en compte dans les statistiques. Présence de réactions adverses individuelles abordée.	faible

Auteurs (année) <i>N, n / Devis</i>	Assignation aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
Hinton <i>et al.</i> (2004) $N = 12$ ($n = 6$; $n = 6$) <i>*tr. différé</i> Étude aléatoire contrôlée avec groupes indépendants en différé	Oui. Méthode non précisée.	Participants : n/a (une seule forme de traitement) Intervenants : n/a (une seule forme de traitement) Évaluateurs : non (aussi le thérapeute)	Aucune attrition. Données manquantes : Non précisé. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible
Hinton <i>et al.</i> (2005) $N = 40$ ($n = 20$; $n = 20$) <i>*tr. différé</i> Étude aléatoire contrôlée, avec groupes indépendants en différé	Oui. Stratifiés par genre et répartis selon le lancer d'une pièce de monnaie.	Participants : n/a (un seul type de traitm.) Intervenants : non Évaluateurs : oui	Attrition : Quatre personnes éligibles ont refusé de participer en raison de contraintes pratiques (transport, temps). Aucun abandon thérapeutique. Aucune donnée manquante aux évaluations. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	intermé- diaire
Hinton, Pich <i>et al.</i> (2006) $N = 3$ Étude expérimentale à cas uniques, intra-sujets, à niveaux de base multiples	N/A (protocole à cas uniques)	Participants : n/a (une seule forme de traitement) Intervenants : n/a (une seule forme de traitement) Évaluateurs : oui	Aucune attrition. Données manquantes : Non précisé. Présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée, mais peut être inférée.	faible
Hinton, Safran <i>et al.</i> (2006) $N = 3$ Étude expérimentale à cas uniques, intra-sujets, à niveaux de base multiples	N/A (protocole à cas uniques)	Participants : n/a (une seule forme de traitement) Intervenants : n/a (une seule forme de traitement) Évaluateurs : oui	Aucune attrition. Données manquantes : Non précisé. Présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée, mais peut être inférée.	faible

Auteurs (année) N, n / Devis	Assignation aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
Hinton <i>et al.</i> (2009) N = 24 (n = 12 ; n = 12) *tr. différencié Étude expérimentale randomisée contrôlée, avec groupes indépendants en différencié	Oui. Stratifiés par genre et répartis selon le lancer d'une pièce de monnaie.	Participants : n/a (un seul type de traitm.) Intervenants : non Évaluateurs : oui	Attrition : Deux personnes éligibles ont refusé de participer en raison de contraintes pratiques (transport, temps). Aucun abandon thérapeutique. Aucune donnée manquante aux évaluations. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	intermé- diaire
Holmqvist <i>et al.</i> (2006) N = 14 Étude rétrospective avant/ après, non randomisée, sans groupe contrôle	N/A (étude rétrospective)	Participants : n/a (étude rétrospective) Intervenants : n/a (étude rétrospective) Évaluateurs : n/a (étude rétrospective)	Attrition précisée et justifiée. Données manquantes : Non précisée. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible
Kruse <i>et al.</i> (2009) N = 70 (n = 35 ; n = 35) *TA Étude avant/après non randomisée, avec condition comparative	Non. Assignée selon l'ordre d'arrivée, les 35 premières personnes à la condition traitement.	Participants : non précisée Intervenants : non (mêmes thérapeutes pour les deux conditions) Évaluateurs : non précisée	Attrition précisée et justifiée. Données manquantes : Non précisée. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible
Neuner <i>et al.</i> (2002) N = 1 Étude de cas	N/A	Participants : n/a Intervenants : n/a Évaluateurs : non	Aucune attrition. Données rapportées sont intégrales, mais limitées. Présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible

Auteurs (année) <i>N, n / Devis</i>	Assignation aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
Neuner <i>et al.</i> (2004) <i>N</i> = 43 (<i>n</i> = 17 ; <i>n</i> = 14 ; <i>n</i> = 12) * <i>TA, PED</i> Essai randomisé contrôlé	Oui, à l'aide d'un dé.	Participants : non Intervenants : non Évaluateurs : oui	Attrition précisée et justifiée. Données manquantes abordées et tenues en compte dans les statistiques. Effets adverses non précisés.	inter- médiaire
Neuner <i>et al.</i> (2008) <i>N</i> = 277 (<i>n</i> = 111 ; <i>n</i> = 111 ; <i>n</i> = 55) * <i>TA et</i> <i>contrôle</i> Essai randomisé contrôlé	Oui.	Participants : non Intervenants : non précisé Évaluateurs : oui	Attrition importante, précisée et justifiée. Données manquantes abordées et tenues en compte dans les statistiques. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	fort
Neuner <i>et al.</i> (2010) <i>N</i> = 32 (<i>n</i> = 16 ; <i>n</i> = 16)* <i>TA</i> Essai randomisé contrôlé	Oui. Méthode : « block permutation procedure with blocks of four patients. »	Participants : non précisé Intervenants : non précisé Évaluateurs : oui, sauf exceptions où les participants donnaient des indices par mégarde	Attrition précisée et justifiée. Données manquantes : En tiennent compte dans leurs calculs statistiques, Évaluation objective : Présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	intermé- diaire
Otto <i>et al.</i> (2003) <i>N</i> = 10 (<i>n</i> = 5 ; <i>n</i> = 5) * <i>TA</i> Étude randomisée avec condition comparative	Oui. Démarche non décrite.	Participants : non précisé Intervenants : non précisé Évaluateurs : non précisé	Aucune attrition. Données manquantes : Non précisé. Présence ou absence de réactions adverses individuelles précisée.	intermé- diaire
Palic et Elkhit (2009) <i>N</i> = 26 Étude avant / après non randomisée, non contrôlée	N/A (Une seule condition de recherche)	Participants : n/a (une seule condition de recherche) Intervenants : n/a (une seule condition de recherche). Évaluateurs : non	Attrition précisée et justifiée. Données manquantes abordées et tenues en compte dans les statistiques. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée. Mais effets adverses de groupe rapportés.	faible

Auteurs (année) <i>N, n / Devis</i>	Assignation aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
Paunovic et Öst (2001) <i>N = 16 (n = 7 ; n = 9)</i> * <i>TA</i> Étude randomisée avec condition comparative	Oui. Méthode non précisée, mais pas plus de 2 participants consécutifs assignés à la même condition.	Participants : non précisé Intervenants : non précisé Évaluateurs : non précisé	Attrition : 20 participants recrutés parmi 34 candidats (5 ne rencontraient pas critères Dx, 9 étaient inconfortables avec l'étude); 4 n'ont pas terminé le suivi (1 exclu pour agressivité, 3 abandons non justifiés). Données manquantes : Non précisé. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	faible
Schulz, Marovic-Johnson et Huber (2006) <i>N = 1</i> Étude de cas	N/A	Participants : n/a Intervenants : n/a Évaluateurs : non	Données au posttest semblent intégrales. Évaluation semble objective, mais la présence ou l'absence de réactions adverses n'est pas précisée.	faible
Schulz <i>et al.</i> (2006) <i>N = 53 (n = 25 ; n = 28)</i> * <i>interprètes</i> Étude rétrospective avant / après non randomisée, avec cond. comparative	N/A. Étude rétrospective. Initialement, clients assignés selon disponibilité et langues parlées par le thérapeute.	Participants : n/a (étude rétrospective) Intervenants : n/a (étude rétrospective) Évaluateurs : non	Les participants sélectionnés devaient avoir complété les évaluations au prétest et au posttest. Nombre d'exclusions non précisé. Évaluation de l'état des participants repose sur les données obtenues à un questionnaire seulement.	faible
Weine <i>et al.</i> (2008) <i>N = 20</i> Étude avant / après non randomisée, non contrôlée	N/A (une seule condition de recherche)	Participants : n/a (une seule condition de recherche) Intervenants : n/a (une seule condition de recherche) Évaluateurs : non	Attrition : Trois personnes ont décliné l'offre de traitement (motifs non précisés). Aucun volontaire n'a été exclu. Tous les participants ont complété l'intervention. Données manquantes : Non précisé. Aucun effet adverse n'a été observé.	faible

Auteurs (année) N, n / Devis	Assignation aléatoire?	Protection contre la contamination (aveugles aux conditions de recherche?)	Attrition, intégralité des données au posttest, évaluation objective de l'état des participants	Niveau preuve
Étude portant sur des enfants et adolescents immigrants				
Fieldman (2007) N = 8 Étude avant / après non randomisée, non contrôlée	Non.	Participants : non Intervenants : non Évaluateurs : non	Attrition et données manquantes : 2 participants n'ont pas complété la relance. Justifié et tenu en compte dans les statistiques. Réactions adverses rapportées pour deux participants.	faible
Kataoka <i>et al.</i> (2003) N = 198 (n = 152 ; n = 46) * <i>contrôle</i> Étude contrôlée, partiellement randomisée	Partiellement. Assignation aléatoire des 198 premiers participants, puis ajout de 85 participants à la TCC. Tous sont inclus dans les analyses.	Participants : non précisé Intervenants : n/a (mesures autoadministrées) Évaluateurs : n/a (mesures autoadministrées)	Attrition : Des 276 jeunes éligibles, 17% ont refusé de participer à l'étude. Sur 229 jeunes inclus dans l'étude, 198 (72%) ont complété la relance 3 mois. Motifs d'attrition non précisés. Quelques données manquantes décrites, impact sur les statistiques non précisé. Statistiques de groupe seulement – présence ou absence de réactions adverses individuelles non précisée.	intermé- diaire

Légende : CTR = contrôle ; Dx = diagnostic ; N/A = non applicable ; PED = Psychoéducation ; TA = Traitement alternatif ; TCC = Thérapie cognitive-comportementale

APPENDICE E

LIGNES DIRECTRICES POUR TRAVAILLER AVEC DES INTERPRÈTES⁹

1. Prévoir davantage de temps pour l'évaluation.
2. Si l'interprète n'est pas le gestionnaire de cas du client (si le client et l'interprète n'ont pas une relation professionnelle préalable) :
 - s'assurer que l'interprète parle le dialecte du client (et non seulement sa langue) ;
 - s'assurer que l'interprète est certifié, ou détient des qualifications similaires ; et
 - allouer du temps pour permettre au client et à l'interprète de se parler avant le début de l'évaluation, pour augmenter le sentiment de confiance du client et diminuer ses appréhensions.
3. Ne pas utiliser des membres de la famille ou des connaissances du patient comme interprètes.
4. Prévoir une rencontre préévaluation avec l'interprète pour :
 - discuter des attentes et de la confidentialité ;
 - demander à l'interprète de traduire verbatim (autant que possible) les paroles du client et de vous en informer lorsqu'il croit que vous pouvez avoir mal interprété ses propos en raison de difficultés conceptuelles ou langagières ;
 - si l'interprète connaît le client, obtenir de l'information sur le contexte particulier du client (avec une autorisation de divulgation lorsque la situation le requiert).
5. En ce qui concerne le langage parlé, disposer les chaises afin que le thérapeute et le client soient assis directement l'un en face de l'autre, avec l'interprète sur le côté, afin de faciliter l'interaction entre le thérapeute et le client.

⁹ D'après : Hays, Pamela A. 2008. *Addressing Cultural Complexities in Practice: Assessment, Diagnosis, and Therapy (2e éd)*. Washington: American Psychological Association

6. Rassurer le client à propos de la confidentialité et ses limites alors que vous et l'interprète êtes tous les deux présents.
7. Éviter les discussions avec l'interprète en présence du client. Si ces discussions sont nécessaires, informez le client que vous discutez à propos d'une différence conceptuelle ou langagière.
8. Évitez d'utiliser des phrases complexes (p. ex. : des questions en deux parties) et le langage difficile à interpréter.
9. Lors d'interprétations consécutives, effectuez une pause après chaque idée principale afin d'allouer suffisamment de temps à l'interprète pour traduire.
10. Soyez sensibilisés concernant les différences culturelles, de classes sociales, ou politiques entre l'interprète et le client qui pourraient affecter le travail de l'interprète.

APPENDICE F

AUTO-ÉVALUATION CULTURELLE¹⁰

Consignes :

- Sous chaque composante de l'acronyme ADDRESSING, indiquez une brève description des influences que vous considérez saillantes pour vous-même.
- Si vos expériences actuelles sont différentes de vos expériences durant l'enfance et l'adolescence, notez d'abord vos expériences et identités saillantes liées à votre éducation, puis celles qui sont liées à votre contexte actuel.
- Remplissez chaque catégorie, même celles pour lesquelles votre perspective correspond à la culture majoritaire, car ceci constitue également une information importante (cocher la case lorsque ceci s'applique).
- Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives, alors il pourrait y avoir un chevauchement entre elles.
- Note : La richesse de cet exercice dépend de jusqu'où la personne poussera l'exploration de ces influences et identités.

Exemple d'auto-évaluation complétée :

(☒) Âge et influences générationnelles

52 ans ; immigrante de 3^e génération aux États-Unis ; membre d'une génération de « Chicanos » et « Chicanas » politiquement actifs en Californie ; première génération affectée par les opportunités d'emplois et académiques découlant d'un changement législatif dans les années 1970.

¹⁰ D'après : Hays, Pamela A. 2008. *Addressing Cultural Complexities in Practice: Assessment, Diagnosis, and Therapy (2e éd)*. Washington : American Psychological Association, p. 42-44

problèmes Développementaux

Aucun problème ou handicap développemental.

« Désordres » (invalidités) acquis plus tard dans la vie

Problèmes de genoux depuis le début de l'âge adulte, incluant de multiples interventions Chirurgicales ; j'utilise parfois des béquilles pour marcher.

Religion et orientation spirituelle

Mère est une catholique pratiquante, père est un presbytérien non pratiquant ; mes croyances actuelles constituent un mélange de catholicisme et de sécularité ; je ne fréquente pas l'Église.

identité Ethnique et raciale

Mère et père tous deux de descendance mexicaine mixte (héritage hispanophone et amérindien), tous deux nés aux États-Unis ; ma propre identité est « Chicana » ; je parle l'espagnol mais ma langue principale est l'anglais.

Statut socioéconomique

Mes parents travaillaient tous les deux, faisaient partie de la classe moyenne-inférieure en milieu urbain, et étaient membres d'une minorité ethnique ; toutefois, mon identité est une « Chicana » de formation universitaire ; je m'identifie à la classe ouvrière, bien que mon emploi et mon revenu me permettent de me désigner comme faisant partie de la classe moyenne.

orientation Sexuelle

Hétérosexuelle ; j'ai une amie lesbienne.

héritage Indigène

Ma grand-mère maternelle était amérindienne, et elle a émigré du Mexique vers les États-Unis avec mon grand-père quand ils étaient jeunes adultes ; ce que je connais de cette partie de mon héritage vient d'elle, mais elle est décédée quand j'avais 10 ans.

origine Nationale

Américaine, mais profonde compréhension de l'expérience d'immigration par mes grands-parents.

Genre

Femme, « Chicana », divorcée, mère de deux enfants.

RÉFÉRENCES

- Achenbach, Thomas M., Andreas Becker, Manfred Döpfner, Einar Heiervang, Veit Roessner, Hans-Christoph Steinhausen et Aribert Rothenberger. 2008. « Multicultural Assessment of Child and Adolescent Psychopathology with ASEBA and SDQ Instruments: Research Findings, Applications, and Future Directions ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 49, no 3 (mars), p. 251-275.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé [ANAES]. 2001. *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations*. Paris, France : ANAES.
- Agger, Inger, et Søren Buus Jensen. 1990. « Testimony as Ritual and Evidence in Psychotherapy for Political Refugees ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 3, no 1, p. 115-130.
- Ahearn, Friedrich L. Jr., et Jean L. Athey. 1991. *Refugee Children: Theory, Research, and Services. The Johns Hopkins Series in Contemporary Medicine and Public Health*. Baltimore (MD) : Johns Hopkins University Press.
- Ahmad, A., V. Sundelin-Wahlsten, M. A. Sofi, J. A. Qahar et A.-L. von Knorring. 2000. « Reliability and Validity of a Child-Specific Cross-Cultural Instrument for Assessing Posttraumatic Stress Disorder ». *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 9, p. 285-294.
- Ajdukovic, Marina, et Dean Ajdukovic. 1998. « Impact of Displacement on the Psychological Well-Being of Refugee Children ». *International Review of Psychiatry. Special Issue: Childhood Trauma*, vol. 10, no 3, p. 186-195.
- Albano, Anne-Marie, Patricia P. Miller, Roberto Zarate, Guylaine Cote et David H. Barlow. 1997. « Behavioral Assessment and Treatment of PTSD in Prepubertal Children: Attention to Developmental Factors and Innovative Strategies in the Case Study of a Family ». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 4, no 2, p. 245-262.
- Almqvist, Kjerstin, et Margareta Brandell-Forsberg. 1997. « Refugee Children in Sweden: Post-Traumatic Stress Disorder in Iranian Preschool Children Exposed to Organized Violence ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 21, no 4, p. 351-366.
- Almqvist, Kjerstin, et Anders G. Broberg. 1997. « Silence and Survival: Working with Strategies of Denial in Families of Traumatized Pre-School Children ». *Journal of Child Psychotherapy*, vol. 23, no 3 (déc.), p. 417-435

- Amaya-Jackson, Lisa, Victoria Reynolds, Mary Cathryn Murray, Gael McCarthy, Aimee Nelson, Mary Sue Cherney, Ruth Lee, Edna Foa et John S. March. 2003. « Cognitive-Behavioral Treatment for Pediatric Posttraumatic Stress Disorder: Protocol and Application in School and Community Settings ». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 10, no 3, p. 204-213.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry [AACAP]. 1998. « Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Special Practice Parameters*, vol. 37, no 10 (Suppl.), p. 4S-26S.
- American Psychiatric Association [APA]. 1987. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised*. Washington (DC) : APA.
- American Psychiatric Association [APA]. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition*. Washington (DC) : APA.
- American Psychiatric Association [APA]. 2000. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revised*. Washington (DC) : APA.
- American Psychiatric Association [APA]. 2003. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4^e édition., texte révisé*. Paris : Masson.
- American Psychiatric Association [APA]. 2004. *Mini DSM-IV-TR : Critères diagnostiques*. Paris : Masson.
- American Psychological Association. 2003. « Guidelines on Multicultural Education, Training, Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists. » *American Psychologist*, vol. 58, no 5 (mai), p. 377-402.
- Angel, Birgitta, Anders Hjern et David Ingleby. 2001. « Effects of War and Organized Violence on Children: A Study of Bosnian Refugees in Sweden ». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 71, no 1, p. 4-15.
- Athey, Jean L., et Frederick L. Ahearn Jr. 1991. « The Mental Health of Refugee Children: An Overview ». *Voir Ahearn et Athey*, 1991.
- Azima, Fern J. Cramer, et Natalie Grizenko (dir. de publ.). 2002. *Immigrant and Refugee Children and their Families: Clinical, Research, and Training Issues*. Madison, CT: International Universities Press, Inc.
- Bala, Julia. 2005. « Beyond the Personal Pain: Integrating Social and Political Concerns in Therapy with Refugees ». *Voir Ingleby*, 2005.

- Barrera, Manuel, Jr., et Felipe Gonzáles Castro. 2006. « A Heuristic Framework for the Cultural Adaptation of Interventions ». *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 13, no 4, p. 311-316.
- Barwick, Carmelina Losaria, Morton Beiser et Gary Edwards. 2002. « Refugee Children and their Families: Exploring Mental Health Risks and Protective Factors ». In, *Immigrant and Refugee Children and their Families: Clinical, Research, and Training Issues*, sous la dir. de Fern J. Cramer Azima et Natalie Grizenko, p. 37-63. Madison (CT) : International Universities Press, Inc.
- Başoğlu, Metin, M. Paker, Ö. Paker, E. Özmen, I. M. Marks, C. S. Incesu, D. Sahin et N. Sarimurat. 1994. « Psychological Effects of Torture: A Comparison of Tortured with Non-Tortured Political Activists in Turkey. *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, p. 76-81.
- Başoğlu, Metin, Solvig Ekblad, Sofie Bäärnhelm et Maria Livanou. 2004. « Cognitive-Behavioral Treatment of Tortured Asylum Seekers: A Case Study ». *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 18, no 3, p. 357-369.
- Beck, Aaron T., N. Epstein, G. Brown et R. A. Steer 1988. « An Inventory for Measuring Clinical Anxiety ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, p. 893-897.
- Beck, A., et R. Steer. 1987. *Manual for the Revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., C. H. Ward, M. Medelson, J. Mock et J. Erbaugh. 1961. « An Inventory for Measuring Depression ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 4, p. 561-571.
- Benjamin, L. S. 1974. « Structural Analysis of Social Behavior ». *Psychological Review*, vol. 81, p. 392-425.
- Bernal, Guillermo, Janet Bonilla et Carmen Bellido. 1995. « Ecological Validity and Cultural Sensitivity for Outcome Research: Issues for the Cultural Adaptation and Development of Psychosocial Treatments with Hispanics ». *Journal of Abnormal Child Psychology. Special Issue: Psychosocial Treatment Research*, vol. 23, no 1, p. 67-82.
- Bernal, Guillermo, María I. Jiménez-Chafey et Melanie M. Domenech Rodríguez. 2009. « Cultural Adaptation of Treatments: A Resource for Considering Culture in Evidence-Based Practice ». *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 40, no 4, p. 361-368.
- Berthiaume, Caroline. 2007. *Le trouble de stress post-traumatique chez les enfants: État des connaissances et examen de l'efficacité d'un traitement cognitivo-comportemental*

suite à un événement traumatique unique. Thèse de doctorat, Montréal, Université du Québec à Montréal, 278 p.

- Berthiaume, Caroline, Maxime Bériault et Lyse Turgeon. 2006. « L'état de stress post-traumatique chez les enfants : Manifestations et traitement ». *Voir Guay et Marchand*. 2006.
- Berthiaume, Caroline, Valérie Lafrance, Lyse Turgeon, Lucie Brousseau et André Marchand. 2003. *Programme Super l'Écureuil pour le traitement du TSPT chez les enfants*. Document inédit.
- Bevin, Teresa. 1999. « Multiple Traumas of Refugees – Near Drowning and Witnessing of Maternal Rape: Case of Sergio, age 9, and Follow-Up at Age 16 ». In *Play Therapy with Children in Crisis: Individual, Group, and Family Treatment (2nd ed.)*, Nancy Boyd Webb, p. 164-182. New York, NY: Guilford Press.
- Bichescu, Dana, Frank Neuner, Maggie Schauer et Thomas Elbert. 2007. « Narrative Exposure Therapy for Political Imprisonment-Related Chronic Posttraumatic Stress Disorder and Depression ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 45, no 9, p. 2212-2220.
- Birck, Angelika. 2001. « Torture Victims After Psychotherapy: A Two-Year Follow-Up ». *Torture*, vol. 11, no 2, p. 55-58.
- Birleson, P. 1981. « The Validity of Depressive Disorder in Childhood and the Development of a Self-Rating Scale: A Research Report ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 22, p. 703-788.
- Birman, Dina, Sarah Beehler, Emily Merrill Harris, Mary Lynn Everson, Karen Batia, Joan Liautaud, Stacy Frazier, Marc Atkins, Shanika Blanton, Johanna Buwalda, Louis Fogg et Elise Cappella. 2008. « International Family, Adult, and Child Enhancement Services (FACES): A Community-Based Comprehensive Services Model for Refugee Children in Resettlement ». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 78, no 1, p. 121-132.
- Birman, Dina, Joyce Ho, Emily, Pulley, Karen Batia, Mary Lynn Everson, Heidi Ellis, Theresa Stichick Betancourt et Angela Gonzalez. 2005. *Mental Health Interventions for Refugee Children in Resettlement. White Paper II from the National Child Traumatic Stress Network Refugee Trauma Task Force*. Récupéré de : www.NCTSN.net
- Blake, Dudley D., Frank W. Weathers, Linda M. Nagy, Danny G. Kaloupek, Dennis S. Charney et Terence M. Keane. 1996. *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV: Current and Lifetime Diagnostic Version*. National Center for Posttraumatic Stress Disorder. Boston : Behavioral Science Division, VA Medical Center.

- Boehnlein, James K., J. David Kinzie, Utako Sekiya, Crystal Riley, Kenya Pou et Bethany Rosborough. 2004. « A Ten-Year Treatment Outcome Study of Traumatized Cambodian Refugees ». *Journal of Nervous and Mental Disorders*, vol. 192, no 10, p. 658-663.
- Bolton, Derek, Dominic O'Ryan, Orlee Udwin, Stephanie Boyle et William Yule. 2000. « The Long-Term Psychological Effects of a Disaster Experienced in Adolescence: II: General Psychopathology ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 41, no 4, p. 513-523.
- Briere, John, et Marsha Runtz. 1989. « The Trauma Symptom Checklist (TSC-33). Early Data on a New Scale ». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 4, p. 151-163.
- Brillon, Pascale. 2004. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique : Guide à l'intention des thérapeutes*. Montréal (Qc) : Éditions Québecor.
- Brown, Laura. S. 2008. *Cultural Competence in Trauma Therapy: Beyond the Flashback*. Washington : American Psychological Association.
- Brown, Timothy A., Peter A. DiNardo et David H. Barlow. 1994. *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, New York : Center for Stress and Anxiety Disorders, University at Albany.
- Castro, Felipe Gonzalez., et Eduardo Hernandez Alarcón. 2002. « Integrating Cultural Variables Into Drug Abuse Prevention and Treatment with Racial/Ethnic Minorities ». *Journal of Drug Issues. Special Issue: The "Common Ground, Common Goals, Common Language" Conference: An Exercise in Coconstructing Knowledge*, vol. 32, no 3, p. 783-810.
- Catani, Claudia, Nadja Jacob, Elisabeth Schauer, Mahendran Kohila et Frank Neuner. 2008. « Family Violence, War, and Natural Disasters: A Study of the Effect of Extreme Stress on Children's Mental Health in Sri Lanka ». *BMC Psychiatry*, vol. 8, no 33.
- Catani, Claudia, Mahendran Kohiladevy, Martina Ruf, Elisabeth Schauer, Thomas Elbert et Frank Neuner. 2009. « Treating Children Traumatized by War and Tsunami: A Comparison Between Exposure Therapy and Meditation-Relaxation in North-East Sri Lanka ». *BMC Psychiatry*, vol. 9, p. 22.
- Cavic, Tamara, et Mirko Pejovic. 2005. « Evaluation of Group Cognitive Psychotherapy of Post-Traumatic Stress Disorder ». *Psihijatrija Danas*, vol. 37, no 2, p. 315-322.
- Chaloult, Louis. 2008. *La thérapie cognitivo-comportementale, théorie et pratique*. Montréal, Québec, Canada : Gaëtan Morin Éditeur.
- Chambers, William J., Joaquim Puig-Antich, Michelle Hirsch, Patricio Paez, Paul J. Ambrosini, Mary Ann Tabrizi et Mark Davies. 1985. « The Assessment of Affective

- Disorders in Children and Adolescents by Semistructured Interview: Test-Retest Reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 42, no 7 (juillet), p. 696-702.
- Chambless, Dianne L., et Steven D. Hollon. 1998. « Defining Empirically Supported Therapies ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 66, p. 7-18.
- Chen, Eric C., Dhruvi Kakkad et Julie Balzano. 2008. « Multicultural Competence and Evidence-Based Practice in Group Therapy ». *Journal of Clinical Psychology*, vol. 64, no 11, p. 1261-1278.
- Choi, Carolyn Mi Hwan. 2007. *The Effects of the Modified CARING at Columbia Music Therapy Program on the Psychological Conditions of Refugee Adolescents from North Korea*. Ed. D., New York : Teachers College, Columbia University.
- Cienfuegos, Ana Julia, et Cristina Monelli. 1983. « The Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument ». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 53, p. 43-51.
- Cloitre, Marylene. 2009. « Effective Psychotherapies for Posttraumatic Stress Disorder: A Review and Critique ». *CNS Spectrums*, vol. 14, no 1, Supplement 1, p. 32-43.
- Coard, Stephanie I., Shani Foy-Watson, Catherine Zimmer et Amy Wallace. 2007. « Considering Culturally Relevant Parenting Practices in Intervention Development and Adaptation: A Randomized Control Trial of the Black Parenting Strengths and Strategies (BPSS) Program ». *The Counseling Psychologist*, vol. 35, p. 797-820.
- Cohen, Judith A., Lucy Berliner et John S. March. 2000. « Treatment of Children and Adolescents ». In *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, sous la dir. de Edna B. Foa et Terence M. Keane, p. 106-138. New York : Guilford Press.
- Cook, Alexandra, Joseph Spinazzola, Julian Ford, Cheryle Lanktree, Margaret Blaustein, Caryll Sprague, Marylene Cloitre, Ruth DeRosa, Rebecca Hubbard, Richard Kagan, Joan Liautaud, Karen Mallah, Erna Olafson et Bessel van der Kolk. 2007. « Complex Trauma in Children and Adolescents ». *Focal Point: Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, vol. 2, no 1, p. 4-8. Récupéré de www.NCTSNet.org.
- Cottraux, Jean. 2004. *Les thérapies comportementales et cognitives. 4e éd.* Paris : Masson.
- Crumlish, Niall, et Killian O'Rourke. 2010. « A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 198, no 4 (avril), p. 237-251.
- d'Ardenne, Patricia, Laura Ruaro, Leticia Cestari, Walid Fakhoury et Stefan Priebe. 2007. « Does Interpreter-Mediated CBT with Traumatized Refugee People Work? A

- Comparison of Patient Outcomes in East London ». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 35, no 3, p. 293-301.
- Deblinger, Esther, et Anne Hope Heflin. 1996. *Treating Sexually Abused Children and their Nonoffending Parents: A Cognitive Behavioral Approach*. Thousand Oaks (Calif.) : Sage Publications.
- De Coteaux, Tami, Jessiline Anderson et Debra Hope. 2006. « Adapting Manualized Treatments: Treating Anxiety Disorders Among Native Americans. *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 13, p. 304-309.
- Derluyn, Ilse, Cindy Mels, Ma Educ et Eric Broekaert. 2009. « Mental Health Problems in Separated Refugee Adolescents ». *Journal of Adolescent Health*, vol. 44, p. 291-297.
- Derogatis, L. R., et P. A. Cleary. 1977. « Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL-90: A Study in Construct Validation ». *Journal of Clinical Psychology*, vol. 33, p. 981-989.
- Derogatis Leonard R., Ronald S. Lipman, Karl Rickels, E. H. Uhlenhuth et Lino Covi. 1974. « The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A Self-Report Symptom Inventory ». *Behavioural Science*, vol. 19, no 1 (janvier), p. 1-15.
- Dionne, Frédérick. 2009. « Nouvelles avenues en thérapie comportementale et cognitive ». *Psychologie Québec*, vol. 26, no 6 (novembre), p. 20-24.
- Doherty, George W. 1999. « Cross-Cultural Counseling in Disaster Settings ». *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, vol. 3, no 2.
- Domenech-Rodríguez, Melanie et Elizabeth Wieling. 2005. « Developing Culturally Appropriate, Evidence-Based Treatments for Interventions with Ethnic Minority Populations ». In *Voices of Color: First-Person Accounts of Ethnic Minority Therapists*, sous la dir. de Mudita Rastogi et Elizabeth Wieling, p. 313-333. Thousand Oaks (CA): Sage Publications.
- Döpfner Manfred et Gerd Lehmkuhl. 2000. *DISYPS-KJ. Diagnostik-System für psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter nach ICD-10 und DSM-IV*, 2e éd. Bern : Hans Huber.
- Draguns, Juris G. 1996. « Ethnocultural Considerations in the Treatment of PTSD: Therapy and Service Delivery ». *Voir Marsella et al.* 1996.
- Drozdek, Boris, 1997. « Follow-Up Study of Concentration Camp Survivors from Bosnia-Herzegovina: Three Years Later ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 185, p. 690-694.

- Durkin, Michael E. 1993. « Major Depression and Post-Traumatic Stress Disorder Following the Coalinga and Chile Earthquakes ». In *Handbook of Post-Disaster Intervention*, sous la dir. de R. Allen, p. 405-420. Corte Madera (CA) : Select Press.
- Dwairy, Marwan, et Timothy D. Van Sickel. 1996. « Western Psychotherapy in Traditional Arabic Societies ». *Clinical Psychology Review*, vol. 16, no 3, p. 231-249.
- Dybdahl, Ragnhild. 2001. « Children and Mothers in War: An Outcome Study of a Psychosocial Intervention Program ». *Child Development*, vol. 72, no 4 (juillet/août), p. 1214-1230.
- Dyregrov, Atle, Leila Gupta, Rolf Gjestad et Eugenie Mukanoheli. 2000. « Trauma Exposure and Psychological Reactions to Genocide Among Rwandan Children ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 13, no 1, p. 3-21.
- Ehlers, Anke, et David M. Clark. 2000. « A Cognitive Model for Persistent PTSD ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 38, p. 319-345.
- Ehnholt, Kimberly A., Patrick A. Smith et William Yule. 2005. « School-Based Cognitive-Behavioural Therapy Group Intervention for Refugee Children who Have Experienced War-Related Trauma ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 10, no 2, p. 235-250.
- Ehnholt, Kimberly A, et William Yule. 2006. « Practitioner Review: Assessment and Treatment of Refugee Children and Adolescents who Have Experienced War-Related Trauma ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 47, no 12, p. 1197-1210.
- Eid, Jarle, Julian F. Thayer, et BJØRN H. Johnsen. 1999. « Measuring Post-Traumatic Stress: A Psychometric Evaluation of Symptom - And Coping Questionnaires Based on a Norwegian Sample ». *Scandinavian Journal of Psychology*, vol. 40, p. 101-108.
- Elkilit, Ask. 1992. « Om anvendelsen af Trail Making Test (TMT) som et neuropsykologisk screeningsinstrument ». *Nordisk Psykologi*, vol. 3, p. 234-236.
- Englund, Harri. 1998. « Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi ». *Social Science and Medicine*, vol. 46, no 9, p. 1165-1174.
- Evans, Barrie, et Betty Kaman Lee. 1998. « Culture and Child Psychology ». *Voir Kazarian et Evans*. 1998.
- Everly, George S. Jr, et Jeffrey T. Mitchell. 1999. *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention (2nd ed)*. Ellicott City, MD : Chevron Publishing Corporation.

- Fantino, Ana Marie, et Alice Colak. 2001. « Refugee Children in Canada: Searching for Identity ». *Child Welfare. Special Issue: International issues in child welfare*, vol. 80, no 5, p. 587-596.
- Fazel, Mina, Helen Doll et Alan Stein. 2009. « A School-Based Mental Health Intervention for Refugee Children: An Exploratory Study ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 14, no 2, p. 297-309.
- Fazel, Mina, Jeremy Wheeler et John Danesh. 2005. « Prevalence of Serious Mental Disorder in 7000 Refugees Resettled in Western Countries: A Systematic Review ». *Lancet*, vol. 365, no 9467, p. 1309-1314.
- Feldman, Elisabeth S. 2007. *Implementation of the Cognitive Behavioral Intervention for Trauma in Schools (CBITS) with Spanish-Speaking, Immigrant Middle-School Students: Is Effective, Culturally Competent Treatment Possible within a Public School Setting?* Thèse de doctorat, Madison (WI), University of Wisconsin-Madison, 147 p.
- First, Michael B., Miriam Gibbon, Robert L. Spitzer et Janet B. W. Williams. 1996. *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (version recherche 2.0). New York : Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, Edna B., et Terence M. Keane (dir. publ.). 2004. *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York : Guilford Press.
- Foa, Edna B. 1995. *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale [manual]*. Minneapolis, MN : National Computer Systems.
- Foa, Edna B., K. M. Johnson, N. C. Feeny et K. R. Treadwell. 2001. « The Child PTSD Symptom Scale : A Preliminary Examination of its Psychometric Properties ». *Journal of Clinical Child Psychology*, vol 30, p. 376-384.
- Foa, Edna B., Terence M. Keane et Matthew J. Friedman. 2004. *Effective Treatments for PTSD : Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York, NY, É-U : Guilford Press.
- Foa, Edna B., David S. Riggs, Constance V. Dancu et Barbara O. Rothbaum. 1993. « Reliability and Validity of a Brief Instrument for Assessing Post-Traumatic Stress Disorder ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 6, p. 459-473.
- Folkes, Crystal E. 2002. « Thought Field Therapy and Trauma Recovery ». *International Journal of Emergency Mental Health*, vol. 4, no 2, p. 99-104.

- Friedberg, Robert D., et Lori E. Crosby. 2001. *Therapeutic Exercises for Children: Professional Guide*. Sarasota (FL) : Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Frisch, Michael B., John Cornell, Michael Villanueva et Paul J. Retzlaff. 1992. « Clinical Validation of the Quality of Life Inventory. A Measure of Life Satisfaction for Use in Treatment Planning and Outcome Assessment ». *Psychological Assessment*, vol. 4, no 1 (mars), p. 92-101
- Fukuyama, Mary A. 2003. « Integrating Spirituality in Multicultural Counseling: "A Worldview" ». *Voir Harper et McFadden*. 2003.
- Giaconia, Rose M., Helen Z. Reinherz, Amy B. Silverman, Bilge Pakiz, Abbie Frost et Elaine Cohen. 1995. « Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a Community Population of Older Adolescents ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 34, no 10 (octobre), p. 1369-1380.
- Goenjian, Armen K., Ida Karayan, Robert S. Pynoos, Dzovag Minassian, Louis M. Najarian, Alan M. Steinberg et Lynn A. Fairbanks. 1997. « Outcome of Psychotherapy Among Early Adolescents After Trauma ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 154, no 4 (avril), p. 536-542.
- Goldstein, Richard D., Nina S. Wampler et Paul H. Wise. 1997. « War Experiences and Distress Symptoms of Bosnian Children ». *Pediatrics*, vol. 100, no 5, p. 873-878.
- Goodman, Robert. 1994. « A Modified Version of the Rutter Parent Questionnaire Including Extra Items on Children's Strengths: A Research Note ». *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 35, p. 1483-1494.
- Gorman, William. 2001. « Refugee Survivors of Torture: Trauma and Treatment ». *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 32, no 5, p. 443-451.
- Grant, Karen J., Arden Henley et Mary Kean. 2001. « The Journey After the Journey: Family Counselling in the Context of Immigration and Ethnic Diversity ». *Canadian Journal of Counselling*, vol. 35, no 1, p. 89-100.
- Grey, Nick, et Kerry Young. 2008. « Cognitive Behaviour Therapy with Refugees and Asylum Seekers Experiencing Traumatic Stress Symptoms ». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 36, no 1, p. 3-19.
- Griner, Derek, et Timothy B. Smith. 2006. « Culturally Adapted Mental Health Interventions: A Meta-Analytic Review ». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 43, no 4, p. 531-548.
- Grodin, Michael A., Linda Piwowarczyk, Derek Fulker, Alexander R. Bazazi et Robert B. Saper. 2008. « Treating Survivors of Torture and Refugee Trauma: A Preliminary

- Case Series Using Qigong and T'ai Chi ». *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 14, no 7, p. 801-806.
- Guarnaccia, Peter J., et Steven Lopez. 1998. « The Mental Health and Adjustment of Immigrant and Refugee Children ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 7, no 3, p. 537-553.
- Guay, Stéphane, et André Marchand (dir. de publ.). 2006. *Les troubles liés aux événements traumatiques : Dépistage, évaluation et traitements*. Montréal (Qué.) : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Gupta, Leila, et Catherine Zimmer. 2008. « Psychosocial Intervention for War-Affected Children in Sierra Leone ». *British Journal of Psychiatry*, vol. 192, no 3, p. 212-216.
- Halvorsen, Joar Øveraas, et Håkon Stenmark. 2010. « Narrative Exposure Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Tortured Refugees: A Preliminary Uncontrolled Trial ». *Scandinavian Journal of Psychology*, Published online, vol. 4.
- Hamilton, Max A. 1960. « A Rating Scale for Depression ». *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 23, no 1 (février), p. 56-62.
- Hamilton, Max A. 1969. « A Diagnosis and Rating Scale of Anxiety ». *British Journal of Psychiatry, Special Publication*, vol. 3, p. 76-79.
- Harding, T. W., M. V. de Arango, J. Baltazar, C. E. Climent, H. H. Ibrahim, L. Ladrigo-Ignacio, et al. 1980. « Mental Disorders in Primary Health Care: A study of their Frequency and Diagnosis in Four Developing Countries ». *Psychological Medicine*, vol. 10, no 2, p. 231-241.
- Harper, Frederick D., et John McFadden (dir. de publ.). 2003. *Culture and Counseling: New Approaches*. New York: Allyn & Bacon.
- Harris, David Allan. 2007. « Dance/Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience and Recovery among African Adolescent Torture Survivors ». *Torture*, vol. 17, no 2, p. 134-155.
- Hasanović, Mevludin, Šehaveta Srabović, Munevera Rasidović, Mirela Šehović, Emir Hasanbašić, Jasminka Husanović et Renata Hodžić. 2009. « Psychosocial Assistance to Students with Posttraumatic Stress Disorder in Primary and Secondary Schools in Post-War Bosnia Herzegovina ». *Psychiatry Danub*, vol. 21, no 4, p. 463-473.
- Hauff, Edvard, et Per Vaglum. 1994. « Chronic Posttraumatic Stress disorder in Vietnamese Refugees: A Prospective Community Study of Prevalence, Course, Psychopathology, and Stressors ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 182, no 2, p. 85-90.

- Hays, Pamela A. 2006. « Introduction: Developing Culturally Responsive Cognitive-Behavioral Therapies ». In Pamela A. Hays et Gayle Y. Iwamasa (dir. de publ.), *Culturally Responsive Cognitive-Behavioral Therapy: Assessment, Practice, and Supervision*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Hays, Pamela A. 2008. *Addressing Cultural Complexities in Practice: Assessment, Diagnosis, and Therapy (2e éd.)*. Washington : American Psychological Association.
- Herbst, Patricia R. 1992. « From Helpless Victim to Empowered Survivor: Oral History as a Treatment for Survivors of Torture ». *Women and Therapy. Special Issue: Refugee Women and their Mental Health: Shattered Societies, Shattered Lives: I*, vol. 13, no 1-2, p. 141-154.
- Herman, Judith Lewis. 1992. *Trauma and Recovery*. New York : Basic Books.
- Higgins, Julian P. T., et Sally Green (2006). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.6 [mis à jour en septembre 2006]. The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK, John Wiley & Sons, Ltd.
- Hinton, Devon E., Dara Chhean, Vuth Pich, Steven A. Safren, Stefan G. Hofmann et Mark H. Pollack. 2005. « A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavior Therapy for Cambodian Refugees with Treatment-Resistant PTSD and Panic Attacks: A Cross-Over Design ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 18, no 6, p. 617-629.
- Hinton, Devon E., Stefan G. Hofmann, Mark H. Pollack et Michael W. Otto. 2009. « Mechanisms of Efficacy of CBT for Cambodian Refugees with PTSD: Improvement in Emotion Regulation and Orthostatic Blood Pressure Response ». *CNS Neuroscience & Therapeutics. Special Issue: Anxiety Disorders in Cross-Cultural Perspective*, vol. 15, no 3, p. 255-263.
- Hinton, Devon E., Thang Pham, Mihn Tran, Steven A. Safren, Michael W. Otto et Mark H. Pollack. 2004. « CBT for Vietnamese Refugees With Treatment-Resistant PTSD and Panic Attacks: A Pilot Study ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 17, no 5 (octobre), p. 429-433.
- Hinton, Devon E., Vith Pich, Dara Chhean, Steven A. Safren et Marc H. Pollack. 2006. « Somatic-Focused Therapy for Traumatized Refugees: Treating Posttraumatic Stress Disorder and Comorbid Neck-Focused Panic Attacks Among Cambodian Refugees ». *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. Special Issue: Culture, Race, and Ethnicity in Psychotherapy*, vol. 43, no 4, p. 491-505.
- Hinton, Devon E., Steven A. Safren, Mark H. Pollack et Ming Tran. 2006. « Cognitive-Behavior Therapy for Vietnamese Refugees with PTSD and Comorbid Panic Attacks ». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 13, no 4, p. 271-281.

- Hinton, Devon E., Kin Um et Phalnarith Ba. 2001a. « Kyol Goeu ('Wind Overload') Part I: A Cultural Syndrome of Orthostatic Panic Among Khmer Refugees ». *Transcultural Psychiatry*, vol. 33, no 4, p. 403-432.
- Hinton, Devon E., Kin Um et Phalnarith Ba. 2001b. « Kyol Goeu ('Wind Overload') Part II: Prevalence, Characteristics, and Mechanisms of Kyol Goeu and Near-Kyol Goeu Episodes of Khmer Patients Attending a Psychiatric Clinic ». *Transcultural Psychiatry*, vol. 38, no 4, p. 433-460.
- Hodes, Matthew. 1998. « Refugee Children May Need a Lot of Psychiatric Help ». *British Medical Journal*, vol. 316, p. 793-794.
- Hodes, Matthew. 2000. « Psychological Distressed Refugee Children in the United Kingdom ». *Child Psychology and Psychiatry Review*, vol. 5, no 2, p. 57-68.
- Hodes, Matthew, et A. Diaz-Caneja. 2007. « Treatment Options for Young People and Refugees with Post-Traumatic Stress Disorder II ». In A. A. Hosin (Ed.), *Responses to Traumatized Children* (pp. 40-65). Hampshire, Angleterre : Pelgrave Macmillan Publishers.
- Hofmann, Stefan G. 2006. « The Importance of Culture in Cognitive and Behavioral Practice ». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 13, p. 243-245.
- Holmqvist, Rolf, Kjell Andersen, Tanvir Anjum et Birgitta Alinder. 2006. « Change in Self-Image and PTSD Symptoms in Short-Term Therapies with Traumatized Refugees ». *Psychoanalytic Psychotherapy*, vol. 20, no 4, p. 251-265.
- Horowitz, Mardi, Nancy Wilner et William Alvarez. 1979. « The Impact of Events Scale: A measure of Subjective Stress ». *Psychosomatic Medicine*, vol. 41, no 3 (mai), p. 209-218.
- Howard, Matthew, et Matthew Hodes. 2000. « Psychopathology, Adversity, and Service Utilization of Young Refugees ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 39, no 3, p. 368-377.
- Huey, Stanley J. Jr., et Antonio J. Polo. 2008. « Evidence-Based Psychosocial Treatments for Ethnic Minority Youth ». *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. Special Issue: Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents: A Ten Year Update*, vol. 37, no 1, p. 262-301.
- Hwang, Wei-Chin, et Jeffrey J. Wood. 2007. « Being Culturally Sensitive is Not the Same as Being Culturally Competent ». *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, vol. 3, no 3, p. 44-50.

- Hwang, Wei-Chin, Jeffrey J. Wood, Keh-Ming Lin et Freda Cheung. 2006. « Cognitive-Behavioral Therapy with Chinese Americans: Research, Theory, and Clinical Practice ». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 13, p. 293-303.
- Ingleby, David (dir. publ.). 2005. *Forced Migration and Mental Health: Rethinking the Care of Refugees and Displaced Persons*. New York : Springer Sciences + Business Media.
- Institut de la Statistique du Québec [ISQ]. 2008. *Le bilan démographique du Québec, édition 2008*. Récupéré le 27/04/2009 de www.stat.gouv.qc.ca.
- Interian, Alejandro, et Angélica M. Díaz-Martínez. 2007. « Considerations for Culturally Competent Cognitive-Behavioral Therapy for Depression with Hispanic Patients ». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 14, no 1, p. 84-97.
- Jaffa, Tony. 1996. « Case Report: Severe Trauma in a Teenage Refugee ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 1, no 3, p. 347-351.
- Janoff-Bulman, Ronnie. 1989. « Assumptive Worlds and the Stress of Traumatic Events: Application of the Schema Construct ». *Social Cognition*, vol. 7, no 2 (été), p. 113-136.
- Janoff-Bulman, Ronnie. 1992. *Shattered Assumptions: Toward a new Psychology of Trauma*. New York : Free Press.
- Jeppsson, Olle, et Anders Hjern. 2005. « Traumatic Stress in Context: A Study of Unaccompanied Minors from Southern Sudan ». Voir Ingleby. 2005.
- Johnston, Craig, Martin J. Dorahy, Deyra Courtney, Terry Bayles et Maria O’Kane. 2009. « Dysfunctional Schema Modes, Childhood Trauma and Dissociation in Borderline Personality Disorder ». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 40, no 2 (juin), p. 248-255.
- Jaycox, Lisa H., Bradley D. Stein, Sheryl H. Kataoka, Marleen Wong, Arlene Fink, Pia Escudero et Catalina Zaragoza. 2002. « Violence Exposure, PTSD, and Depressive Symptoms among Recent Immigrant School Children ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 41, p. 1104-1110.
- Joseph Steve, Bernice Andrews, Ruth Williams et William Yule. 1992. « Crisis Support and Psychiatric Symptomatology in Adult Survivors of the Jupiter Cruise Ship Disaster ». *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 31, no 1 (février), p. 63-73.
- Kataoka, Sheryl H., Bradley D. Stein, Lisa H. Jaycox, Marleen Wong, Pia Escudero, Wenli Tu, Catalina Zaragoza et Arlene Fink. 2003. « A School-Based Mental Health Program for Traumatized Latino Immigrant Children ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 42, no 3, p. 311-318.

- Kaufman, Joan, Boris Birmaher, David Brent, Uma Rao, Cynthia Flynn, Paula Moreci, Douglas Williamson et Neil Ryan. 1997. « Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, no 7, p. 980-988.
- Kazarian, Shahé S., et David R. Evans (dir. publ.). 1998. *Cultural Clinical Psychology: Theory, Research, and Practice*. New York: Oxford University Press.
- Keane, Terence M., Juesta M. Caddell et Kathryn L. Taylor. 1988. « The Mississippi Scale for Combat-Related PTSD: Three Studies in Reliability and Validity ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 56, no 1 (février), p. 85-90.
- Khamis, Vivian. 2005. « Post-Traumatic Stress Disorder Among School Age Palestinian Children ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 29, p. 81-95.
- Kinzie, J. David, Keith Cheng, Jenny Tsai et Crystal Riley. 2006. « Traumatized Refugee Children: The Case for Individualized Diagnosis and Treatment ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 194, no 7, p. 534-537.
- Kinzie, J. David, et William H. Sack. 2002. « The Psychiatric Disorders Among Cambodian Adolescents: The Effects of Severe Trauma ». *Voir Azima et Grizenko*. 2002.
- Kinzie, J. David, William H. Sack, Richard H. Angell, Greg Clarke et Ben Rath. 1989. « A Three-Year Follow-Up of Cambodian Young People Traumatized as Children ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 28, no 4, p. 501-504.
- Kinzie, J. David, William H. Sack, Richard H. Angell, Spero M. Manson et Ben Rath. 1986. « The Psychiatric Effects of Massive Trauma on Cambodian Children: I. The Children ». *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, vol. 25, no 3, p. 370-376.
- Kirmayer, Laurence J. 1996. « Confusion of the Senses: Implications of Ethnocultural Variations in Somatoform and Dissociative Disorders for PTSD ». *Voir Marsella et al.* 1996.
- Kohn, Laura P., Tatia Oden, Ricardo F. Muñoz, Ayinka Robinson et Daria Leavitt. 2002. « Adapted Cognitive Behavioral Group Therapy for Depressed Low-Income African American Women ». *Community Mental Health Journal*, vol. 38, no 6, p. 497-504.
- Kohn-Wood, Laura, Glenetta Hudson et Erin T. Graham. 2008. « Ethnic Minorities ». In *Adapting Cognitive Therapy for Depression: Managing Complexity and Comorbidity*, sous la dir. de Mark A. Whisman, p. 351-372. New York : Guilford Press.

- Kovacs, Maria. 1992. *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems.
- Kruse, Johannes, Ljiljana Joksimovic, Majda Cavka, Wolfgang Wöller et Norbert Schmitz. 2009. « Effects of Trauma-Focused Psychotherapy Upon War Refugees ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 22, no 6, p. 585-592.
- Kumpfer, Karol L., Rose Alvarado, Paula Smith et Nikki Bellamy. 2002. « Cultural Sensitivity and Adaptation in Family-Based Prevention Interventions ». *Prevention Science*, vol. 3, no 3, p. 241-246.
- Kumpfer, Karol L., Methinin Pinyuchon, Ana Teixeira de Melo et Henry O. Whiteside. 2008. « Cultural Adaptation Process for International Dissemination of the Strengthening Families Program ». *Evaluation and the Health Professions*, vol. 31, no 2, p. 226-239.
- Larouche, Michel. 2009. « La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience ». *Psychologie Québec*, vol. 26, no 6 (novembre), p. 33-35.
- Layne, Christopher M., Robert S. Pynoos, William R. Saltzman, Mary Black, Tatjana Popovik, Mirjana Mušić, Nermin Djapo, Ryan Houston, Nihada Campara, Elvira Durakovic, Nadezda Savjak et Berina Arslanagić. 2001. « Trauma/Grief-Focused Group Psychotherapy: School-Based Postwar Intervention with Traumatized Bosnian Adolescents ». *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, vol. 5, no 4, p. 277-290.
- Layne, Christopher, William R. Saltzman, Nadezda Savjak et Robert S. Pynoos. *Trauma/Grief-Focused Group Psychotherapy Manual*. Sarajevo, Bosnie : UNICEF Bosnia and Hercegovina.
- Lau, Anna S. 2006. « Making the Case for Selective and Directed Cultural Adaptations of Evidence-Based Treatments: Examples from Parent Training ». *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 13, no 4, p. 295-310.
- Lewis, Marva L., et Chandra Ghosh Ippen. 2004. « Rainbows of Tears, Souls Full of Hope: Cultural Issues Related to Young Children and Trauma ». In *Young Children and Trauma: Intervention and Treatment*, sous la dir. de Joy D. Osofsky, p. 11-46. New York : Guilford Press.
- Loughry, Maryanne, et Eirini Flouri. 2001. « The Behavioral and Emotional Problems of Former Unaccompanied Refugee Children 3-4 Years After their Return to Vietnam ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 25, no 2, p. 249-263.
- Lustig, Stuart L., Maryam Kia-Keating, Wanda Grant-Knight, Paul Geltman, Heidi Ellis, Dina Birman, J. David Kinzie, Terence Keane et Glenn N. Saxc. 2004. « Review of Child and Adolescent Refugee Mental Health. White Paper from the National Child

- Traumatic Stress Network Refugee Trauma Task Force ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 43, no 1, p. 24-36.
- Lustig, Stuart L., et Lakshika Tennakoon. 2008. « Testimonials, Narratives, Stories, and Drawings: Child Refugees as Witnesses ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 17, no 3 (juillet), p. 569-584.
- Lustig, Stuart L., Stevan M. Weine, Glenn N. Saxe et William R. Beardslee. 2004. « Testimonial Psychotherapy for Adolescent Refugees: A Case Series ». *Transcultural Psychiatry*, vol. 41, no 1, p. 31-45.
- Maksoud, M. 1993. *Helping Children Cope With the Stress of War: A Manual for Parents and Teachers*. New York: UNICEF.
- Marsella, Anthony J., Matthew J. Friedman, E. T. Gerrity et R.M. Scurfield (dir. publ.). 1996. *Ethnocultural Aspects of Posttraumatic Stress Disorder: Issues, Research and Clinical Applications*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Marshall, Randall D., et Eun Jung Suh. 2003. « Contextualizing Trauma: Using Evidence-Based Treatments in a Multicultural Community After 9/11 ». *Psychiatric Quarterly*, vol. 74, no 4, p. 401-420.
- Mayo, Julia A. 1991. « Culture Adaptive Therapy: A Role for the Clinical Sociologist in a Mental Health Setting ». In Howard M. Rebach et John G. Bruhn (dir. de publ.), *Handbook of Clinical Sociology*, p. 309-322. New York: Plenum Press.
- McCabe, Kristen M., May Yeh, Ann F. Garland, Anna S. Lau et Gloria Chavez. 2005. « The GANA Program: A Tailoring Approach to Adapting Parent Child Interaction Therapy for Mexican Americans ». *Education and Treatment of Children*, vol. 28, no 2, p. 111-129.
- Meiser-Stedman, Richard. 2002. « Towards a Cognitive-Behavioral Model of PTSD in Children and Adolescents ». *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 5, no 4, p. 217-232.
- Mghir, Rim, Wendy Freed, Allen Raskin et Wayne Katon. 1995. « Depression and Posttraumatic Stress Disorder Among a Community Sample of Adolescent and Young Adult Afghan Refugees ». *Journal of Nervous & Mental Disease*, vol. 183, no 1, p. 24-30.
- Miller, Kenneth E., Madhur Kulkarni et Hallie Kushner. 2006. « Beyond Trauma-Focused Psychiatric Epidemiology: Bridging Research and Practice with War-Affected Populations ». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 76, no 4, p. 409-422.
- Möhlen, Heike, Peter Parzer, Franz Resch et Romuald Brunner. 2005. « Psychosocial Support for War-Traumatized Child and Adolescent Refugees: Evaluation of a Short-

- Term Treatment Program ». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 39, no 1-2, p. 81-87.
- Mollica, Richard F., Y. Caspi-Yavin, P. Bollini, T. Truong, S. Tor et James Lavelle. 1992. « The Harvard Trauma Questionnaire ». *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180, p. 111-116.
- Mollica, Richard F., Charles Poole, Linda Son, Caroline C. Murray et S. Tor. 1997. « Effects of War Trauma on Cambodian Refugee Adolescents' Functional Health and Mental Health Status ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 36, no 8, p. 1098-1106.
- Mollica, Richard F., Narcisa Sarajlic, Miriam Chernoff, James Lavelle, Iria Sarajlic Vukovic et Michael P. Massagli. 2001. « Longitudinal Study of Psychiatric Symptoms, Disability, Mortality, and Emigration among Bosnian Refugees ». *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 286, no 5, p. 546-554.
- Muller, Julia, Anke Karl, Claudia Denke, Fabienne Mathier, Jennifer Dittmann, Nicolas Rohleder et Christine Knaevelsrud. 2009. « Biofeedback for Pain Management in Traumatized Refugees ». *Cognitive Behaviour Therapy*, vol. 38, no 3, p. 184-190.
- Muroff, Jordana. 2007. « Cultural Diversity and Cognitive-Behavior Therapy ». In *Cognitive Behavior Therapy in Clinical Social Work Practice*, sous la dir. de Tammie Ronen et Arthur Freeman, p. 109-146. New York : Springer Publishing Company.
- Murray, Linda K., Judith A. Cohen, Heidi B. Ellis et Anthony Mannarino. 2008. « Cognitive Behavioral Therapy for Symptoms of Trauma and Traumatic Grief in Refugee Youth ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 17, no 3, p. 585-604.
- Nader, Kathleen O., Robert S. Pynoos, Lynn A. Fairbanks, M. al-Ajeel et A. al-Asfour. 1993. « A Preliminary Study of PTSD and Grief Among the Children of Kuwait Following the Gulf Crisis ». *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 32 (novembre), p. 407-416.
- Najarian, Louis M., Armen K. Goenjian, David Pelcovitz, Francine Mandel et Berj Najarian. 2001. « The Effect of Relocation after a Natural Disaster ». *Journal of Traumatic Stress*, vol. 14, no 3, p. 511-526.
- National Institute for Clinical Excellence [NICE]. 2005. « Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care (National Clinical Practice Guideline Number 26) ». Gaskell and the British Psychological Society. En ligne. <www.nice.org.uk>. Consulté le 19 mai 2008.
- Neuner, Frank, Silke Kurreck, Martina Ruf, Michael Odenwald, Thomas Elbert et Maggie Schauer. 2010. « Can Asylum-Seekers With Posttraumatic Stress Disorder Be

- Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study ». *Cognitive Behaviour Therapy*, vol. 39, no 2, p. 81-91.
- Neuner, Frank, Lamaro P. Onyut, Verena Ertl, Michael Odenwald, Elisabeth Schauer et Thomas Elbert. 2008. « Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 76, no 4, p. 686-694.
- Neuner, Frank, Maggie Schauer, Christine Klaschik, Unni Karunakara et Thomas Elbert. 2004. « A Comparison of Narrative Exposure, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 72, no 4, p. 579-587.
- Neuner, Frank, Maggie Schauer, Walton T. Roth et Thomas Elbert. 2002. « A Narrative Exposure Treatment as Intervention in a Macedonia's Refugee Camp: A Case Report ». *Journal of Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 30, p. 211-215.
- Neveu, Cristel, et Frédérick Dionne. 2009. « La thérapie d'acceptation et d'engagement – Une approche novatrice ». *Psychologie Québec*, vol. 26, no 6 (novembre), p. 29-31.
- Nicholl, Catherine, et Andrew Thompson. 2004. « The Psychological Treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in Adult Refugees: A Review of the Current State of Psychological Therapies ». *Journal of Mental Health*, vol. 13, no 4, p. 351-362.
- Nicolas, Guerda, Diana L. Arntz, Bridget Hirsch et Alexis Schmiedigen. 2009. « Cultural Adaptation of a Group Treatment for Haitian American Adolescents ». *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 40, no 4, p. 378-384.
- Nieves-Grafals, Sara. 2001. « Brief Therapy of Civil War-Related Trauma: A Case Study ». *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 7, no 4, p. 387-398.
- Nwoye, Augustine. 2006. « A Narrative Approach to Child and Family Therapy in Africa ». *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, vol. 28, no 1, p. 1-23.
- O'Callaghan, C. 2008. « Lullament: Lullaby and Lament Therapeutic Qualities Actualized Through Music Therapy ». *American Journal of Hospice and Palliative Care*, vol. 25, no 2, p. 93-99.
- Onyut, Lamaro, Frank Neuner, Elisabeth Schauer, Verena Ertl, Michael Odenwald, Maggie Schauer et Thomas Elbert. 2005. « Narrative Exposure Therapy as a Treatment for Child War Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: Two Case Reports and a Pilot Study in an African Refugee Settlement ». *BMC Psychiatry*, vol. 5, no 1.
- Onyut, Lamaro, Frank Neuner, Elisabeth Schauer, Verena Ertl, Michael Odenwald, Maggie Schauer et Thomas Elbert. 2004. « The Nakivale Camp Mental Health Project:

- Building Local Competency for Psychological Assistance to Traumatized Refugees ». *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work and Counselling in Areas of Armed Conflict*, vol. 2, no 2 (juin), p. 90-107.
- Oras, Reet, Susana Cancela de Ezpeleta et Abdulbaghi Ahmad. 2004. « Treatment of Traumatized Refugee Children with Eye Movement Desensitization and Reprocessing in a Psychodynamic Context ». *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 58, no 3, p. 199-203.
- Ordre des Psychologues du Québec [OPQ] (2009, 28 septembre). [Communication personnelle par courriel avec M. David St-Cyr, Coordonnateur aux communications].
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. 1992. *CIM-10/ICD-10. Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement. Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*. Paris : Masson.
- O'Shea, Bridget, Matthew Hodes, Gwynneth Down et John Bramley. 2000. « A School-Based Mental-Health Service for Refugee Children ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 5, no 2, p. 189-201.
- Osterman, Janet E., et Joop T. V. M. de Jong. 2007. « Cultural Issues and Trauma ». In *Handbook of PTSD: Science and Practice*, sous la dir. de Matthew J. Friedman, Terrence M. Keane et Patricia A. Resick, p. 425-446. New York : Guilford Press.
- Otto, Michael W., Devon Hinton, Nicole B. Korbly, Andrea Chea, Phalnarith Ba, Beth S. Gershuny, Mark H. Pollack. 2003. « Treatment of Pharmacotherapy-Refractory Posttraumatic Stress Disorder among Cambodian Refugees: A Pilot Study of Combination Treatment with Cognitive-Behavior Therapy vs. Sertraline Alone ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 41, no 11, p. 1271-1276.
- Paardekooper, B., J. T. V. M. de Jong et J. M. A. Hermanns. 1999. « The Psychological Impact of War and the Refugee Situation on South Sudanese Children in Refugee Camps in Northern Uganda: An Exploratory Study ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 40, no 4 (mai), p. 529-536.
- Palic, Sabina, et Ask Elklit. 2009. « An Explorative Outcome Study of CBT-Based Multidisciplinary Treatment in a Diverse Group of Refugees from a Danish Treatment Centre for Rehabilitation of Traumatized Refugees ». *Torture*, vol. 19, no 3, p. 248-270.
- Palic, Sabina, et Ask Elklit. 2010. « Psychosocial Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adult Refugees: A Systematic Review of Prospective Treatment Outcome Studies and a Critique ». *Journal of Affective Disorders*, non publiée.
- Pantic, Zdenka. 1998. « Integrative Gestalt Group Therapy with Refugee Children ». In *War Victims, Trauma and the Coping Process. Armed Conflict in Europe and Survivor*

Responses, Libby Tata Arcel. Copenhagen: International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT).

- Papageorgiou, V., A. Frangou-Garunovic, R. Jordanidou, William Yule, Patrick Smith et Panos Vostanis. 2000. « War Trauma and Psychopathology in Bosnian Refugee Children ». *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 9, no 2, p. 84-90.
- Parson, Erwin Randolph. 1996. « "It Takes a Village to Heal a Child": Necessary Spectrum of Expertise and Benevolence by Therapists, Non-Governmental Organizations, and the United Nations in Managing War-Zone Stress in Children Traumatized by Political Violence ». *Journal of Contemporary Psychotherapy*, vol. 26, no 3, p. 251-286.
- Paunovic, Nenad. 2002. « Prolonged Exposure Counterconditioning (PEC) as a Treatment for Chronic Post-Traumatic Stress Disorder and Major Depression in an Adult Survivor of Repeated Child Sexual and Physical Abuse ». *Clinical Case Studies*, vol. 1, no 2, p. 148-169.
- Paunovic, Nenad, et Lars-Göran Öst. 2001. « Cognitive-Behavior Therapy vs Exposure Therapy in the Treatment of PTSD in Refugees ». *Behaviour Research and Therapy*, vol. 39, no 10, p. 1183-1197.
- Pederson, Paul B. 2003. « Increasing the Cultural Awareness, Knowledge, and Skills of Culture-Centered Counselors ». *Voir Harper et Mcfadden.* 2003.
- Pederson, Paul B., Juris G. Draguns, Walter J. Lonner et Joseph E. Trimble (dir. publ.). 2002. *Counseling Across Cultures (5^e éd.)*, Thousand Oaks, (CA) : Sage Publications.
- Peltonen, Kirsi, et Raija-Leena Punamaki. 2010. « Preventive Interventions Among Children Exposed to Trauma of Armed Conflict: A Literature Review ». *Aggressive Behavior*, vol. 36, no 2, p. 95-116.
- Peltzer, Karl. 2001. « An Integrative Model for Ethnocultural Counseling and Psychotherapy of Victims of Organized Violence ». *Journal of Psychotherapy Integration*, vol. 11, no 2, p. 241-262.
- Perrin, Sean, Patrick Smith et William Yule. 2000. « Practitioner Review: The Assessment and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 41, no 3, p. 277-289.
- Persson, T. J., et Cécile Rousseau. 2009. « School-Based Interventions for Minors in War-Exposed Countries: A Review of Targeted and General Programmes ». *Torture*, vol. 19, no 2, p. 88-101.

- Petticrew, Mark, et Helen Roberts. 2006. *Systematic Reviews in the Social Sciences: A Practical Guide* : Malden Blackwell Publishing
- Pifalo, Terri. 2007. « Jogging the Cogs: Trauma-Focused Art Therapy and Cognitive Behavioral Therapy with Sexually Abused Children ». *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, vol. 24, no 4, p. 170-175.
- Priebe, Stefan, Jelena Jankovic-Gavrilovic, Aleksandra Matanov, Tanja Franciskovic, Goran Knezevic, Damir Ljubotina, Alma Bravo Mehmedbasic et Matthias Schützwohl. 2010. « Treatment Outcomes and Costs at Specialized Centers for the Treatment of PTSD After the War in Former Yugoslavia ». *Psychiatric Services*, vol. 61, no 6, p. 598-604.
- Priebe, S., P. Huxley, S. Knight et S. Evans. 1999. « Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) ». *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 45, no 1, p. 7-12.
- Pynoos Robert S., Calvin Frederick et Kathy Nader. 1987. « Life Threat and Posttraumatic Stress in School-Age Children ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, no 12, p. 1057-1063.
- Pynoos Robert S., Ned Rodriguez, Alan Steinberg, Margaret L. Stuber et Calvin Frederick. 1998. *UCLA PTSD Index for DSM-IV*.
- Qouta, Samir, Raija-leena Punamäki et Eyad El Sarraj. 2005. « Mother-Child Expression of Psychological Distress in War Trauma ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 10, no 2, p. 135-156.
- Raval, Hitesh. 2005. « Being Heard and Understood in the Context of Seeking Asylum and Refuge: Communicating with the Help of Bilingual Co-Workers ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 10, no 2, p. 197-217.
- Regel, Stephen, et Peter Berliner. 2007. « Current Perspectives on Assessment and Therapy with Survivors of Torture: The Use of a Cognitive Behavioural Approach ». *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, vol. 9, no 3, p. 289-299.
- Reiss, Steven, et Richard J. McNally. 1985. « The Expectancy Model of Fear ». In *Theoretical Issues in Behavior Therapy*, sous la dir. de Steven Reiss et Richard R. Bootzin (Éds.), p. 107-121. New York : Academic Press.
- Renner, Walter. 2009. « The Effectiveness of Psychotherapy with Refugees and Asylum Seekers: Preliminary Results from an Austrian Study ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, vol. 11, no 1, p. 41-45.

- Resick, Patricia A., et Monica K. Schnicke. 1993. *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims: A Treatment Manual*. Interpersonal Violence: The Practice Series, vol. 4. Thousand Oaks, CA, É-U : Sage Publications, Inc.
- Reynolds Cecil R., et Randy W. Kamphaus. 2004. *Behavior Assessment System for Children-II*. Circle Pines, MN : American Guidance Services.
- Reynolds, Cecil R., et Bert O Richmond. 1978. « What I Think and Feel: A Revised Measure of Children's Manifest Anxiety ». *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 6, no 2, p. 271-280.
- Rojas-Flores, Lisseth, Charmaine Lowe et Sofia Herrera. 2006. « Using Empirically Supported Parenting Programs to Guide Interventions with Disadvantaged and Ethnically/Racially Diverse Parents ». *Journal of Psychology and Christianity*, vol. 25, no 3, p. 245-250.
- Rothe, Eugenio M., Hector Castillo-Matos et Ruben Busquets. 2002. « Posttraumatic Stress Symptoms in Cuban Adolescent Refugees During Camp Confinement ». In *Adolescent Psychiatry: Developmental and Clinical Studies, Vol. 26. Annals of the American Society for Adolescent Psychiatry*, sous la dir. de Lois T. Flaherty, p. 97-124. Hillsdale, (NJ) : Analytic Press, Inc.
- Rousseau, Cécile. 1993-94. « The Place of the Unexpressed: Ethics and Methodology for Research with Refugee Children ». *Canada's Mental Health* (hiver), p. 12-16.
- Rousseau, Cécile. 1995. « The Mental Health of Refugee Children ». *Transcultural Research Review*, vol. 32, p. 299-331.
- Rousseau, Cécile, et Aline Drapeau. 1998. « Parent-Child Agreement on Refugee Children's Psychiatric Symptoms: A Transcultural Perspective ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 37, no 6, p. 629-636.
- Rousseau, Cécile, et Aline Drapeau. 2000. « Scholastic Achievement of Adolescent Refugees from Cambodia and Central America ». *Adolescence*, vol. 35, no 138, p. 243-258.
- Rousseau, Cécile, et Jaswant Guzder. 2008. « School-Based Prevention Programs for Refugee Children ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, vol. 17, no 3, p. 533-549.
- Rousseau, Cécile, et Nicole Heusch. 2000. « The Trip: A Creative Expression Project for Refugee and Immigrant Children ». *Art Therapy*, vol. 17, no 1, p. 31-39.
- Sabin, Miriam, Barbara Lopez Cardozo, Larry Nackerud, Reinhard Kaiser et Luis Varese. 2003. « Factors Associated With Poor Mental Health Among Guatemalan Refugees Living in Mexico 20 Years After Civil Conflict ». *Journal of the American Medical Association*, vol. 290, no 5 (août), p. 635-642.

- Sack, William H., Gregory N. Clarke, Chanrithy Him, Dan Dickason, Brian Goff, Kathleen Lanham et J. David Kinzie. 1993. « A 6-Year Follow-Up Study of Cambodian Refugee Adolescents Traumatized as Children ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 32, no 2, p. 431-437.
- Sack, William H., Gregory N. Clarke, Ronald Kinney, Georgia Belestos, Chanrithy Him et Jon Seeley. 1995. « The Khmer Adolescent Project II: Functional Capacities in Two Generations of Cambodian Refugees ». *Journal of Nervous and Mental Diseases*, vol. 183, no 3 (mars) : p. 177-181.
- Sack, William H., Chanrithy Him et Dan Dickason. 1999. « Twelve-Year Follow-Up Study of Khmer Youths who Suffered Massive War Trauma as Children ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, no 9, p. 1173-1179.
- Sack, William H., John R. Seeley et Gregory N. Clarke. 1997. « Does PTSD Transcend Cultural Barriers? A Study from the Khmer Adolescent Refugee Project ». *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 36, no 1, p. 49-54.
- Saigh, Philip. A., Anastasia E. Yasik, William H. Sack et Harold S. Koplewicz. 1999. « Child-Adolescent Posttraumatic Stress Disorder: Prevalence, Risk Factors, and Comorbidity ». In *Posttraumatic Stress Disorder: A Comprehensive Text*, sous la dir. de Philip. A. Saigh et J. Douglas Bremner, p. 18-43. Needham Heights (MA): Allyn & Bacon.
- Schauer, Elisabeth. 2008. *Trauma Treatment for Children in War: Build-up of an Evidence-Based Large-Scale Mental Health Intervention in North-Eastern Sri-Lanka*. Thèse de doctorat, Konstanz, Université de Konstanz en Allemagne.
- Schauer, Elisabeth, Frank Neuner et Thomas Elbert (dir. publ.). 2005. *Narrative Exposure Therapy: A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders After War, Terror, or Torture*. Cambridge (MA) : Hogrefe & Huber Publishers.
- Schauer, Elisabeth, Frank Neuner, Thomas Elbert, Verena Ertl, Lamaro P. Onyut, Michael Odenwald et Maggie Schauer. 2004. « Narrative Exposure Therapy in Children: A Case Study ». *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, vol. 2, no 1, p. 18-32.
- Scheeringa, Michael S., et Theodore J. Gaensbauer. 2000. « Posttraumatic Stress Disorder ». In Charles H. Zeanah Jr. (dir. de publ.), *Handbook of Infant Mental Health* (2e éd.), p. 369-381. New York, NY: Guilford Press.
- Scheeringa, Michael S., et Charles H. Zeanah. 1995. « Symptom Expression and Trauma Variables in Children under 48 Months of Age ». *Infant Mental Health Journal. Special Issue: Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Infants and Young Children*, vol. 16, no 4, p. 259-270.

- Schei, Berit, et Solveig Dahl. 1999. « The Burden Left my Heart: Psycho-Social Services Among Refugee Women in Zenica and Tuzla, Bosnia-Herzegovina During the War ». *Women and Therapy*, vol. 22, no 1, p. 139-151.
- Schulz, Priscilla M., Christian L. Huber et Patricia A. Resick. 2006. « Practical Adaptations of Cognitive Processing Therapy with Bosnian Refugees: Implications for Adapting Practice to a Multicultural Clientele ». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 13, p. 310-321.
- Schulz, Priscilla M., Davorka Marovic-Johnson et Christian L. Huber. 2006. « Cognitive-Behavioral Treatment of Rape- and War-Related Posttraumatic Stress with a Female, Bosnian Refugee ». *Clinical Case Studies*, vol. 5, no 3, p. 191-208.
- Schulz, Priscilla M., Patricia A. Resick, Christian L. Huber, Michael G. Griffin. 2006. « The Effectiveness of Cognitive Processing Therapy for PTSD with Refugees in a Community Setting ». *Cognitive and Behavioral Practice*, vol. 13, p. 322-331.
- Scott, W., et J. Dua. 1999. « Development of a Scale to Assess Post-Traumatic Stress Disorder ». *International Journal of Stress Management*, vol. 6, p. 149-165
- Séguin-Sabouraud, Aurore. 2006. « Les modèles cognitivo-comportementaux de l'état de stress post-traumatique : Considérations théoriques ». *Voir Guay et Marchand*. 2006.
- Servan-Schreiber, David, Brigitte Le Lin et Boris Birmaher. 1998. « Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder in Tibetan Refugee Children ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 37, no 8, 874-879.
- Shaffer, David, Madelyn S. Gould, James Brasic, Paul Ambrosini, Prudence Fisher, Hector Bird et Satwant Aluwahlia. 1983. « A Children's Global Assessment Scale (CGAS) ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 40, no 11 (nov.), p. 1228-1231.
- Smith, Patrick, Atle Dyregrov, William Yule, Sean Perrin, Rolf Gjestad et Leila Gupta. 2000. *Children and War: Teaching Recovery Techniques*. Bergen (Norvège) : Children and War Foundation. Obtenu par www.childrenandwar.org.
- Smith, Patrick, Sean Perrin, Atle Dyregrov et William Yule. 2003. « Principal Components Analysis of the Impact of Events Scale with Children in War ». *Personality and Individual Differences*, vol. 34, p. 315-322.
- Smith, Patrick, Sean Perrin et William Yule. 1999. « Cognitive Behaviour Therapy for Post Traumatic Stress Disorder ». *Child Psychology and Psychiatry Review*, vol. 4, no 4, p. 177-182.

- Smith, Patrick, Sean Perrin, William Yule, et Sophia Rabe-Hesketh. 2001. « War Exposure and Maternal Reactions in the Psychological Adjustment of Children from Bosnia-Herzegovina ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 42, no 3, p. 395-404.
- Spielberger, Charles D., Richard L. Gorsuch et Robert E. Lushene. 1970. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, Californie : Consulting Psychologists Press.
- Stæhr, Mia Antoni. 2001. « Psykoedukation med Kosovo Albanske flygtningebørn: En effektundersøgelse af et program til forebyggelse af alvorlige psykiske belastningsreaktioner = [Psychoeducation with Kosovo Albanian Refugee Children: An Examination of the Effects of a Program for the Prevention of Serious Psychological Stress Reactions] ». *Psyke og Logos*, vol. 22, no 1, p. 127-146.
- Stallard, Paul. 2003. « A Retrospective Analysis to Explore the Applicability of the Ehlers and Clark (2000) Cognitive Model to Explain PTSD in Children ». *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, vol. 31, no 3, p. 337-345.
- Steiker, Lori K. Holleran, Felipe González Castro, Karol Kumpfer, Flavio Francisco Marsiglia, Stephanie Coard et Laura M. Hopson. 2008. « A Dialogue Regarding Cultural Adaptation of Interventions ». *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, vol. 8, no 1, p. 154-162.
- Stein, Bradley D., Lisa H. Jaycox, Sheryl H. Kataoka, Marleen Wong, Wenli Tu, Marc N. Elliott et Arlene Fink. 2003. « A Mental Health Intervention for Schoolchildren Exposed to Violence: A Randomized Controlled Trial ». *JAMA: Journal of the American Medical Association*, vol. 290, no 5, p. 603-611.
- Stepakoff, Shanee Hubbard , Jon Katoh, Maki Falk, Erika Mikulu, Jean-Baptiste Nkhoma Potiphar et Omagwa Yuvenalis. 2006. « Trauma Healing in Refugee Camps in Guinea: A Psychosocial Program for Liberian and Sierra Leonean Survivors of Torture and War ». *American Psychologist*, vol. 61, no 8, p. 921-932.
- Straker, Gillian, et F. Moosa. 1988. « Post-Traumatic Stress Disorder: A Reaction to State-Supported Child Abuse and Neglect ». *Child Abuse and Neglect*, vol. 12, no 3, p. 383-395.
- Sue, Derald Wing, et David Sue. 2003. *Counseling the Culturally Diverse: Theory and Practice (4^e éd.)*. New York : John Wiley & Sons.
- Sue, Stanley, Diane C. Fujino, Li-tze Hu, David T. Takeuchi et Nolan W. S. Zane. 1991. « Community Mental Health Services for Ethnic Minority Groups: A Test of the Cultural Responsiveness Hypothesis ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, no 4, p. 533-540.

- Summerfield, Derek. 2000. « Childhood, War, Refugeedom and "Trauma": Three Core Questions for Mental Health Professionals ». *Transcultural Psychiatry*, vol. 37, no 3, p. 417-433.
- Taylor, Steven, William J. Koch et Richard J. McNally. 1992. « How does Anxiety Sensitivity Vary Across the Anxiety Disorders? ». *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 6, no 3, p. 249-259.
- Terr, Lenore C. 1983. « Chowchilla Revisited ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 140, p. 1543-1550
- Terr, Lenore C. 1995. *Childhood Traumas: An Outline and Overview*. New York: Plenum Press.
- Thabet, Abdel Aziz Mousa, Yehia Abed et Panos Vostanis. 2004. « Comorbidity of PTSD and Depression Among Refugee Children During War Conflict ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 45, no 3, p. 533-542.
- Thabet, Abdel Aziz Mousa, et Panos Vostanis. 1999. « Post-Traumatic Stress Reactions in Children of War ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 40, no 3, p. 385-391.
- Toukmanian, Shaké G., & Brouwers, Melissa C. 1998. « Cultural Aspects of Self-Disclosure and Psychotherapy ». *Voir Kazarian et Evans*. 1998.
- Thabet, Abdel Aziz Mousa, Panos Vostanis et K. Karim. 2005. « Group Crisis Intervention for Children During Ongoing War Conflict ». *European Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 14, no 5, p. 262-269.
- Tousignant, Michel, Emmanuel Habimana, Colette Biron, Claire Malo, Esther Sidoli-LeBlanc et Naiema Bendris. 1999. « The Quebec Adolescent Refugee Project: Psychopathology and Family Variables in a Sample from 35 Nations ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 38, no 11, p. 1426-1432.
- Turner, Karen M., Mary Richards et Matthew R. Sanders. 2007. « Randomised Clinical Trial of a Group Parent Education Programme for Australian Indigenous Families ». *Journal of Paediatrics and Child Health*, vol. 43, no 6, p. 429-437.
- United Nations High Commissionner for Refugees (UNHCR). 1951. *Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés*. Récupéré le 17/11/2008 de <http://www.unhcr.fr>.
- United Nations High Commissionner for Refugees (UNHCR). 2008a. *Asylum Levels and Trends in Industrialized Countries, First Half 2008: Statistical Overview of Asylum Applications Lodged in 38 European and 6 Non-European Countries*. Récupéré le 27/04/2009 de <http://www.unhcr.org/>.

- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). 2008b. *La planification d'une santé mentale optimale : Comment traiter les traumatismes des réfugiés?* Récupéré le 15/12/2008 de <http://unhcr.org/>.
- van der Kolk, Bessel A. 2005. « Developmental Trauma Disorder : Toward a rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories ». *Psychiatric Annals*, vol. 35, no 5 (mai), p. 401-408.
- Vernberg, Eric M., et Craig Johnston. 2001. « Developmental Considerations in the Use of Cognitive Therapy for Posttraumatic Stress Disorder ». *Journal of Cognitive Psychotherapy. Special Issue: Developmental Parameters for Cognitive Therapy with Youth*, vol. 15, no 3, p. 223-237.
- Vickers, Bea. 2005. « Cognitive Model of the Maintenance and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder Applied to Children and Adolescents ». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 10, no 2, p. 217-234.
- Watson, Charles G., Marc P. Juba, Victor Manfred, Teresa Kucala et Patricia E. D. Anderson. 1991. « The PTSD Interview: Rationale, Description, Reliability and Concurrent Validity of a DSM III Based Technique ». *Journal of Clinical Psychology*, vol. 2, p. 179-210.
- Ware, John E., Kristin K. Snow, Mark Kosinski et Barbara Gandek. 1993. *SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston : Nisural Press.
- Weathers, W. Frank, Terence M. Keane et Jonathan R. T. Davidson. 2001. « Clinician-Administered PTSD Scale: A Review of the First Ten Years of Research ». *Depression and Anxiety*, vol. 13, no 3, p. 132-156.
- Weine, Stevan M., Daniel F. Becker, Thomas H. McGlashan, Dolores Vojvoda, Stephen Hartman et Judith P. Robbins. 1995. « Adolescent Survivors of "Ethnic Cleansing": Observations on the First Year in America ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 34, no 9, p. 1153-1159.
- Weine, Stevan M., et Schuyler W. Henderson. 2005. « Rethinking the Role of Posttraumatic Stress Disorder in Refugee Mental Health Services ». In *Trends in Posttraumatic Stress Disorder Research*, sous la dir. de Thomas A. Corales, p. 157-183. Hauppauge (NY) : Nova Science Publishers.
- Weine, Stevan M., Yasmina Kulauzovic, Alma Klebic, Sanela Besic, Aida Mujagic, Jasmina Muzurovic, Dzemila Spahovic, Stanley Sclove, Ivan Pavkovic, Suzanne Feetham et John S. Rolland. 2008. « Evaluating a Multiple-Family Group Access Intervention for Refugees with PTSD ». *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 34, no 2, p. 149-164.

- Weine, Stevan M., Alma Dzubur Kulenovic, Ivan Pavkovic et Robert Gibbons. 1998. « Testimony Psychotherapy in Bosnian Refugees: A Pilot Study ». *American Journal of Psychiatry*, vol. 155, no 12, p. 1720-1726.
- Weiss, Daniel S., et Charles R. Mamar. 1997. « The Impact of Events Scale-Revised ». In John P. Wilson et Terence M. Keane, *Assessing Psychological Trauma and PTSD* (p. 399-411). New York: The Guilford Press.
- Westermeyer, Joseph. 1991. « Psychiatric Services for Refugee Children: An Overview ». In *Refugee Children: Theory, Research, and Services. The Johns Hopkins Series in Contemporary Medicine and Public Health*, sous la dir. de Frederick L. Ahearn Jr. et Jean L. Athey, p. 127-162. Baltimore, (MD) : Johns Hopkins University Press.
- Whaley, Arthur L., et King E. Davis. 2007. « Cultural Competence and Evidence-Based Practice in Mental Health Services: A Complementary Perspective ». *American Psychologist*, vol. 62, no 6, p. 563-574.
- White-Baughan, Jennifer Lynn. 1990. « The Effects of a Problem-Solving Intervention with Educational Videos on Symptoms of Posttraumatic Stress in a Sample of Cambodian Refugees [these doctorale] ». *California School of Professional Psychology*, San Diego, vol. 211.
- Wilson, Melvin N., Di-Ann G. Phillip, Laura P. Kohn et Judith A. Curry-El. 1995. « Cultural Relativistic Approach Toward Ethnic Minorities in Family Therapy ». In Joseph F. Aponte, Robin Young Rivers et Julian Wohl (dir. de publ.), *Psychological Interventions and Cultural Diversity*, p. 92-108. Needham Heights, MA, É-U : Allyn and Bacon.
- Winter, Kathy A., et Marta Y. Young. 1998. « Biopsychosocial Considerations in Refugee Mental Health ». *Voir Kazarian et Evans. 1998.*
- Woodcock, Jeremy. 2000. « Refugee Children and their Families: Theoretical and Clinical Perspectives ». In *Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents*, sous la dir. de Kedar Nath Dwivedi, p. 213-239. London, (Angleterre) : Whurr Publishers.
- World Health Organization [WHO]. 1997. *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Genève, Suisse : WHO.
- Yehuda, Rachel. 2003. « Changes in the Concept of PTSD and Trauma ». *Psychiatric Times*, vol. 20, no 4, p. 1-2. Récupéré de <http://www.psychiatrictimes.com/>
- Ying, Yu-Wen. 2001. « Psychotherapy with Traumatized Southeast Asian Refugees ». *Clinical Social Work Journal*, vol. 29, no 1, p. 65-78.
- Yule, William. 1998. « Posttraumatic Stress Disorder in Children and its Treatment ». In *Children of Trauma: Stressful Life Events and Their Effects on Children and*

Adolescents. International Universities Press Stress and Health Series, Monograph 8, sous la dir. de Thomas W. Miller, p. 219-243. Madison, (CT): International Universities Press.

Yule, William. 2001. « Posttraumatic Stress Disorder in the General Population and in Children ». *Journal of Clinical Psychiatry. Special Issue: Understanding Posttraumatic Stress Disorder*, vol. 62 (Suppl17), p. 23-28.

Yule, William, Derek Bolton, Orlee Udwin, Stephany Boyle, Dominic O'Ryan et Julie Nurrish. 2000. « The Long-Term Psychological Effects of a Disaster Experienced in Adolescence: I: The Incidence and Course of PTSD ». *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, vol. 41, no 4, p. 503-511.

Živić, Dražen. 1995. « Basic Demographic Characteristics of the Displaced Population from the Croatian East. » *Drustvena istrazivanja: Journal for General Social Issues*, vol. 6, no 2-3 (mars), p. 195-216.