

**Relations interpersonnelles dans le TSPT-C &
déviance de la norme culturelle et sociale :**
la perspective de psychothérapeutes dans le contexte d’asile en Suisse



Maîtrise universitaire ès sciences en psychologie clinique

Alder Isabella - Ezzakraoui Rania

Directrice : Dre Eva Heim

Experte : Dre Felicia Dutray

Date de défense : 28.08.23

Remerciements

Ce travail a pu être réalisé grâce à un effort d'équipe impliquant différents acteurs, que nous souhaitons remercier.

Tout d'abord, nous tenons à exprimer notre gratitude envers l'équipe de recherche dirigée par Eva Heim, qui nous a permis d'approfondir et d'étudier un sujet qui nous intéresse profondément et que nous souhaitons également aborder en dehors du cadre académique.

Nous remercions particulièrement la Professeure Heim pour sa direction et sa présence tout au long de ce travail d'analyse. Nous tenons également à remercier chaleureusement Nadine et Marion pour leur disponibilité, leur soutien constant et le temps qu'elles nous ont accordé pour nourrir davantage nos réflexions d'analyse.

Nous exprimons également notre gratitude envers l'association Appartenances, où nous avons fait nos premiers pas en tant que psychologues cliniciennes et où nous avons eu l'occasion de rencontrer des thérapeutes experts en clinique, en psychiatrie transculturelle, qui ont su nous soutenir dans notre pratique clinique dans ce domaine stimulant.

Ce travail n'aurait pas pu être réalisé sans un travail continu de réflexion et de collaboration avec notre entourage. Nous remercions donc toutes les personnes avec lesquelles nous avons pu échanger sur notre sujet de recherche, partager des opinions et des doutes à ce sujet. Nous adressons particulièrement nos pensées aux personnes qui ont relu notre travail.

Il est également primordial pour nous de remercier les patients d'Appartenances ainsi que toutes les personnes en situation d'asile qui font face à des défis en arrivant dans notre pays. Leur expérience, sans aucun doute difficile à décrire, est tout aussi essentielle à prendre en considération dans la pratique clinique, et nous sommes profondément reconnaissantes d'avoir pu approfondir un sujet si actuel et important.

Résumé

Introduction : En janvier 2022, la CIM-11 a introduit le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C), qui comprend les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) accompagnés d'une désorganisation du soi (DSO) : altération du concept de soi, dérégulation émotionnelle et perturbation des relations interpersonnelles. Les variations culturelles dans la manifestation de ces symptômes restent à explorer.

Objectifs : Cette recherche s'intéresse au symptôme des relations interpersonnelles perturbées chez la population migrante en situation d'asile en Suisse (canton de Vaud), provenant de la région Moyen Orient et de l'Afrique du Nord (MOAN) et de la Corne d'Afrique.

Méthode : Notre approche est qualitative, axée sur le point de vue de certains psychothérapeutes d'une association vaudoise reconnue pour son expertise transculturelle. Dix entretiens semi-directifs ont été menés, abordant les critères diagnostiques du TSPT et du TSPT-C (basés sur le International Trauma Questionnaire, ITQ). Les questions du questionnaire ont permis aux participants d'approfondir leur compréhension et perception de la manifestation de ces symptômes dans la pratique clinique. Ensuite, une analyse thématique selon l'approche codebook telle que définie par Braun et Clarke (2006) a été réalisée.

Résultats : Les groupes culturels cibles présentent une psychopathologie marquée par la mise à distance d'autrui sur le plan cognitif et émotionnel, le retrait social et une dynamique collective altérée, résultant d'une déviance par rapport à la norme sociale et culturelle collectiviste. À l'échelle sociétale, différents facteurs, y compris structurels, compliquent le maintien des liens sociaux.

Conclusion : Ce travail de master confirme l'importance de la dimension culturelle dans la phénoménologie des troubles mentaux.

Mots clés : Psychopathologie transculturelle, TSPT, TSPT-C, psychothérapie, migration, traumatisme.

Table des matières

Introduction	4
1. Cadre théorique.....	6
1.1. Évolution des définitions cliniques post-traumatiques.....	6
1.2. TSPT et TSPT-C : définitions	6
1.3. Culture & TSPT-C	9
1.4. Culture, relations interpersonnelles et TSPT-C.....	17
1.5. Aspects structurels.....	24
1.6. État de la recherche	28
2. Problématique et questions de recherche.....	35
3. Méthodologie.....	36
3.1. Équipe de recherche et phases du projet	36
3.2. Accès au terrain	37
3.3. Entretiens semi-directifs.....	38
3.4. Éthique et gestion de données	39
3.5. Orientation méthodologique et analyse des données	40
3.6. La position des chercheuses	43
4. Résultats	46
4.1. Contexte	48
4.2. Symptomatologie	51
5. Discussion des résultats.....	62
5.1. Symptomatologie	63
5.2. Considérations générales et sommaires.....	72
6. Conclusion.....	73
6.1. À propos du sujet de recherche	73
6.2. À propos de la méthodologie : considérations et perspectives d'amélioration	74
6.3. Ouverture.....	77
7. Bibliographie.....	78
8. Annexes	99
A. Définition TSPT (DSM-5 ; CIM-11)	99
B. Informations démographiques et logistiques concernant les participants.....	102
C. Fiche d'information et déclaration de consentement	103
D. Grille d'entretien - thérapeutes.....	110
E. ITQ Questionnaire - version française	114
F. Règles de retranscription	118
G. Mindmap 1	121
H. Tableau d'analyse 1.....	122
I. Tableaux MAXQDA	123
J. Liste des figures et des tableaux.....	126

Note. Par souci de lisibilité, le masculin générique a été employé pour désigner les deux sexes.

Introduction

Ce travail de mémoire s'inscrit dans le cadre du Master en Psychologie Clinique de l'Université de Lausanne (UNIL) et aborde le trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT complexe ou TSPT-C, 6B41), tel que défini dans la Classification internationale des maladies (CIM-11) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le TSPT-C est un état psychopathologique résultant de traumatismes sévères et prolongés, avec des symptômes cliniques ayant un impact durable sur la qualité de vie de l'individu. En fait, selon la CIM-11, ce trouble comprend les symptômes du trouble de stress post-traumatique (TSPT) et les symptômes du trouble de l'auto-organisation (DSO) qui affectent les relations interpersonnelles, le fonctionnement par rapport à soi-même et la régulation émotionnelle, altérant considérablement la qualité de vie.

La recherche démontre la validité de ces deux diagnostics en tant que catégories diagnostiques distinctes (Brewin et al., 2017; Ho et al., 2020 ; Owczarek et al., 2020; Knefel et al., 2019; Knefel et al., 2020; Nickerson et al., 2016; cités dans Heim et al., 2022). Cependant, bien que les symptômes principaux du TSPT-C (DSO) puissent être considérés comme universels (de Jong et al. 2005), les variations culturelles dans leur expression et leur signification dans différents contextes culturels restent à explorer (Heim et al. 2022).

La perspective clinique de cette recherche met en avant l'importance d'intégrer le contexte social et culturel de l'individu dans la conceptualisation de la psychopathologie, considérant celle-ci comme une déviance par rapport aux normes sociales et culturelles (Maddux et al., 2019 ; Heim et al., 2022). Partant de ce postulat, la connaissance des appartenances culturelles des individus devient primordiale pour discerner ce qui est considéré comme normal de ce qui révèle de la catégorie pathologique.

Parmi les trois symptômes constitutifs du DSO, ce travail de recherche s'intéresse plus particulièrement à la perturbation des relations interpersonnelles. En élargissant la définition de la psychopathologie en tant que processus individuel (Moleiro, 2018), il devient possible d'approfondir la compréhension de l'expérience individuelle du traumatisme à travers les relations en considérant le contexte interpersonnel, social et culturel (Maercker & Horn, 2013 ; Chentsova-Dutton & Ryder, 2015).

Les représentations des relations interpersonnelles, en termes d'attentes et d'interactions avec autrui, sont également filtrées culturellement dans le contexte de la santé, tels que le soutien social et ses différentes formes selon les contextes culturels (Kim, et al.,

2008). En effet, l'appartenance culturelle peut influencer les processus psychologiques qui sous-tendent le lien entre les relations interpersonnelles et la santé (Cohen, 2004). Dans le cas du traumatisme, des études ont démontré que le soutien social peut être l'un des principaux prédicteurs du TSPT (Brewin et al., 2000 ; Ozer et al. 2003), et que les perceptions de celui-ci avant et après l'événement traumatique peuvent contribuer au développement du trouble (Cloitre et al., 2006). L'influence de la culture sur la manière d'appréhender le monde, les interactions sociales et la perception de la santé soulève ainsi le besoin d'approfondir les recherches dans le domaine du TSPT-C.

Par ailleurs, dans le contexte de la migration, souvent associée à la psychopathologie traumatique (Marsella & Ring, 2003 ; Schmitz, 2003 ; cités dans Marsella & Yamada, 2007), les aspects structurels et contextuels sont souvent liés à l'expérience de détresse chez l'individu (Womersley et al., 2017 ; Hauswirth et al., 2004). Face à ces difficultés, plusieurs dynamiques relationnelles dysfonctionnelles peuvent être attribuées également au système d'accueil, ce qui amène à questionner la légitimité des réactions vécues face au stress, que ce soit en lien avec l'expérience traumatique ou les conditions difficiles actuelles de l'asile.

Cette recherche se concentre principalement sur le contexte de l'asile en Suisse et sur la population de migrants du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MOAN) et de la Corne de l'Afrique, les principales régions d'origine des requérants d'asile selon le Secrétariat d'État aux migrations (SEM) au cours de l'année écoulée. En particulier, nous nous demandons comment le critère diagnostique des relations interpersonnelles perturbées du TSPT-C se manifeste dans cette population spécifique. En prenant en compte les aspects structurels du système d'accueil en Suisse, nous voulons également mieux appréhender la contribution des dimensions culturelles et structurelles au maintien du TSPT-C.

Le cadre théorique de ce mémoire de Master aborde les définitions des TSPT et TSPT-C ainsi que les concepts culturels pertinents pour comprendre leur symptomatologie et étiologie. Il s'intéresse également à la dimension culturelle des relations interpersonnelles et son impact sur le TSPT et le TSPT-C, ainsi que les facteurs structurels de l'asile en Europe et en Suisse. Finalement, nous présentons l'état de la recherche empirique actuelle concernant la perturbation des relations interpersonnelles dans le TSPT-C dans la région Moyen Orient et Afrique du Nord (MOAN) et en Afrique Subsaharienne, en mettant l'accent sur la Corne de l'Afrique.

1. Cadre théorique

1.1. Évolution des définitions cliniques post-traumatiques

L'histoire de l'intérêt pour l'expérience traumatique et ses conséquences en milieu clinique dans le contexte occidental est certainement ancienne. En 1889, Hermann Oppenheim introduit le terme de « Névrose traumatique » pour qualifier la symptomatologie des patients de la Charité (Berlin), travailleurs de chemin de fer ayant vécu des accidents graves. Pour Oppenheim, la cause de trouble se trouvait dans des changements biophysiques du système nerveux central. Charcot, remarquant les mêmes symptômes chez ses patients de la Salpêtrière (Paris), étudie le concept de la « névrose hystérique » et soutient que les symptômes fonctionnels observés résultent des traumatismes vécus. Au cours de la première guerre mondiale (1914-1918), l'intérêt pour le traumatisme augmente et Freud classe la névrose traumatique dans les névroses narcissiques. Suite à cela, la notion de choc des tranchées apparaît pour faire référence à la symptomatologie résultant de la guerre des tranchées. Lors de la 2^{ème} guerre mondiale (1939-1945), William C. Menninger utilise la notion d'usure au combat pour désigner la symptomatologie des soldats participant à la guerre. A cet égard, Raulin (2004) mentionne les travaux de Kardiner sur la "névrose de guerre" (*war neurosis*, p.70), publiés en 1941. Suivront les travaux issus de la collaboration entre Kardiner et Spiegel, publiés en 1947, dans lesquels ce terme sera transformé en "stress de guerre" (*war stress*, p.70). Suite au conflit au Vietnam, Raulin (2004) mentionne également l'évolution de ce terme en « trouble de stress post-traumatique » (*post-traumatic stress-disorder*, p.70). Ce n'est qu'en 1980 que l'American Psychiatric Association (APA) intègre le TSPT au DSM-III. La définition du terme est donc ancrée dans le contexte historique de la Première et de la Deuxième Guerre mondiale en Europe, puis dans les développements de l'après-guerre au Vietnam dans le contexte nord-américain.

1.2. TSPT et TSPT-C : définitions

Le TSPT n'est pas seulement défini dans le DSM (dernière version, DSM-5), mais aussi dans la CIM-11. Ce trouble est défini dans les manuels comme spécifiquement associé au stress (voir annexe A pour une définition complète issue des deux manuels diagnostics). Dans la CIM-11, le TSPT est classé dans les troubles spécifiquement associés au stress (6B40), alors que dans le DSM-5, il fait partie des troubles liés aux traumatismes ou à des facteurs de stress (309.81). Dans les deux définitions, le point clé qui conduit au

développement de ce trouble est le fait d'avoir vécu un événement traumatisant et particulièrement stressant, conduisant l'individu à une situation dans laquelle sa sécurité physique est menacée (que ce soit au niveau interpersonnel ou à la suite de catastrophes naturelles). Dans la définition de la CIM-11, le diagnostic de TSPT comprend trois symptômes de base : la reviviscence de l'événement traumatique (via des reviviscences, des flashbacks ou des cauchemars intrusifs) ; l'évitement des pensées, des souvenirs, des personnes ou des situations qui rappellent l'événement ou les événements ; et un état d'hypervigilance.

En ce qui concerne la cadence et la fréquence de l'événement traumatique, Herman (1992) a été la première à parler de stress post-traumatique complexe, étendant le TSPT avec une couche supplémentaire de symptômes chez les survivants d'une victimisation prolongée et répétée. Pour l'auteur, les simples symptômes de TSPT ne suffisaient pas à définir le tableau symptomatique des personnes qui subissent des traumatismes sur une longue période et de manière répétée. À l'époque, elle préconisait l'introduction d'un tel syndrome pour prévenir "*the misunderstanding of survivors, a misunderstanding shared by the general society and the mental health professions alike*" (p. 388), c'est-à-dire l'incompréhension des survivants, considérée comme un malentendu partagé tant par la société en général que par les professions de santé mentale" [notre traduction].

Depuis janvier 2022, ce nouveau trouble a été introduit dans la CIM-11 (mais pas dans le DSM-5), appelé trouble de stress post-traumatique complexe (TSPT-C, 6B41) dont la définition est la suivante :

“Le trouble de stress posttraumatique complexe (TSPT complexe) est un trouble qui peut apparaître après une exposition à un événement ou à une série d'événements de nature extrêmement menaçante ou terrifiante, le plus souvent prolongés ou à des événements répétitifs dont il est difficile ou impossible de s'échapper (p. ex. torture, esclavage, campagnes de génocide, violence domestique prolongée, abus sexuel ou maltraitance physique sur des enfants). Tous les critères de diagnostic du TSPT sont satisfaits. En outre, le TSPT complexe se caractérise de façon sévère et persistante par 1) des problèmes de régulation de l'affect ; 2) l'impression d'être diminué, vaincu ou inutile, accompagnée de sentiments de honte, de culpabilité ou d'échec en lien avec l'événement traumatique ; et 3) des difficultés à entretenir les relations et à se sentir proche des autres. Ces symptômes entraînent une déficience significative dans les

domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants." (CIM-11, 6B41)

Le TSPT-C est un état psychopathologique qui comprend la présence de symptômes cliniques en réponse à des expériences traumatiques graves, prolongé dans le temps et dont il est presque impossible de s'échapper. Selon la CIM-11, le TSPT-C regroupe les symptômes du TSPT ainsi que les troubles de l'organisation du soi (*DSO – disturbances in self-organisation*) qui incluent des perturbations au niveau des relations interpersonnelles, une altération du fonctionnement par rapport à soi-même et une dérégulation des affects. Ce trouble se distingue du TSPT par le fait que le traumatisme se répète dans le temps, ce qui induit des symptômes cliniques persistants, affectant par exemple les croyances et les attitudes de l'individu envers lui-même et les autres, ainsi que ses interactions avec autrui. L'ensemble complexe des symptômes implique des perturbations émotionnelles, cognitives et comportementales pouvant considérablement altérer la qualité de vie de l'individu affecté.

Par ailleurs, une étude de Nickerson et al. (2016) démontre dans un échantillon de réfugiés en Suisse la validité d'une structure factorielle bi-dimensionnelle du TSPT-C (TSPT + DSO), ce qui est particulièrement pertinent pour la validité interculturelle du diagnostic. Néanmoins, les auteurs mettent en évidence des résultats spécifiques à cette population concernant l'expression de la psychopathologie, suggérant ainsi un rôle des injonctions culturelles et sociales (voir section phénoménologie à la page 15).

D'autres recherches ont également validé la construction diagnostique du TSPT-C (Brewin et al., 2017; Ho et al., 2020 ; Owczarek et al., 2020; Knepfel et al., 2019; Knepfel et al., 2020; cités dans Heim et al., 2022). Toutefois, les résultats de l'étude de Nickerson et al. (2016) mettent en évidence la nécessité de mieux comprendre comment ces symptômes sont exprimés et interprétés dans différents contextes culturels.

L'introduction de ce trouble dans la CIM-11 est une évolution importante dans la tentative de compréhension et de reconnaissance des conséquences psychologiques des traumatismes complexes. Le fait que ce diagnostic soit reconnu dans le manuel international CIM-11 mais pas encore dans le DSM-5, le manuel de référence notamment dans la communauté psychiatrique américaine, soulève des questions importantes quant aux implications pour la pratique clinique et la recherche dans le domaine de la psychopathologie liée aux traumatismes.

Étant donné l'introduction récente de ce diagnostic, des recherches supplémentaires s'avèrent donc nécessaires pour combler les lacunes de connaissances existantes. Comme l'ont souligné Heim et al. (2022), les symptômes principaux du TSPT-C, notamment ceux du DSO, pourraient présenter des variations culturelles, leur expression variant d'un groupe culturel à l'autre. En tenant compte des concepts culturels liés à l'identité et à la régulation des émotions et des relations interpersonnelles, cela permettrait une appréhension plus approfondie de ce trouble et offrirait une vision plus exhaustive de l'expérience individuelle.

1.3. Culture & TSPT-C

Le terme de culture est difficile à définir de manière unanime. En effet, dans la littérature, il est défini d'innombrables fois et selon diverses approches. Dans ce mémoire, il n'est pas question de définir la culture, mais plutôt de s'appuyer sur cette dimension d'analyse comme élément pour mieux comprendre la phénoménologie clinique.

1.3.1. Définitions : Collectivisme & Concept de soi

La dimension culturelle joue un rôle important dans la manière dont les gens pensent et se comportent ainsi que leurs attentes quant aux comportements d'autrui en contexte social (Hofstede et al., 1997; Markus & Kitayama, 1991). Selon Campos et Kim (2017), la culture a donc un impact sur diverses dimensions comme le concept de soi indépendant ou interdépendant (Markus & Kitayama, 1991), la valeur donnée aux vécus émotionnels et leurs expressions (Tsai et al., 2006; Butler et al., 2009; Hirsch, 2003; Sabogal et al., 1987), l'acceptation de la différence de pouvoir (Hofstede et al., 1997) ou encore la mobilité relationnelle (Schug et al., 2010). Cette conception permet de prendre en compte l'intrication de la culture avec les relations sociales et la psychopathologie.

L'un des moyens de définir la dimension culturelle est certainement de considérer l'existence de différents types de sociétés (individualistes et collectivistes) (Hofstede et al., 1997) et la manière de conceptualiser le soi au sein de celles-ci. En effet, le concept de soi peut différer selon l'appartenance culturelle. Nous considérons que dans les cultures individualistes (occidentales) le concept de soi est indépendant, tandis que dans les cultures collectivistes le concept de soi est interdépendant (Markus & Kitayama, 2010). Ainsi, les aspects centraux de la construction du soi indépendant sont des aspects privés comme les habiletés, les pensées et les émotions, alors que des aspects publics comme les rôles sociaux, les relations sociales ou le statut sont au cœur de la construction du soi interdépendant (Markus & Kitayama, 1991). D'une part, les enjeux majeurs du soi indépendant sont

l'expression du soi, la réalisation du potentiel interne et la promotion de ses buts, tandis que pour le soi interdépendant il s'agit d'assurer une appartenance au groupe, d'occuper sa place, effectuer les bonnes actions, et de promouvoir les buts des autres. D'autre part, pour le soi indépendant, autrui sert à l'évaluation de soi et à la comparaison sociale ou sert de moyen à atteindre son but mais pour le soi interdépendant, les relations avec les autres sont comprises dans la définition de soi et sont une fin en soi (Markus & Kitayama, 1991, 1994).

En ce qui concerne les différents types de sociétés, il est important de souligner les aspects déterminants des relations interpersonnelles. Ici, nous développons les enjeux normatifs sociaux attrayants aux sociétés individualistes et aux différentes variantes du collectivisme.

Les sociétés occidentales (Europe ou Amérique du Nord) sont considérées individualistes et comportent une mobilité relationnelle élevée (Schug et al., 2010). En effet, la famille constitue l'entité d'origine des relations et se renouvelle à travers la formation de couple (Coontz, 2005). Ainsi, les individus adoptent des pratiques sociales favorisant l'indépendance du soi comme passer moins de temps avec sa famille nucléaire à l'adolescence ou déménager afin de poursuivre ses études ou travailler. Dans ce contexte, les personnes sélectionnent leur partenaire ou leur profession selon leurs préférences personnelles (Campos & Kim, 2017). Ainsi, les personnes ont le libre choix de créer ou mettre fin à une relation.

Afin de faciliter et maintenir de bonnes relations sociales, les actions qui renforcent le soi comme l'expression de ses émotions ou la divulgation sont favorisées (Schug et al., 2010). En effet, selon Chen et al. (2012), le but premier du soutien social est de maintenir ou restaurer des affects positifs et de protéger l'estime de soi. De ce fait, une qualité relationnelle accrue entraîne un soutien social focalisé sur les émotions (Chen et al., 2015).

Les sociétés collectivistes soutiennent une mobilité relationnelle réduite (Schug et al., 2010) car il est normal et socialement indiqué de considérer le concept de soi comme interdépendant avec les proches (Markus & Kitayama, 1991). De plus, tout au long de la vie, la famille nucléaire (d'origine) est d'une importance fondamentale. Cela se traduit par des pratiques sociales comme passer du temps avec sa famille à l'adolescence ou soutenir sa famille dans les soins, les tâches ménagères ou financièrement. Ainsi, les individus prennent en compte l'opinion de leur famille afin de choisir leur partenaire de vie ou leur profession (Fuligni, 2007).

Ainsi, il existe plusieurs déclinaisons de collectivisme, comme le collectivisme convivial en Amérique latine et le collectivisme d'harmonie en Asie de l'Est, qui varient essentiellement sur la manière dont les processus affectifs interviennent dans le maintien de l'interdépendance (Campos & Kim, 2017). Ainsi, tandis que le collectivisme convivial soutient l'expression accrue d'émotions positives dans les relations (Hirsch, 2003; Sabogal et al., 1987, cités dans Campos & Kim, 2017), le collectivisme d'harmonie prône plutôt un équilibre émotionnel (Hashimoto et al., 2012; Kim et al., 2006 ; Tsai et al., 2006; Butler et al. 2009; Chen et al., 2012, cités dans Campos & Kim, 2017). En ce qui concerne le continent africain, sur la base des connaissances sociales, politiques et culturelles générales à disposition, bien que la recherche ait négligé ce continent, on considère que les cultures africaines sont également collectivistes. Par exemple, comme le démontre l'étude de Eaton et Louw (2000) réalisée en Afrique du Sud, la population d'origine africaine a tendance à se décrire en utilisant plus de termes spécifiques impliquant un lien social.

1.3.2. Culture, phénoménologie et étiologie des troubles mentaux

Nous considérons essentiel de fournir des définitions concernant la dimension culturelle dans le domaine des troubles mentaux, car cette approche nous permet d'approfondir notre compréhension de la phénoménologie et de l'étiologie de ces derniers. En effet, la culture joue un rôle essentiel dans la façon dont le patient perçoit, communique et interprète ses symptômes, ainsi que dans les normes sociales qui déterminent ce qui peut être partagé ou non (Baubet, 2013). Cela soulève la question de la prise en compte des aspects culturels dans la compréhension de la maladie et de ce qui est considéré comme pathologique.

En considérant le contexte social et culturel, la définition de la psychopathologie adopte une perspective qui dépasse la conception exclusive de la maladie en tant que processus individuel (Moleiro, 2018). Cela peut aussi être un moyen d'éviter l'ethnocentrisme dans les pratiques en psychopathologie, nos réalités étant culturellement construites (Marsella, 1999, cité dans Marsella & Yamada, 2007). La psychopathologie peut ainsi être considérée comme une déviance par rapport aux normes culturelles et sociales (Maddux et al., 2019; Heim et al., 2022). Cependant, la définition de ce qui est « anormal » peut varier selon les jugements sociaux et les méthodes d'évaluation utilisées. Dans le contexte occidental, la psychopathologie est également abordée comme une déviance statistique à travers l'utilisation de mesures formelles tels que des questionnaires ou des tests (Maddux et al., 2019).

Le concept de *Category Fallacy*, développé par Kleinman (1977) a ouvert la voie à la réflexion sur la correspondance des critères diagnostiques entre groupes culturels et la

nécessité de valider leurs définitions et formulations. L'intégration de formulations culturelles dans le DSM-IV a constitué un premier pas vers un processus qui se poursuit encore aujourd'hui. Le DSM-IV a introduit le terme *culture bound syndrome* (les syndromes liés à la culture), auquel diverses limitations ont été attribuées dans sa formulation et sa définition. Comme le mentionnent Kohrt et al. (2014), les tentatives d'attribution étiologique des troubles possibles n'étaient pas suffisamment représentatives.

C'est à partir de l'introduction du nouveau DSM-5 (2013) que le terme *cultural concept of distress* (CCD, les concepts culturels de détresse) a été introduit, se référant aux "ways that cultural groups experience, understand, and communicate suffering, behavioral problems, or troubling thoughts and emotions" (p. 758). Cela a permis, dans le DSM-5, de reconnaître que "all forms of distress are locally shaped, including the DSM disorders" (p.758). Les CCD comprennent les idiomes de détresse (qui englobent l'expression verbale et non verbale de la souffrance), les modèles explicatifs (incluant dans l'étiologie la dimension spirituelle et corporelle) et les syndromes culturels (décrivant la comorbidité de symptômes distincts des catégories diagnostiques de la CIM et du DSM) (Lewis-Fernández et Kirmayer, 2019 ; Heim et al., 2022).

Comme le mentionnent Heim et al. (2022), l'une des façons de mener des recherches en tenant compte des CCD est la recherche émique, en complément de la recherche étique. Ces termes, introduits par Pike (1967) dans le domaine linguistique, se réfèrent à deux manières différentes d'étudier et comprendre le comportement humain et les phénomènes sociaux (Harris, 2001 ; Headland et al., 1990 ; Berry, 2002). D'un côté, la perspective émique, en utilisant des méthodes qualitatives, se concentre sur le contexte culturel des individus impliqués, tandis que la perspective étique, plutôt quantitative, cherche des principes universels pour généraliser les résultats à des populations diverses. Les résultats de ces recherches contribueraient à la formulation d'une pratique psychiatrique et psychothérapeutique davantage centrée sur l'individu et son expérience personnelle de la maladie (Lewis-Fernández & Kirmayer, 2019).

1.3.2.1. *Compréhension de la maladie*

Comme indiqué précédemment, il est primordial d'examiner la conception des modèles explicatifs des maladies mentales, c'est-à-dire d'approfondir la manière dont les différents groupes culturels perçoivent et expliquent les maladies et les troubles mentaux.

À partir des travaux de Kleinman dans les années 1970 et de l'introduction du concept de "modèle explicatif de la maladie", la conceptualisation de la maladie a également commencé à se fonder sur des cadres de référence culturels. Avec l'introduction de la première formulation culturelle dans le DSM-IV (1994), il est devenu de plus en plus nécessaire d'en apprendre davantage sur les nosologies non occidentales, en accordant plus d'attention à l'identité culturelle de l'individu et aux modèles étiologiques des troubles (et à la manière dont les problèmes sont exprimés, manifestés et dont la maladie et sa guérison sont comprises) (Baubet, 2013 ; Yilmaz & Weiss, 2001).

En effet, s'il est nécessaire de prendre en compte la dimension culturelle dans la manière dont la maladie est classée et considérée en psychiatrie en Occident, il faut également s'interroger sur la manière dont ces formulations sont intégrées dans ce domaine et parallèlement aux troubles psychiatriques (Kohrt et al., 2014). Selon Kohrt et al., (2014), la recherche sur les CCD doit tenir compte de l'utilisation d'instruments de mesure appropriés, de la formulation du problème et des modèles explicatifs de la maladie. Ils soulignent également l'importance de considérer les comorbidités entre les CCD et les troubles psychiatriques, tels que le TSPT et la dépression, pour mieux comprendre leur expression dans différents contextes culturels et pays.

Dans un contexte clinique, le professionnel de la santé doit prendre en compte les aspects culturels du patient ainsi que ses propres affiliations culturelles pour éviter les biais lors du diagnostic, en accordant une importance particulière à la dimension linguistique en collaboration avec un interprète, notamment dans les situations de migration (Baubet, 2013).

Par exemple, dans une étude menée en Afghanistan (Miller et al., 2009), bien que les symptômes du TSPT aient été identifiés et corrélés à l'exposition au stress traumatique lié à la guerre dans le pays, l'utilisation clinique du diagnostic soulève des questions. En effet, après avoir mesuré d'autres concepts telles que la dépression ou la détresse générale, ils ont trouvé une plus grande corrélation avec cette dernière. Le recours à un questionnaire indigène, l'Afghan Symptom Checklist (Miller et al., 2006) qui comprend plusieurs indicateurs indigènes de détresse, utilisant des termes plus familiers à la population locale et plus couramment utilisés pour décrire les effets sur la santé mentale de leur expérience de la guerre, a permis une meilleure communication entre les professionnels de la santé mentale et les patients (Miller et al., 2006).

1.3.2.2. *Phénoménologie TSPT-C*

Lorsqu'on s'intéresse à la formulation d'un trouble mental et à la manière dont les différents symptômes peuvent se manifester dans différents contextes culturels, l'étude de de Jong et al. (2005) représente un exemple pertinent dans le domaine des troubles liés au vécu des expériences traumatiques. En effet, leur recherche s'est intéressée à la validité interculturelle du *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress* (SIDES), élaboré pour évaluer le *Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified* (DESNOS), qui était inclus dans le DSM-IV. Le DESNOS reflète les séquelles psychologiques des traumatismes interpersonnels, particulièrement ceux survenant dans l'enfance, impliquant plusieurs événements traumatiques répétés ou une exposition sur une longue période (Luxenberg et al., 2001), fréquents dans des contextes tels que la guerre, le génocide, la persécution, la répression politique, la torture, le terrorisme ou encore la pauvreté (de Jong, 2002).

La conceptualisation de de Jong et al. (2005) reposant sur l'évaluation de populations provenant d'Algérie, d'Éthiopie et de Palestine, met en évidence l'importance de la validation interculturelle et spécifique du diagnostic, soulignant ainsi la nécessité de prendre en compte la dimension culturelle au cœur de la symptomatologie. Cette approche revêt une pertinence pour la recherche sur la validité transculturelle du TSPT-C, nouvellement intégré dans la CIM-11. Le concept ayant été testé à travers des échantillons (field trials) du DSM-IV, il est intéressant de noter que en comparaison à ceux-ci, l'analyse des données du SIDES montre que certains éléments symptomatiques à caractéristiques culturelles sont peu fréquents dans les populations étudiées, malgré une traduction méticuleuse (Van Ommeren et al., 1999).

En effet, les auteurs mettent en lien la désirabilité sociale et l'impact des tabous sociétaux avec la prévalence réduite des symptômes comme l'idéation suicidaire, la victimisation des autres ou encore la somatisation à caractère sexuel. De plus, ils mettent en évidence l'influence du contexte politique et social sur la prise de risques, sous-estimée car considérée dans un cadre où l'insécurité est une réalité quotidienne. Ils lient également la faible prévalence des symptômes à la complexité de formulation des questions sur l'amnésie ou à la conceptualisation culturelle de la honte, de la culpabilité et aux croyances culturelles sur la dissociation. Dans le cas de la honte, par exemple, la question concernant le fait de nuire aux autres obtient un score 10 fois inférieur, indiquant probablement une réponse socialement souhaitable car ne correspondant pas à la norme dans de tels contextes non occidentaux.

L'inéquivalence du questionnaire est liée à un manque de pertinence au niveau du contenu ou à une discrédance sémantique due à la difficulté de traduction ou aux différentes interprétations culturelles. On relève plusieurs incongruences (techniques, de contenu, conceptuelles ou sémantiques) entre les échantillons d'intérêt et l'étude du DSM-IV (van der Kolk et al., 1986). La structure factorielle du SIDES varie donc selon les échantillons. Par conséquent, cela souligne l'importance de prendre en compte l'impact de la culture sur l'expression et la signification de ce trouble, ainsi que la nécessité de tester la validité de ce construit dans divers contextes culturels.

De ce fait, de Jong et al. (2005) font une proposition de conceptualisation des symptômes de DESNOS qui pourrait améliorer la validité interculturelle du construit. Il y aurait un module de base universel comprenant les symptômes de type A qui se retrouvent dans toutes les cultures. Ces symptômes comme les processus universels de la dérégulation émotionnelle sont basés sur des processus neurobiologiques, biophysiques et cognitifs ou sur la génétique moléculaire. Puis, ils proposent des modules locaux qui seraient spécifiques à chaque culture. Il y a des symptômes de type B qui sont distinctifs d'une culture mais reflètent des problèmes universels telle que l'automutilation comme symptôme culturel exprimant une dérégulation des affects universels. Il y a aussi des symptômes de type C qui sont une manifestation des processus spécifiques à la culture ayant des symptômes spécifiques telle qu'une estime de soi basse comme symptôme culturel exprimant un processus culturellement spécifique de perturbation de la perception de soi.

La revue théorique de Heim et al. (2022) a synthétisé les preuves issues de la recherche concernant la manière dont les symptômes du DSO peuvent se manifester. En particulier, les auteurs se sont intéressés aux conceptions culturelles du soi, des émotions et des relations interpersonnelles afin de mieux comprendre ces manifestations et les processus étiologiques sous-jacents. Les études mentionnées indiquent que ces trois symptômes composant le DSO sont sujets à des variations culturelles dans leur manifestation. Ci-dessous, nous proposons un bref résumé concernant les symptômes du DSO, tout en mettant l'accent sur les perturbations dans les relations.

Comme précédemment mentionné, l'étude de Nickerson et al. (2016) visait à examiner la structure factorielle du TSPT-C telle que proposée dans la CIM-11 auprès de 134 réfugiés et requérants d'asile en Suisse (Zurich et Berne) ayant vécu des tortures (90%), persécutions ou migration forcée. Il convient de noter que ces patients parlaient allemand, anglais, turc, arabe, farsi ou tamoul. En ce qui concerne la symptomatologie chez cette population, l'étude

démontre que la présence de symptômes de reviviscence (intrusions et cauchemars) ne prédit pas significativement la présence du TSPT-C et leur absence ne signifie pas que le patient n'a pas le diagnostic.

Concernant les items du DSO, les résultats ont révélé que bien que plusieurs individus ayant un TSPT-C présentaient les symptômes d'altération du concept de soi, beaucoup de personnes n'ayant pas le trouble les présentent aussi. Cela pourrait être simplement dû au vécu personnel et non au TSPT-C. Effectivement, plus de 90% de l'échantillon avait subi des tortures, ce qui a été prouvé être en lien direct avec des changements identitaires (Nickerson et al., 2014). Par ailleurs, les deux items concernant la perturbation des relations interpersonnelles (détachement et évitement de la proximité) démontrent des résultats inverses en termes de spécificité et sensibilité. Cela suggère que ces deux processus interpersonnels pourraient être liés à des problèmes différents. Ainsi, le détachement peut indiquer une expérience interne latente alors que l'évitement de la proximité avec autrui peut représenter une stratégie de coping plus active, conduisant à des problèmes dans les relations interpersonnelles. Il est intéressant de noter l'influence culturelle sur l'expression de ces deux symptômes : le détachement était rapporté plus fréquemment que l'évitement de la proximité sociale (59% vs. 36%). Le sens de la proximité avec les autres peut être influencé par la culture collectiviste, à laquelle la majorité des patients appartenaient selon les auteurs. Ainsi, les résultats de Nickerson et al. (2016) concernant le *pattern* inversé des items sur la perturbation des relations interpersonnelles nous laissent penser qu'il peut effectivement exister une influence directe de la culture et des injonctions sociétales sur l'expression de la psychopathologie.

L'étude de Mueller et al. (2009) a examiné des victimes d'actes criminels appartenant à deux groupes culturels distincts, à savoir des Allemands et des Chinois, et a révélé que l'intention de divulguer le traumatisme et la reconnaissance sociale en tant que victime sont des prédicteurs du TSPT pour les deux groupes. Cependant, la manière dont ces facteurs se manifestent varie : chez les participants chinois, il y a une plus grande reconnaissance sociale et moins de mépris envers les victimes, mais plus de réticence à parler du traumatisme. Dans cet échantillon, l'impulsion de parler de l'expérience traumatique a été un prédicteur plus fort du TSPT chez les participants chinois, tandis que la réticence à parler a été un prédicteur plus fort chez les Allemands.

Une autre étude menée par Hansford et Jobson (2021) s'est penchée sur le rôle du soutien social et de ses différentes formes dans le TSPT dans deux groupes d'Australiens : un

d'origine européenne, caractérisé par un concept de soi indépendant, et l'autre d'origine asiatique, caractérisé par un concept de soi interdépendant. Le soutien social émotionnel a eu un effet modérateur sur la relation entre l'exposition au traumatisme au cours de la vie et la présence des symptômes dans les deux groupes. En revanche, les autres formes de soutien, tels que le soutien évaluatif (conseils ou aide pour faire face au stress), le soutien d'appartenance (interaction avec les autres sans divulgation) et le soutien tangible (aide pratique), ont eu un effet modérateur spécifique dans le groupe ayant un concept de soi interdépendant : lorsque ces formes de soutien étaient perçues comme faibles, la relation entre l'exposition au traumatisme et la présence des symptômes était plus forte. Ces résultats soutiennent l'idée que le soutien social, dans le contexte du TSPT, a un impact plus significatif sur la santé mentale des individus ayant des valeurs d'interdépendance que sur ceux ayant des valeurs d'indépendance.

Ces études suggèrent que la culture et les normes sociales peuvent avoir une influence directe sur l'expression de la psychopathologie et notamment dans la manière dont les relations interpersonnelles peuvent être perturbées. C'est précisément ce que nous avons l'intention d'aborder dans le prochain chapitre qui leur est spécifiquement dédié.

1.4. Culture, relations interpersonnelles et TSPT-C

Dans cette section, nous nous interrogeons sur l'impact des représentations culturelles des relations interpersonnelles sur la santé. Notre objectif est de fournir un cadre contextuel et culturel pour comprendre comment les relations peuvent être vécues et perçues. Nous chercherons ensuite à expliquer, à l'aide de modèles étiologiques, comment ces relations peuvent être perturbées en fonction du contexte social et culturel, non seulement par l'entourage de la personne, mais également par la communauté plus large. Cette approche permettra d'explorer les effets des facteurs sociaux et culturels sur les relations interpersonnelles et d'en saisir toute la complexité.

Comme susmentionné, la culture a un impact sur différents aspects des relations interpersonnelles comme la mobilité relationnelle et la divulgation (Schug et al., 2010), l'expression des émotions (Tsai et al., 2006; Butler et al., 2009; Hirsch 2003; Sabogal et al., 1987), l'acceptation des dynamiques de pouvoir (Hofstede et al., 1997), les devoirs envers la famille (Ho, 1998; Campos et al., 2014; Sabogal et al., 1987), les choix de vie personnels (ex. partenaire et profession) (Coontz, 2005), la création et le maintien des relations

interpersonnelles (Coontz, 2005; Fuligni, 2007) ou encore la proximité émotionnelle avec les proches (Chen et al., 2012).

Par ailleurs, comme nous l'avons établi précédemment, la culture a également un impact sur la phénoménologie des symptômes ayant des composantes sociales. Son influence est notable sur la prévalence des symptômes comme l'idéation suicidaire, la victimisation des autres, la somatisation à caractère sexuel, la prise de risque, l'amnésie, la honte et la culpabilité, la dissociation (de Jong et al., 2005), le détachement et l'évitement de la proximité avec autrui (Nickerson et al., 2016), l'intention de divulguer le traumatisme et la reconnaissance sociale en tant que victime (Mueller et al., 2009) ou encore le rôle du soutien social et de ses différentes formes sur la santé mentale (Hansford & Jobson, 2021).

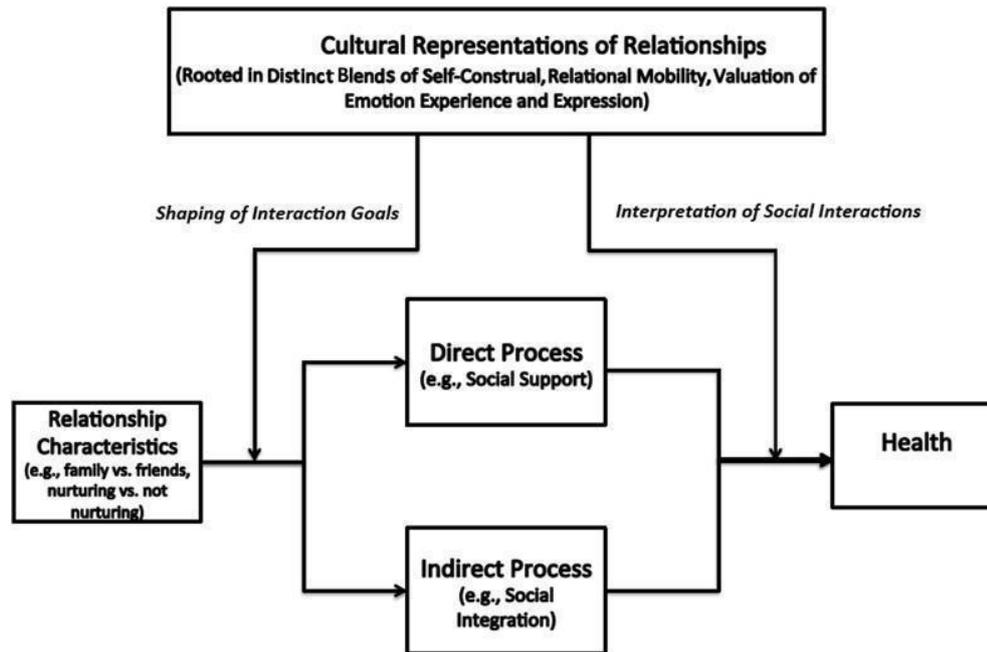
1.4.1. Culture, relations interpersonnelles et santé

Il existe un lien entre la culture, les relations interpersonnelles et la santé. Selon Cohen (2004), quatre aspects des relations interpersonnelles ont un impact direct sur la santé : l'intégration sociale, les interactions négatives, les interactions positives et le soutien social. Leur interprétation se fait constamment par le biais d'un filtre culturel. De ce fait, la dimension culturelle influence les processus psychologiques sous-jacents du lien entre les relations interpersonnelles et la santé.

Comme le montre la figure 1, les représentations culturelles des relations interpersonnelles influencent les attentes vis-à-vis des relations et des interactions avec l'entourage ainsi que la manière dont les gens interprètent les interactions sociales dans leur environnement et ont ainsi un effet médiateur sur le lien entre les relations interpersonnelles et la santé. En effet, Kim et al. (2008) soulignent une grande variabilité culturelle quant à l'impact du soutien social et les dispositions de sa procuration (comment, combien, quand, sous quelle forme et de la part de qui les individus requièrent ce soutien).

Figure 1

Influence de la culture sur le lien entre les relations interpersonnelles et la santé



Note. De “Incorporating the Cultural Diversity of Family and Close Relationships Into the Study of Health”, par Campos, B. et Kim, H.S. (2017), *American Psychologist*, Vol. 72, No. 6, p.547.

1.4.2. Étiologie

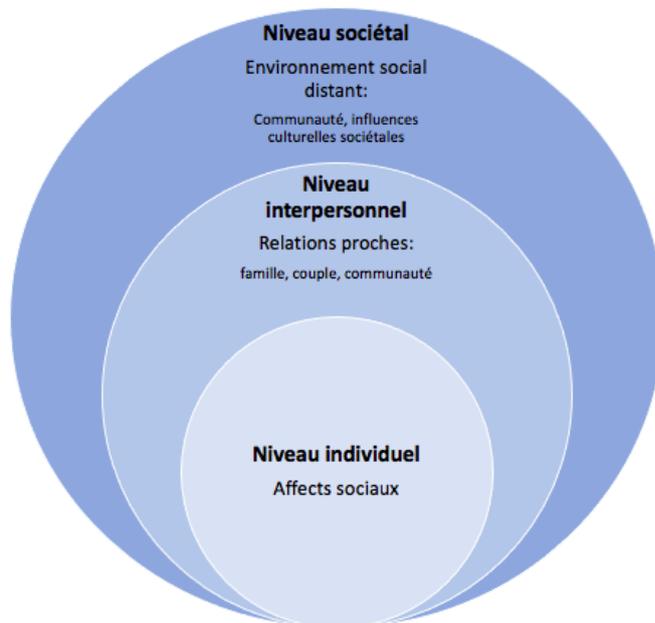
Certes, la culture sous-tend les us et coutumes des relations proches et influence par ce biais la santé (Campos & Kim, 2017). Afin d’élaborer l’étiologie de la maladie, il est primordial de prendre en compte l’intrication de la culture, des relations interpersonnelles et de la psychopathologie. De ce fait, il est intéressant de se pencher sur les processus interpersonnels de développement et maintien de la maladie à travers le modèle social interpersonnel (Maercker & Horn, 2013) et la boucle de rétroaction interpersonnelle (Chentsova-Dutton & Ryder, 2019). En effet, il existe des dynamiques d’influence réciproques entre les trois niveaux du modèle de Maercker et Horn (2013) comportant des effets de rétroactions susceptibles d’exacerber les symptômes (Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). De ce fait, la manifestation phénoménologique des relations perturbées ainsi que les réponses sociales et culturelles envers cette dernière participent au développement et au maintien du trouble. Par conséquent, nous expliquons ci-dessous en quoi ces deux modèles initialement élaborés à propos du TSPT nous procurent une grille de lecture intéressante concernant l’étiologie du TSPT-C.

1.4.2.1. Le modèle social interpersonnel (Maercker & Horn, 2013)

Pour comprendre l'impact du traumatisme sur les relations interpersonnelles, il est important de comprendre non seulement les aspects interpersonnels de la symptomatologie du TSPT mais aussi dans quels niveaux contextuel et social s'insère l'individu. Pour ce faire, nous nous basons sur le modèle social interpersonnel de Maercker et Horn (2013).

Bien que l'approche contextuelle du développement du TSPT soutient que des facteurs individuels interagissent avec des facteurs contextuels dans le développement du trouble, l'approche clinique avance que les aspects relationnels interpersonnels et socio-écologiques représentent des facteurs protecteurs ou de risque pour le développement de ce trouble suite à un traumatisme. En effet, si l'on se fie aux méta-analyses de Brewin et al. (2000) et d'Ozer et al. (2003), le soutien social fait partie des plus importants prédicteurs du TSPT et qu'ainsi les aspects sociaux-interpersonnels peuvent engendrer ou prévenir la détresse psychologique. De ce fait, la perception du soutien social avant et après l'événement traumatique est un facteur déterminant de la vulnérabilité au développement d'un TSPT (Cloitre et al., 2006).

Par conséquent, Maercker et Horn (2013) proposent un modèle social-interpersonnel du TSPT se portant sur les processus interpersonnels et éléments contextuels intervenant à la suite du traumatisme. Ce modèle comporte trois niveaux hiérarchiques en interaction mutuelle et représente les contextes sociaux dans lesquels l'individu est ancré : le premier niveau est la sphère individuelle et reflète les affects ayant une composante sociale, le deuxième est au sein des relations proches et le troisième est au sein de l'environnement social communautaire. En effet, il est évident que les réactions des proches et de la communauté ont un impact sur les symptômes de l'individu et vice versa.

Figure 2*Le modèle social interpersonnel en trois sphères*

Note. Modèle social interpersonnel de Maercker et Horn (2013).

Premier niveau : Changements socio-affectifs

Après un traumatisme, au niveau individuel, il survient des changements au niveau affectif et cognitif comme une dérégulation émotionnelle ou encore une altération du concept de soi (Heim et al., 2022). Ces changements ont une composante sociale importante.

Au niveau affectif, il y a l'apparition d'affects sociaux comme la honte, la culpabilité, le dégoût, la colère et ses déclinaisons comme la haine, la vengeance et la rancœur. La particularité de ces affects est qu'ils sont fondamentalement interpersonnels, ils comprennent de facto la présence d'un « autre » (Maercker & Horn, 2013). La dimension interpersonnelle des affects sociaux au sein de la sphère intra-personnelle est déterminante dans la co-occurrence ou la causalité du développement et du maintien des symptômes de TSPT.

Deuxième niveau : Relations interpersonnelles proches

Au deuxième niveau nous retrouvons les relations interpersonnelles proches qui reflètent une intimité sociale comme les relations familiales, de couple et amicales. Ainsi, après un traumatisme, des processus sociaux protecteurs comme les processus de partage, de divulgation et de soutien social ou des facteurs de risque comme le manque de confiance, l'exclusion sociale, la fatigue compassionnelle et la culpabilisation de la victime sont occasionnés par les interactions au sein des relations proches. Il peut aussi y avoir des

comportements mal-adaptatifs de mise en sécurité du soi, comme le retrait social, qui s'intègrent dans des interactions dysfonctionnelles avec les proches (Ehlers & Clark, 2000).

Troisième niveau : Environnement social distant

Au troisième niveau, nous retrouvons les processus relationnels intervenant au niveau social distant, c'est-à-dire au niveau des interactions entre la communauté et la personne au sein de la société. Ce niveau reflète les influences culturelles et sociétales sur la personne par le biais de l'appartenance à une certaine culture, religion ou société avec un système de santé et un système juridique basé sur des valeurs culturelles partagées. L'occurrence du TSPT au sein de cette sphère environnementale est favorisé ou entravé par des valeurs culturelles et l'intégration de l'expérience traumatique dans le contexte social. Les facteurs socio-culturels ont un impact sur la trajectoire développementale du TSPT à travers le vécu du traumatisme collectif, le sentiment d'injustice, la reconnaissance en tant que victime, et les valeurs sociétales traditionnelles/modernes et individualistes/collectivistes. De plus, selon Maercker et al. (2008), un traumatisme collectif aura des conséquences moins pathologiques qu'un traumatisme individuel dû au fait que par le partage collectif du traumatisme, les croyances à propos du monde sont ébranlées collectivement aussi. Ainsi, la souffrance de l'individu traumatisé est reconnue par la société et cela même s'il n'a pas partagé son expérience avec le groupe. De ce fait, l'individu perçoit son environnement social comme plus soutenant et moins stigmatisant.

Par conséquent, le modèle de Maercker & Horn (2013) est pertinent dans la compréhension de l'altération des relations interpersonnelles dans le TSPT-C grâce à sa prise en compte des processus interpersonnels et sociaux sans minimiser l'importance des processus socio-affectifs et socio-cognitifs intrapersonnels dans le développement du TSPT. La conceptualisation du monde social en trois sphères en interaction constante est une grille de lecture intéressante pour le TSPT-C, particulièrement dans les sociétés collectivistes impliquant un concept de soi interdépendant.

1.4.2.2. Boucles de rétroaction interpersonnelles (Chentsova-Dutton & Ryder, 2019)

En effet, il peut y avoir une chaîne d'éléments culturels, interpersonnels et individuels qui péjorent et maintiennent le TSPT. Chentsova-Dutton et Ryder (2019) proposent une boucle de rétroaction interpersonnelle reflétant les interactions entre les éléments biologiques,

cognitifs et culturels. Ces trois éléments étant intrinsèquement liés, un changement sur l'une des dimensions se répercute en cascade sur l'une et l'autre des dimensions.

Les auteurs soulignent l'importance des scripts culturels normatifs ou déviants édictés par la communauté et l'entourage concernant la compréhension de la maladie dans le maintien de la psychopathologie. En effet, plusieurs symptômes sont visibles publiquement et discutés, évalués par les autres et par cela, il y a un sens social particulier attribué au fait d'être malade. Ainsi, cela peut engendrer une boucle de rétroaction interpersonnelle qui renforce le maintien du TSPT (Ryder & Chentsova-Dutton, 2015). En effet, les scripts sociaux normaux et déviants, les réactions de l'entourage et la structure systémique sociétale contribuent au cercle vicieux qui maintient la symptomatologie. Parfois, l'attention particulière apportée à la pathologie par soi-même ou l'entourage est un facteur aggravant et induit l'émergence et la péjoration d'un trouble (Clark, 1999). En outre, puisque les scripts déviants diffèrent selon la culture (donc, en fonction des scripts normatifs sociétaux), différents aspects de la symptomatologie sont saillants.

Par ailleurs, les boucles de rétroaction interpersonnelles sont culturellement variables mais reposent sur des mécanismes pathologiques universels. Ces boucles de rétroaction peuvent survenir au niveau communautaire par l'interprétation culturelle de la maladie et du symptôme ou au niveau interpersonnel, par exemple par les processus d'attachement (Mak et al., 2010). En effet, il y a des interactions réciproques entre la culture (la manière d'interpréter la maladie et ses symptômes au niveau sociétal et l'attitude de l'entourage envers cela) et les cognitions et émotions (p. ex. culpabilité) qui peuvent ensemble péjorer le TSPT à l'image d'un cercle vicieux.

La dynamique expliquée dans ce modèle met au centre un cercle vicieux interpersonnel : cette grille de lecture est également applicable au TSPT-C. En effet, les processus cognitifs, interpersonnels et culturels sont d'autant plus pertinents dans la compréhension du symptôme de la perturbation des relations interpersonnelles en lien avec les aspects structurels adjacents à la situation d'asile. En effet, comme explicité par Heim (2021), un réfugié ayant un concept de soi interdépendant en Suisse pourra trouver de la difficulté à remplir son rôle au sein de la communauté dû aux facteurs structurels ou sa symptomatologie et de ce fait dévier des scripts relationnels normatifs. Ainsi, cela modifierait les dynamiques de soutien social par la communauté et cela induirait des cognitions pouvant péjorer sa symptomatologie.

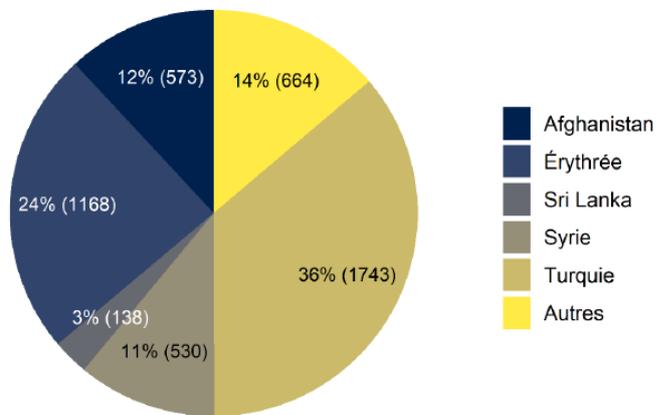
1.5. Aspects structurels

Les enjeux de la migration sont souvent liés à la psychopathologie (Marsella & Ring, 2003; Schmitz, 2003; cités dans Marsella & Yamada, 2007), mais les raisons précises restent un sujet de débat dans la recherche actuelle. Selon l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), plus de 108,4 millions de personnes déplacées de force étaient recensées dans le monde fin 2022, dont environ 35,3 millions de réfugiés et 5,4 millions de demandeurs d'asile. Les raisons du déplacement sont diverses mais sont certainement de nature traumatique : persécutions, conflits, violences, violations des droits de l'homme ou événements troublant gravement l'ordre public (UNHCR, s.d.-a).

1.5.1. La situation des réfugiés

Dans le cadre de la protection internationale des réfugiés, la Convention de Genève de 1951 (Confédération suisse, 1955; UNHCR, s.d.-b) définit le terme "réfugié", donnant ainsi certains droits dans l'accueil de cette catégorie de personnes dans les pays signataires de la convention. Cet accord s'inscrit dans une période historique spécifique, dans le contexte de l'Europe d'après la Seconde Guerre mondiale, dans laquelle il y avait de nombreuses personnes déplacées. C'est à partir de cette période qu'ont été définis les critères auxquels il faut se référer pour décréter l'éventuel statut de réfugié d'une personne (art. 1, définition du réfugié, cité dans Conseil fédéral, 2021). Cette convention, que 148 États ont ratifiée, est entrée en vigueur en Suisse le 21 avril 1955. Depuis lors, seules les restrictions temporelles et géographiques ont été modifiées (en 1967, par le Protocole additionnel relatif au statut des réfugiés), tandis que les points définissant le statut de réfugié sont restés inchangés jusqu'à présent, sans qu'aucune demande de révision n'ait été soumise par les États membres de l'ONU. En tant que statut juridique, cela interdit au pays d'accueil de renvoyer cette personne dans son pays d'origine et détermine les droits éventuels octroyés à son détenteur.

Selon le Secrétariat d'État aux migrations (SEM), en mai 2023, le nombre de personnes relevant de l'asile en Suisse s'élevait à 126'651 (environ 1.5 % de la population totale), dont 65'499 ont obtenu le statut de réfugié, 45'307 ont été admises provisoirement et 529 ont bénéficié d'une suspension de renvoi (SEM, 2023b). En 2022, 24'511 demandes d'asile ont été déposées en Suisse (SEM, 2023a). Parmi ces demandes d'asile, 28,7 % provenaient de l'Afghanistan, 19,5 % de la Turquie, 7,5 % de l'Érythrée, 5,5 % de l'Algérie et 5,10 % de la Syrie.

Figure 3*Décisions d'asile positives en décembre 2022*

Note. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/sem/medien/mm.msg-id-93006.html>

Comme le montre la figure 3, on constate que sur les 14'928 demandes enregistrées, seules 4'816 ont été octroyées (environ 32%). À noter qu'une partie des requérants d'asile déboutés peuvent rester en Suisse grâce à une admission provisoire.

Les chiffres nous permettent de quantifier le phénomène et de nommer les pays d'origine les plus impliqués. En Suisse, on constate que les demandes déposées concernaient la région du MOAN, ainsi que la Corne d'Afrique.

En ce qui concerne ce mémoire, le terme et la définition de réfugié sont importants car, dans un système donné tel que le système politique Européen, ils nous permettent de comprendre quand un migrant peut prétendre à certains droits ou non. De plus, il est important de préciser que lorsque nous parlons de personnes qui se déplacent d'un pays à l'autre à la recherche d'une autre vie, ce n'est pas seulement un statut social et juridique qui nous permet de définir le parcours effectué auparavant par ces derniers.

Baubet et Moro (2009), par exemple, mentionnent les niveaux de motivation qui poussent une personne à migrer. Ils identifient notamment les motivations d'un tel choix à un niveau conscient ou inconscient (p.50). Cette perspective donne au migrant une plus grande agentivité dans le choix migratoire. Les raisons peuvent en effet inclure non seulement une nécessité politique, mais aussi des raisons familiales, ou selon l'expérience personnelle de l'individu. En effet, le choix de migrer peut être voulu et/ou subi : il est un processus complexe qui dépasse les simples notions de hasard ou de nécessité (Moro, 2006). L'auteure, par exemple, remet en question le processus de migration dans un sens plus large, non seulement du point de vue de la personne qui migre (le migrant) mais aussi du point de vue

des personnes qui la reçoivent, en parlant de la question du "métissage" (p.10). Dans son discours, en mentionnant ces acteurs, elle les place dans un discours transgénérationnel, incluant les enfants de migrants, ceux dont la naissance dans ce contexte inclut de facto la notion de métissage. Ces perspectives situent le terme de migrant dans une vision plus large de la trajectoire de vie d'un individu et dépassent la notion de statut politique.

Pour ces raisons, nous utiliserons le terme "migrant en situation d'asile" pour faire référence à toute personne impliquée dans une procédure d'asile, qu'elle ait le statut de réfugié, de requérant d'asile, de déboutés ou de sans-papiers.

1.5.2. Population migrante et santé : lien entre les symptômes liés aux traumatismes vécus et les aspects structurels

Mais sur le plan de la santé mentale, que peut signifier le fait de passer par ces procédures, d'attendre une réponse à une demande d'asile, de recevoir une réponse négative ou même de recevoir une réponse provisoire ? Quels sont les enjeux ?

Hauswirth, Canellini et Bennoun (2004) indiquent que les soins thérapeutiques aux personnes ayant vécu des expériences traumatisantes, et en particulier les requérants d'asile, se situent entre l'individu et la situation sociale de la personne. Les difficultés psychiques des requérants d'asile résultent des traumatismes vécus, du parcours migratoire et des pertes qui en découlent (matérielles, affectives, sociales), ainsi que des conditions actuelles d'existence en Suisse (demande d'asile, droit de séjour, accès à l'emploi) (Hauswirth et al., 2004). Même dans les situations d'accueil de réfugiés au Kenya, provenant du Soudan, de Somalie, du Rwanda, de l'Ouganda, du Burundi, du Congo et de l'Éthiopie, Horn (2010) montre comment les besoins pratiques (en termes de sécurité et de besoins matériels) peuvent avoir un impact positif sur leur bien-être psychosocial.

L'aspect social dans l'expérience du requérant d'asile semble donc être particulièrement important dans la pratique clinique. Dans ce cadre, il y a aussi le rôle de l'interprète communautaire qui, en plus de la traduction linguistique, sert de liaison pour toutes les questions culturelles qui peuvent être prises en compte dans l'échange. Cela dénote l'importance accordée à la question du langage dans le contexte clinique, en tant qu'outil, subjectif par nature, dans l'échange interpersonnel dans ce contexte (Abdelhak & Moro, 2004). Abdelhak et Moro (2004) définissent l'interprète en situation clinique comme un « médiateur » (p.246) entre le professionnel de santé et le patient. Il est important de reconnaître sa présence dans l'échange, ainsi que de le sensibiliser au dispositif de soins. Dans la même

logique, Kirmayer et al. (2003) soulignent également que le fait d'avoir un interprète issu de la même communauté peut parfois être une source d'insécurité en raison d'un manque de confiance envers les personnes issues de la même communauté.

Cela conduit à une réflexion sur la manière dont les soins devraient être formulés, sur la manière dont les professionnels cliniques peuvent et doivent être formés aux questions culturelles (Kirmayer et al., 2003) et, dans notre cas spécifiquement, au mal-être des migrants et des demandeurs d'asile. La détresse clinique peut être liée à la manière dont elle est traitée et comprise dans le système d'accueil et de soins, et donc également au niveau structurel de l'expérience de l'individu.

Pour donner un exemple, Kirmayer et al. (2003) parlent d'un service de « consultations culturelles » (p.146), à Montréal, au Canada, au bénéfice d'un segment de la population comprenant les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels minoritaires. Ces services visaient à améliorer la prestation des services de santé mentale dans les établissements réguliers et à guider l'évaluation diagnostique et la planification du traitement. Afin de mieux comprendre les aspects culturels dans la pratique clinique, les auteurs ont identifié les principaux facteurs à considérer, tels que, entre autres, l'impact profondément stressant de la procédure de demande d'asile, les effets du racisme ou d'autres préjugés sur la prestation de services aux patients, l'importance des pratiques religieuses pour l'adaptation et le soutien social ou les variations dans les systèmes familiaux, la structure, les rôles et les systèmes de valeurs (Kirmayer et al., 2003, p.149).

Womersley et al. (2017) se sont intéressés à la santé mentale dans le contexte des procédures d'asile en Europe et ont pu identifier différentes ressources de stress tant pendant la procédure de demande d'asile qu'une fois le permis accordé (statut de réfugié ou protection subsidiaire). Comme le montre le tableau 1, les questions portent sur divers aspects. Il faut considérer à la fois les aspects administratifs relatifs au traitement de la demande d'asile et ceux permettant une bonne intégration, ainsi que les aspects de l'expérience sociale. Si l'on considère la sphère sociale, il y a des éléments relatifs au réseau que la personne parvient à construire, à la distance physique avec sa famille, qui reste souvent dans le pays d'origine, et au manque de repères culturels. L'aspect social semble être particulièrement lié à la santé psychique. Il y a à la fois les aspects liés à la façon dont une personne peut être traitée dans la société d'accueil (discrimination, marginalisation) et le sentiment de solitude dû à l'isolement social et à l'absence de membres de la famille dans le pays européen d'accueil.

Tableau 1

Facteurs de stress pour la population requérant l'asile en Europe.

Santé mentale et procédure d'asile: quels enjeux ?	
<i>Pendant la phase de demande d'asile</i>	<i>Statut de réfugié ou protection subsidiaire</i>
<ul style="list-style-type: none"> ● Traitement de la demande d'asile ● Crainte du rapatriement ● Exclusion du marché du travail ● Dépendance forcée (aide sociale) ● Solitude, ennui ● Discrimination, marginalisation ● Mauvaises conditions de logement ● Incertitude, insécurité, manque de contrôle 	<ul style="list-style-type: none"> ● Accès difficile à l'emploi ● Mauvaise maîtrise de la langue ● Difficultés financières et de logement ● Manque de ressources familiales, sociales et culturelles partagées

Note. Inspiré de "Mental health problems associated with asylum procedures of refugees in European countries", par G.Womersley, L. Kloetzer, & B. Goguikian Ratcliff, 2017.

Dans ces conditions de vie, le défi est de savoir comment on peut prendre soin de la santé de ces personnes et distinguer les aspects structurels de la souffrance de l'individu de ce qui relève de la psychopathologie. Dans le cas spécifique du TSPT-C, où la perturbation des relations interpersonnelles est un symptôme constitutif du trouble, comment peut-on le « mesurer » ? En particulier, si la personne migrante souffre de solitude, de marginalisation, d'exclusion du marché du travail et de manque de ressources sociales en raison de son statut social et de ses conditions d'accueil ?

1.6. État de la recherche

La dernière section du cadre théorique s'intéresse à la manifestation des troubles liés aux relations interpersonnelles dans le contexte du TSPT-C dans les populations cibles.

Comme cela sera expliqué plus en détail dans la section de méthodologie et dans la partie dédiée à "l'Équipe de recherche et phases du projet" (à la page 36), nous nous inscrivons au sein d'un groupe de recherche dont les doctorantes entreprennent actuellement deux revues systématiques de type émique. Ces revues visent à explorer l'expérience, la compréhension et l'expression culturelle du TSPT et du TSPT-C au sein des régions MOAN et d'Afrique subsaharienne.

Plusieurs études qualitatives récentes ont analysé les conséquences psychologiques et psychosociales des traumatismes prolongés en Afrique subsaharienne et dans la région MOAN. Les traumatismes vécus consistent en des violences physiques et abus, des violences

conjugales ou de nature sexuelle ainsi que des traumatismes transgénérationnels ou encore liés à des expériences de guerre. Les effets sur les relations interpersonnelles dans ces contextes culturels spécifiques ont donné lieu à des résultats variés. Ce qui suit constitue un extrait des résultats dans les deux régions, issus de la sélection d'études dans les deux revues systématiques menées par les deux doctorantes. Cependant, la manière dont les résultats des différentes études sont exposés est en cohérence avec les objectifs de notre recherche.

1.6.1. Région Afrique Subsaharienne (Isabella Alder)

Dans cette partie, je me concentre sur la région de l'Afrique subsaharienne ainsi que sur la Corne de l'Afrique. Bien que l'intérêt de ce mémoire soit principalement axé sur la Corne de l'Afrique, il est intéressant d'explorer les résultats de la recherche dans la région plus large, en particulier en raison d'un plus grand nombre d'études disponibles. De plus, cela permet d'observer comment les trois niveaux du modèle de Maercker et Horn (2013) présentés précédemment sont effectivement présents dans les résultats en question. Pour cela, j'ai retenu certaines études préalablement sélectionnées par la doctorante Marion Bovey, dont la revue systématique est actuellement en cours. Ces études abordent, à travers une approche qualitative (narrative, entretiens, groupes de discussion), la manifestation du symptôme des relations interpersonnelles perturbées.

En ce qui concerne les études spécifiques menées dans la Corne de l'Afrique, au niveau interpersonnel, on observe une tendance à la réticence à exprimer leur mal-être en cas de traumatisme. L'étude de Shannon et al. (2015) sur une population de réfugiés aux États-Unis, dont une partie est originaire d'Éthiopie et de Somalie, démontre comment les expériences de répression politique dans leur pays d'origine ont des répercussions sur le plan interpersonnel. Ils sont réticents à divulguer leur souffrance, en raison d'une habitude du silence et de la répression. De plus, cette tendance est alimentée par la peur de parler de leurs symptômes de santé mentale et de montrer leurs émotions, craignant d'être stigmatisés ou rejetés par leur propre communauté ou par la société d'accueil (surtout en ce qui concerne la perte d'opportunités d'intégration). Par ailleurs, il est observé une propension à éviter les situations qui exposent à des souvenirs douloureux liés à leur passé.

Vloeberghs et al. (2012) se sont intéressés à une population de femmes migrantes originaires de Somalie, du Soudan, de l'Érythrée, de l'Éthiopie ou de Sierra Leone résidant aux Pays-Bas, qui ont subi des mutilations génitales et présentent des conséquences psychosociales chroniques. Les résultats de leur étude ont montré que les femmes spécifiquement originaires d'Éthiopie et de Somalie sont plus réticentes à communiquer au

sujet de leurs expériences traumatiques, considérant la divulgation comme pouvant entraîner des nuisances. Ainsi, elles préfèrent se concentrer sur des activités pratiques, comme l'exercice physique, lors de moments difficiles. Le parcours migratoire a également engendré des changements dans les dynamiques de couple et leur sexualité. Les hommes sont influencés par le nouvel environnement de vie (médias et internet) et se montrent moins satisfaits de leur partenaire en termes de pratiques sexuelles. Les femmes expriment également la possibilité de ressentir de la souffrance et de la colère envers leur conjoint dans ces cas.

D'une manière générale, au niveau sociétal en Afrique Subsaharienne, l'aspect social de la stigmatisation revêt une importance culturelle considérable, étant donné la valeur accordée au statut social et au respect des autres au sein de la communauté, encore amplifiée lorsqu'il s'agit de questions de genre entre les hommes et les femmes (Afrique du Sud, Van der Merwe & Swartz, 2014, 2015). Plusieurs études ont mis en évidence des résultats concernant la stigmatisation sociale, souvent subie par la même communauté (Song et al., 2014, Kaiser et al., 2020, Woldetsadik et al., 2022) et son impact sur l'expérience de la personne traumatisée et sa façon d'entrer en relation avec les autres. C'est le cas, par exemple, des expériences de traumatismes sexuels. Scott et al. (2017) décrivent l'expérience des femmes congolaises, leur expérience du viol et de la grossesse qui s'ensuit, ainsi que la stigmatisation sociale et le rejet qui s'ensuivent dans leur propre contexte social. Hughes et al. (2021), au Rwanda, soulignent en particulier comment l'expérience traumatique peut conduire à une distance avec le réseau social, même le plus proche, comme l'abandon par la famille et les amis. Ces expériences traumatiques sont également associées à des stratégies d'adaptation subséquentes : Denov et Piolanti (2019) indiquent comment les femmes rwandaises peuvent s'éloigner de leur lieu d'origine pour éviter le harcèlement de la communauté, et comment assumer un rôle social par le biais du mariage peut atténuer la stigmatisation liée à avoir subi un viol et être devenues mères célibataires. Mais pas seulement, la stigmatisation sociale qui suit le viol peut conduire les femmes concernées à des pénuries importantes de ressources économiques et psychosociales (Zamperini et al., 2017).

Parallèlement, au niveau interpersonnel, des études montrent que le soutien social ou familial est un élément protecteur dans l'expérience post-traumatique (au Rwanda, Denov & Piolanti, 2019 ; et en Afrique du Sud, Mtiya-Thimla & Van der Merwe, 2021 ; Michalopoulos et al., 2017 en Zambie). De plus, dans le contexte sud-africain et en ce qui concerne une population de parents ayant vécu divers traumatismes, la communauté semble accorder

davantage de valeur au soutien pratique (aide dans les activités parentales, domestiques, alimentaires) qu'au soutien émotionnel ou psychologique (Christie et al., 2020), soulignant ainsi comment le contexte définit en quoi le soutien peut contribuer positivement.

À un niveau plus individuel et interpersonnel, en cas de traumatisme sexuel, il semble exister une difficulté à développer des relations de confiance (Watt et al., 2017), une détérioration des relations importantes (Knettel et al., 2019) et des relations interconjugales compromises (Morgan et al., 2020). Dans le contexte des violences sexuelles liées aux conflits en Ouganda, les répercussions se situent tant au niveau des relations avec des tiers (rejet par les membres de la famille), qu'au niveau des relations intimes, qui sont considérées comme négatives, tant avec les nouveaux partenaires qu'avec ceux maintenus avant l'abus (Woldetsadik et al., 2022).

En cas d'abus sexuels, la divulgation des expériences traumatiques à son partenaire demeure rare (Woldetsadik et al., 2022 en Ouganda) ou éventuellement possible seulement avec certaines personnes choisies (Watt et al., 2017 en Afrique du Sud). Par ailleurs, dans le contexte sud-africain, l'étude de Van der Merwe et Swartz (2015) trouve des comportements de complicité avec son agresseur de violence conjugale, en se taisant et en gardant le secret sur les abus subis, alimentant un faux soi en accord avec les lois sociales. Knettel et al. (2019), également en Afrique du Sud, constatent un sentiment général de méfiance envers l'autre et une tendance à blâmer les autres pour ne pas avoir protégé la victime d'abus.

Toujours dans le domaine des relations conjugales, la possession spirituelle post-conflit vécue par les femmes (dans ce cas au Mozambique, Igreja et al., 2006), mine la stabilité de la relation avec leur partenaire et entrave leur capacité à remplir leur rôle social de mère (ou de future mère, cf. infertilité). Cela peut donc également avoir des répercussions au niveau familial et communautaire.

En ce qui concerne la transmission des traumatismes intergénérationnels, plusieurs études menées au Rwanda (Denov & Piolanti, 2019 ; Song et al., 2014 ; Kahn & Denov, 2022) ont révélé des répercussions sur la relation entre le parent et l'enfant. Par exemple, l'étude de Song et al. (2014) met en évidence comment d'anciens enfants soldats portent les séquelles émotionnelles de telles expériences, transmettant un modèle parental caractérisé par la méfiance, l'agressivité et le repli sur soi. Les femmes ayant subi un viol génocidaire au Rwanda peuvent développer des relations d'attachement avec leurs enfants de différentes formes : distante, abusive et aimante (Kahn & Denov, 2022). Les auteurs révèlent que la

relation peut être distante sur le plan émotionnel et même physique, parfois conduisant au rejet et à l'abus. Cependant, certaines mères parviennent à maintenir une relation aimante.

En ce qui concerne la parentalité, Christie et al. (2020 en Afrique du Sud) constatent également un comportement agressif de la part du parent, mais aussi un comportement protecteur dû à l'absence permanente d'un sentiment de sécurité, qui affecte l'enfant par le biais d'un comportement protecteur extrême (qui à son tour alimente la vigilance). Là encore, il existe des comportements chaleureux dans lesquels le lien affectif est possible.

Ces relations parent-enfant se développent effectivement en présence de parents portant des séquelles traumatiques, compromettant ainsi les comportements sur le plan émotionnel et comportemental, comme le souligne le diagnostic du TPST-C. Il est également important de tenir compte de l'attachement parental, car Zietz et al. (2021 en Tanzanie) ont constaté un effet protecteur face au stress dans le contexte des relations à l'âge adulte.

La littérature confirme également que l'isolement et les comportements d'évitement social sont des conséquences possibles des expériences traumatiques (Song et al., 2014 ; Liebling & Kiziri-Mayengo, 2002 ; Hughes et al., 2021 ; Knettel et al., 2019). Notamment, dans le cas d'une étude sur les personnes âgées victimes de mauvais traitements en Afrique du Sud, les gens indiquent également un désir d'être seuls, les discussions sur les traumatismes sont découragées et il y a une tendance à isoler les personnes qui ont été maltraitées (Mtiya-Thimla & van der Merwe, 2021). Vloeberghs et al. (2012), en Sierra Leone, indiquent une tendance à s'isoler (de ceux qui n'ont pas vécu la même chose) et un sentiment de solitude dans le contexte de l'excision génitale féminine.

1.6.2. Région MOAN (Rania Ezzakraoui)

Cette section se base sur la revue systématique de la doctorante Nadine Hosny répertoriant les CCD, les expressions culturelles des réactions liées aux traumatismes ainsi que la manifestation des symptômes de TSPT et TSPT-C chez la population provenant de la région MOAN. Nous présentons ci-dessous des données sur l'expression de la perturbation des relations interpersonnelles chez la population provenant de la région MOAN exposée à des traumatismes prolongés, répétés ou des traumatismes de guerre. Ainsi, en ce qui concerne l'expression de la symptomatologie du TSPT-C et particulièrement les DSO dans la région MOAN, la perturbation des relations interpersonnelles s'exprime principalement à travers l'augmentation de la distance avec les autres. De ce fait, nous présentons ci-dessous l'expression culturelle de la symptomatologie et les processus étiologiques sous-jacents à la

distance sociale illustré par les trois niveaux du modèle social interpersonnel de Maercker et Horn (2013) avec des effets de rétroaction reflété par la boucle de rétroaction interpersonnelle de Chentsova-Dutton & Ryder (2019).

En effet, au niveau interpersonnel, une grande tendance au retrait social est observée. L'isolement peut être une stratégie d'évitement (Timraz et al., 2019) qui est motivée par divers phénomènes comme la préférence d'éviter le bruit, la compagnie des autres ou toute situation pouvant causer de l'anxiété pour être au calme ainsi que l'envie de cacher sa situation aux autres (Yaghoubirad et al., 2023). On note encore la peur que la relation soit gâchée par la dépression et la colère pour des réfugiés afghans, irakiens et iraniens en Australie (Coffey et al., 2010) et l'envie de ne voir et ne parler à personne chez les Syriens en Jordanie (Al-Natour et al., 2019).

La distance sociale s'exprime aussi au niveau individuel sur le plan cognitif et émotionnel. En effet, le retrait social n'est pas seulement délibéré mais aussi simplement hors de la volonté des victimes. Certaines personnes irakiennes expriment une perte d'intérêt pour les relations amicales et romantiques ainsi qu'un changement dans les patterns d'attachement (Freh et al., 2013). On note aussi chez les femmes turques une extinction émotionnelle et des émotions négatives envers les autres, de la colère et de la rancœur envers la famille pour avoir failli à son rôle protecteur qui étouffent le retrait social (Mert & Aksoy, 2018) ainsi qu'un sentiment d'aliénation (Acka & Gencoz, 2022). Chez les femmes iraniennes victimes de violences interpersonnelles, nous retrouvons de forts sentiments de solitude (Naghavi et al., 2019).

D'une part, au niveau interpersonnel, plusieurs études mettent en exergue la contribution des conflits à la distance interpersonnelle. Erdener (2017) met en évidence l'hostilité relationnelle au sein du camp chez les réfugiés Yazidi en Turquie. Freh et al. (2013) soulignent chez la population irakienne la difficulté à maintenir des relations amicales en lien avec des disputes et conflits. On retrouve également des conflits avec l'entourage proche comme la famille, les amis et les voisins chez la population afghane (Miller et al., 2006). Chez les réfugiés syriens en Allemagne, on retrouve les disputes comme stratégies de coping bien que cela cause à long terme plus de souffrance dues à l'opposition aux valeurs culturelles prônant la cohésion familiale (Zbidat et al., 2020).

D'autre part, au niveau individuel, d'autres éléments soutenant une forme de danger relationnel font surface. Plusieurs études relèvent un manque de confiance au sein de la relation avec les proches en Iran (Naghavi et al., 2019), au sein de la communauté chez les

femmes turques (Mert & Aksoy, 2018) ou encore envers le gouvernement et les professionnels de santé pour la population afghane (Coffey et al., 2010). Une réticence à parler liées aux tortures subies est décrite par Shannon et al. (2015) chez les réfugiées somaliennes. On relève aussi un sentiment d'insécurité comme chez les femmes turques avec les gens ainsi qu'une réticence à communiquer avec autrui (Bahadir-Yilmaz & Oz, 2019). On retrouve aussi chez la population afghane des croyances généralisées assimilant tout étranger à des ennemis pouvant nous causer du tort (Coffey et al., 2010). Mert et Aksoy (2018) mentionnent aussi la peur de subir des abus à nouveau chez les femmes turques.

En outre, au niveau communautaire et interpersonnel, plusieurs éléments contribuant à la défaillance de l'aide apportée aux victimes sont mis en exergue. On retrouve un manque de solidarité chez la population irakienne (Freh et al., 2013), un manque de soutien de la part de la famille dans la population iranienne de l'étude de Naghavi et al. (2019) et un manque d'empathie et de soutien suite à la divulgation chez la population réfugiée au USA provenant du Liban, Irak, Maroc et Arabie Saoudite (Timraz et al., 2019). Au niveau interpersonnel, Einolf (2018), dans leur étude réalisée en Iraq, mentionne aussi la non-divulgation des traumatismes sexuels pour éviter de déshonorer la famille. Finalement, des études rapportent aussi des problèmes relationnels d'ordre romantique et sexuel liés à un manque de désir d'intimité (Freh et al., 2013 en Iraq) ou un manque de confiance au sein du couple (Mert & Aksoy, 2018; en Turquie) au niveau individuel.

Par ailleurs, on observe tout de même des éléments protecteurs comme la religion (Yaghoubirad et al., 2023; en Iran) et une évolution positive post-traumatique comme la formation de nouvelles relations (Acka & Gencoz, 2021; en Turquie).

Finalement, en ce qui concerne les attributions étiologiques liées à la culture, l'expression des symptômes susmentionnés reflétant une distance sociale au niveau individuel, interpersonnel et communautaire (Maercker & Horn, 2013) est établie dans un contexte culturel dictant les scripts normatifs et déviants. Certes, la déviance des normes d'appartenance collectivistes (Hofstede et al., 1997) peut engendrer une boucle de rétroaction interpersonnelle qui renforce le maintien du TSPT (Chentsova-Dutton & Ryder, 2015). En effet, la visibilité publique de ces manifestations déviantes provoque des réactions de l'entourage proche ou de la communauté renforçant des aspects comme le manque de soutien ou le manque de solidarité qui exacerbent la distance sociale.

2. Problématique et questions de recherche

Cette recherche s'intéresse à la manifestation du TSPT-C défini par la CIM-11. Nous nous intéresserons plus particulièrement à la population migrante en situation d'asile en Suisse, notamment les personnes originaires de la région MOAN et de l'Afrique subsaharienne qui résident spécifiquement dans le canton de Vaud.

Le point de départ est la nécessité d'une plus grande recherche émiq en ce qui concerne la manifestation des DSO et ses variations culturelles. Nous nous focaliserons en particulier sur les relations interpersonnelles perturbées en nous basant sur le point de vue de certains thérapeutes en santé mentale en Suisse.

Sur la base de ce qui a été considéré et réfléchi dans le cadre théorique, nous avons élaboré les questions de recherche suivantes :

1. Dans le contexte spécifique de l'asile en Suisse, et plus particulièrement pour les personnes originaires de la région MOAN et de la Corne d'Afrique, comment se manifeste le critère diagnostique des relations perturbées du TSPT-C ?
 - a. En particulier, quels sont les aspects culturels relationnels concernant ces deux populations cibles qui contribuent à la manière dont ce symptôme se développe et se maintient dans le temps ?
 - b. Étant donné que la procédure d'asile et le processus de migration les déracinent souvent de leur cercle social, comment les aspects structurels contribuent-ils au développement et au maintien de la perturbation de leurs relations interpersonnelles ?

3. Méthodologie

3.1. Équipe de recherche et phases du projet

La présente recherche de Master fait partie d'un cadre de recherche plus large, mandaté par l'UNIL et dirigé par la professeure Eva Heim. Le présent projet s'intéresse aux concepts culturels de la détresse et aux aspects structurels et culturels du TSPT-C. Outre le principal bailleur de fonds, l'UNIL, l'Association Appartenances à Lausanne a participé indirectement au projet en mettant à disposition ses espaces de travail et ses ressources internes.

Les deux principaux objectifs de cette recherche sont le développement d'un module spécifique aux manifestations culturelles du diagnostic de TSPT-C et l'adaptation d'un manuel thérapeutique aux concepts culturels de la population concernée. En particulier, la population migrante réfugiée en Suisse.

Pour ce faire, deux revues systématiques de nature qualitative sont en cours, dans le but d'examiner de manière critique la littérature concernant l'expérience, la compréhension et l'expression du TSPT et du TSPT-C dans la région MOAN (dirigée par Nadine Hosny, assistante diplômée) et en Afrique sub-saharienne (dirigée par Marion Bovey, assistante diplômée). Les études sélectionnées se concentrent sur la manifestation des symptômes de plusieurs troubles : stress traumatique, TSPT, TSPT-C, ainsi que sur la compréhension culturelle de la détresse liée à l'expérience traumatique en général.

Parallèlement aux revues systématiques, une recherche émiq est en cours et vise à explorer les concepts culturels des symptômes du TSPT-C du point de vue des professionnels de la santé dans le contexte Suisse et des patients eux-mêmes, toujours avec un intérêt culturel pour la région MOAN et l'Afrique sub-saharienne. Bien que le genre masculin générique soit utilisé dans l'ensemble du document, il est important de souligner que les patients concernés englobent à la fois les femmes et les hommes.

Les entretiens sont réalisés avec trois groupes spécifiques au sein de l'association Appartenances : une première série d'entretiens avec des thérapeutes, une deuxième avec des interprètes communautaires et enfin des entretiens avec les patients des thérapeutes. Cette recherche de Master s'inscrit précisément dans cette partie du projet : notre intérêt spécifique se porte sur le point de vue des thérapeutes. A l'heure actuelle, les entretiens avec les patients sont encore en cours.

3.2. Accès au terrain

Appartenances est une organisation active dans le canton de Vaud depuis 1993. Elle vise à favoriser le bien-être des migrants et faciliter leur intégration sociale. Leur centre de Consultation Psychothérapeutiques pour Migrant·es (CPM) offre des soins psychiatriques et psychothérapeutiques aux migrants souffrant de traumatismes liés à la migration. La CPM est reconnue comme institut de formation en psychiatrie et psychothérapie transculturelle et est subventionnée par le CHUV.

En 2021, la collaboration entre l'UNIL (Dre. Heim) et la CPM (Dre. Dutray), a lancé un projet de recherche visant à collecter des données sur le TSPT-C en utilisant les ressources internes de l'association, notamment les thérapeutes, les interprètes et les patients. Cette coopération permet d'allier l'expertise académique et clinique dans le domaine de la psychiatrie transculturelle, en se concentrant sur la population migrante du canton de Vaud. Avec l'association Appartenances, le groupe d'intérêt a été défini, le guide d'entretien a été élaboré et les entretiens qualitatifs ont eu lieu.

3.2.1. Population

Cette recherche s'intéresse au point de vue d'un certain nombre de thérapeutes qui, au moment de l'entretien, travaillaient pour l'association Appartenances, sur les sites de Lausanne et de Vevey. Plus précisément, onze entretiens ont été menés avec dix professionnels dont cinq psychologue-psychothérapeutes femmes, une psychologue femme et quatre psychiatres-psychothérapeutes dont trois hommes.

Les critères de sélection de l'échantillon exigeaient de travailler (ou d'avoir travaillé) pour l'association en tant que thérapeute et d'avoir une expérience de travail clinique en contact avec la population réfugiée en Suisse, y compris les patients de la région d'intérêt, notamment MOAN et de la Corne d'Afrique.

Les participants ont été sélectionnés par Marion Bovey. La chercheuse s'est présentée sur le site d'Appartenances lors d'une réunion d'équipe, a informé les thérapeutes des intérêts de la recherche et a donné ses coordonnées. Par la suite, les personnes intéressées l'ont contactée, soit en personne, soit par email, et une date et un lieu d'entretien ont alors été fixés.

Onze thérapeutes ont décidé de participer à la recherche et de mener un entretien avec la chercheuse. Pour des raisons d'anonymat, un code de référence a été attribué à chaque thérapeute (voir annexe B).

Chaque thérapeute a reçu une fiche d'information sur le projet et a été invité à signer une déclaration de consentement (voir annexe C).

3.3. Entretiens semi-directifs

L'entretien semi-directif a été choisi comme moyen de collecte des données (Kvale, 1994 ; Brinkmann, 2014). La grille d'entretien a été créée sur la base des intérêts du groupe de recherche et les questions posées ont été motivées par l'intérêt porté aux aspects culturels dans la manifestation des symptômes du stress post-traumatique complexe (voir la partie suivante consacrée à la grille d'entretien). Elle a été élaborée par l'équipe de recherche et la cheffe de clinique d'Appartenances. Des adaptations et des ajouts ont été effectués en fonction de la conduite des entretiens. La passation des entretiens avec les thérapeutes a été dirigée et réalisée par l'assistante diplômée Marion Bovey, avant le début de ce travail de Master.

La chercheuse a réalisé 11 entretiens semi-directifs entre décembre 2021 et mai 2022 avec 10 thérapeutes de l'Association Appartenances (à Lausanne et à Vevey). La durée des entretiens variait entre une heure et une heure et demie, en fonction de la disponibilité des thérapeutes. Tous les entretiens semi-directifs ont été réalisés en face à face dans le cabinet du thérapeute, à l'exception d'une partie de l'entretien RFT2201 (b) qui a eu lieu à distance sur l'application Zoom. Tous les entretiens se sont déroulés en langue française.

L'objectif de l'entretien était d'explorer les perceptions liées à la manifestation culturelle des symptômes du TSPT-C chez les thérapeutes, qui ont été invités à réfléchir à deux groupes cibles en particulier parmi leurs patients :

- Personnes des pays « MOAN » : Syrie, Irak, Afghanistan et l'Afrique du Nord
- Personnes provenant de la Corne de l'Afrique : Somalie, Éthiopie, Érythrée.

3.3.1. La grille d'entretien

La grille d'entretien était divisée en neuf parties. La première partie est une introduction générale du projet de recherche, les parties deux à quatre traitent des DSO TSPT-C, les parties cinq à sept traitent des symptômes du TSPT, la huitième partie porte sur la dissociation, et la dernière partie est une question ouverte sur tout point culturellement saillant qui n'aurait pas été abordé pendant l'entretien. Pour une vue complète de la grille, veuillez-vous référer à l'annexe D.

Pour élaborer les sept premiers points de la grille d'entretien, les critères diagnostiques qui définissent le TSPT-C selon l'*International Trauma Questionnaire* (ITQ, Cloitre et al., 2018, voir annexe E pour la version française) ont été utilisés.

L'ITQ est un questionnaire auto-rapporté de 12 questions qui permet d'examiner le TSPT et le TSPT-C selon les critères de la CIM-11. Six items représentent les trois groupes de TSPT : la reviviscence, l'évitement et le sentiment de menace. Six items composent les trois groupes de DSO. L'adhésion aux symptômes est évaluée sur une échelle de Likert en cinq points allant de zéro (pas du tout) à quatre (extrêmement), indiquant, au moyen de trois autres questions, dans quelle mesure un symptôme a influencé le mois écoulé. Comme le mentionnent les auteurs, les recherches de validation du questionnaire ont démontré une bonne validité factorielle, ainsi qu'une fiabilité composite et discriminante (Hyland et al., 2017 ; Karatzias et al., 2016, cité dans Jowett et al., 2020, p. 38).

La grille a été élaborée pour permettre une discussion sur les aspects culturels liés à ces critères. D'une manière générale, pour chaque question posée, les thérapeutes devaient réfléchir à la manifestation culturelle des symptômes inclus dans l'ITQ pour les deux groupes cibles. Étant donné que la recherche était principalement axée sur les symptômes DSO du TSPT-C, la grille a été structurée de manière à ce qu'une place suffisante soit accordée dans un premier temps à ces trois symptômes. Par la suite, les symptômes de TSPT ont également été abordés. Les principaux axes de chaque section et critère étaient la pertinence du symptôme dans la pratique clinique et les aspects culturels liés à ce symptôme.

3.4. Éthique et gestion de données

Les données collectées dans le cadre de cette recherche sont considérées comme des données sensibles et sont soumises à la Loi cantonale vaudoise sur la protection des données (LPrd) et à la Loi fédérale sur la protection des données (LPD) au niveau fédéral.

Nous avons donc eu accès à ces données et les avons traitées en conséquence, conformément au règlement de l'UNIL. Les données sensibles ont été ainsi archivées et traitées au sein d'un espace de stockage sécurisé. En effet, l'accès par l'équipe a été rendu possible grâce à l'utilisation d'un logiciel de sécurité permettant l'accès aux fichiers et dossiers cryptés. Dans ce cadre, les enregistrements des entretiens ont été retranscrits par plusieurs membres de l'équipe de recherche, tant par l'assistante diplômée que par les étudiants en master qui ont participé au projet de recherche.

Le type de retranscription a été défini précisément par l'équipe de recherche (voir annexe F), de type manuel, sur un document Word, et avec le logiciel Express Scribe. Tous les mots prononcés ont été retranscrits sans modification en cas de prononciation incorrecte, de même que les sons, les pauses et les onomatopées. Les données ont été anonymisées par l'attribution d'un code de référence à chaque participant.

3.5. Orientation méthodologique et analyse des données

Cette recherche s'inscrit dans une approche constructiviste au travers de la méthode qualitative de l'analyse thématique telle que définie par Braun et Clarke (2006). En particulier, l'approche est constructiviste car elle s'intéresse à la phénoménologie d'un trouble mental en considérant le contexte socioculturel comme fondement.

Parmi les trois grandes écoles de l'analyse thématique de Braun et Clark (2022), nous nous situons dans celle de l'approche *codebook* (p.8). La méthode choisie est liée à nos questions de recherche, qui portent sur la phénoménologie d'un trouble spécifique et les aspects culturels non encore définis. La démarche de codage que nous avons choisie se situe donc entre l'approche théorique ou déductive (p.ex. Boyatzis, 1998 ; Hayes, 1997, cités dans Braun & Clark, 2006, p. 83) et l'approche inductive (p.ex. Frith & Gleeson, 2004, cité dans Braun & Clark, 2006, p.83). Nous avons intégré le processus inductif pour explorer le point de vue subjectif des thérapeutes et leur réalité en se basant sur leur pratique et leur expérience clinique (Roberts et al., 2019). En plus, dans cette recherche ciblée sur le TSPT-C, nous avons spécifiquement examiné les symptômes liés aux DSO. Parmi ces symptômes, notre attention s'est principalement portée sur le thème des relations interpersonnelles dès le début de la phase du codage.

Dans le processus de codage, nous avons analysé tous les entretiens et chaque partie de ceux-ci, quelle que soit la question posée. Bien que la grille d'entretien ait été établie en suivant la séquence des symptômes, nous avons choisi d'accorder une importance égale à chaque partie de l'entretien, donc aussi les parties qui n'abordent pas spécifiquement les relations interpersonnelles.

Nous avons effectué l'analyse thématique au niveau latent, avec également des interprétations plus conceptuelles des données (Braun & Clarke, 2013, p.207), car nous voulions aller au-delà du contenu sémantique. Notre intérêt était de situer la phénoménologie d'un des symptômes DSO du TSPT-C: la perturbation des relations interpersonnelles. L'intérêt de base est de nature clinique, en axant sur la psychopathologie et, par le biais de nos

connaissances cliniques, nous avons interprété les données en conséquence. Cela dit, dans notre analyse, nous avons codé à la fois les informations sémantiques ou descriptives et les significations latentes.

3.5.1. Analyse des données

L'analyse a été réalisée en suivant les six étapes de recherche de Braun et Clark (2006), qui sont les suivantes :

1. Se familiariser avec les données
2. Générer des codes initiaux
3. Recherche de thèmes
4. Révision des thèmes
5. Définir et nommer les thèmes
6. Produire le rapport

Les données de chaque participant.e ont été codées par les deux chercheuses (étape 2). C'est sur la base des données disponibles (codage dans le texte) que nous avons ensuite défini les thèmes, à savoir les étapes 3, 4 et 5 de cette méthode d'analyse. Pour ce faire et pour pouvoir coordonner le travail des deux chercheuses, nous avons décidé d'analyser les données à l'aide de MAXQDA (VERBI Software, 2021), un logiciel d'analyse de données qualitatives.

Après nous être familiarisées avec les données, nous avons décidé de coder deux entretiens séparément, puis de les discuter ensemble et de créer une première liste de codes. Cette phase nous a permis de réfléchir à notre propre façon de coder les informations. Grâce à cette phase de réflexion (Braun & Clarke, 2013), nous avons pu comparer la manière dont nous avons codé les informations et avons fait converger les deux entretiens analysés séparément en une seule version comprenant 64 codes et 89 extraits. Ceci nous a permis de constater que notre sélection des extraits était semblable mais que la longueur divergeait. Quant à l'attribution des noms de codes, le sens conceptuel du code était similaire avec tout de même quelques différences linguistiques. Nous avons ainsi pu nous accorder sur la manière de nommer les codes.

L'ensemble de la codification (et la création ultérieure de thèmes) des 10 entretiens a eu lieu entre fin décembre 2022 et mars 2023, avec un total de 39 appels sur zoom d'une durée de plus de deux à quatre heures par réunion (rédaction d'un journal et prise de notes). Nos 10 entretiens comprenaient 253 codes (738 extraits) répartis en neuf thèmes, 25 sous-thèmes et quatre codes orphelins (cf. annexe G). Suite à un long processus de réflexion autour des

aspects les plus saillants dans la compréhension culturelle de la perturbation des relations interpersonnelles dans le TSPT-C, nous avons finalement structuré nos données en 3 thèmes incluant 183 codes (831 extraits) : le contexte (trois sous-thèmes et huit sous-sous-thèmes) étant primordial à la compréhension des conditions culturelles et structurelles dans lequel l'individu traumatisé évolue, la symptomatologie (deux sous-thèmes et cinq sous-sous-thèmes) étant le cœur de notre analyse et la thérapie transculturelle (deux sous-thèmes et quatre sous-sous-thèmes) comportant un aspect relationnel que nous estimons pertinent dans la clinique transculturelle en suisse (cf. annexe H). Par la suite, décidant de ne préserver que les aspects contextuels directement liés aux relations interpersonnelles et à la compréhension de la maladie et choisissant de mettre en évidence la symptomatologie liée à la perturbation des relations interpersonnelles, nous avons restreint notre analyse à deux thèmes comportant : le contexte (deux sous-thèmes, quatre codes) et la symptomatologie (trois sous-thèmes, 11 codes).

3.5.2. Qualité et rigueur scientifique

Sur la base de notre première liste de codage (64 codes), nous avons ensuite décidé d'analyser séparément les 8 entretiens restants (quatre chacune). Cela nous a ensuite permis de tester la cohérence de nos évaluations par rapport aux mêmes données (voir les tableaux en annexe I), toujours à l'aide de MAXQDA. En ce qui concerne la cohérence interjuge, nous l'avons calculée sur trois niveaux (voir VERBI, 2021 pour de plus amples informations), initialement sur trois entretiens :

- Fréquence des codes dans le document :
 - Pour chaque entretien, on vérifie si l'autre chercheuse a attribué les mêmes codes (résultat : 92,98 %).
 - Pour chaque entretien, on vérifie si l'autre chercheuse a attribué les mêmes codes le même nombre de fois (résultat : 80,26 %).
- Coefficient K (Brennan & Prediger, 1981, cité dans VERBI, 2021) - Pour chaque segment codé, on vérifie si l'autre chercheuse a attribué le même code au segment (résultat : $K = 0.40$, avec un taux de certitude du segment de 80% ; $K = 0.45$ avec un taux de certitude du segment de 70%, $K = 0.50$, avec un taux de certitude du segment de 60 %).

En vérifiant ces trois premiers entretiens, nous nous sommes rendu compte que pour plus de 90 % du contenu des entretiens, nous avons sélectionné les mêmes parties du texte.

Cependant, la manière de nommer les segments et la sélection précise du texte ne correspondaient pas toujours entre nous (souvent, l'une d'entre nous avait tendance à prendre le paragraphe entier, l'autre une partie plus succincte du texte). En effet, comme mentionné par Elaldi et Yerliyurt (2017), un coefficient K (Cohen, 1960) égal à de 0.21 à 0.40 doit être considéré comme discret et de 0.41 à 0.60 comme un accord modéré.

Suite à ces résultats, et conscientes que le processus de réflexion mené lors des deux premiers entretiens était plus fructueux que le travail séparé, nous avons décidé de réanalyser simultanément tous les entretiens restants, en sélectionnant et en codant les parties du texte à la suite d'une réflexion commune.

3.6. La position des chercheuses

Nous sommes deux étudiantes de master en psychologie clinique, à l'UNIL ayant un intérêt personnel pour les questions migratoires et culturelles. Au-delà de notre parcours et intérêts personnels, il est important de noter que nous portons une double casquette de praticiennes-chercheuses (De Lavergne, 2007) : celle de mémorante au sein de l'équipe de recherche effectuant notre mémoire à l'aide des données récoltées auprès de l'association Appartenances et celle de psychologue clinicienne stagiaire au sein de la même association.

Cette pluralité nous a permis de mettre en lien les concepts théoriques en psychologie transculturelle étudiés lors de l'élaboration de ce mémoire et la pratique de la thérapie dans un contexte expérimenté en la matière. Néanmoins, cette double identité peut avoir une influence sur le sens du processus de notre analyse des données (*bottom-up, top-down*) (De Lavergne, 2007). De ce fait, cela soulève la question de la complexité de notre subjectivité au sein de cette recherche. Ainsi, il est tout de même important de noter que par ce biais, nous avons également côtoyé certains des thérapeutes, interprètes et/ou patients interviewés lors de cette recherche.

Par ailleurs, outre les nombreux moments de réflexion à deux, ce travail a été réalisé en étroite collaboration avec l'équipe de recherche. Nous avons pu réaliser l'analyse thématique sur plusieurs mois, en élargissant notre réflexion avec les doctorantes du projet et d'autres étudiants de Master ayant la même approche de recherche sur les questions cliniques transculturelles, à travers des ateliers pratiques.

3.6.1. Partie réflexive Alder Isabella

Le thème des migrants en situation d'asile en Suisse me tient à cœur, il éveille ma curiosité et mon sens critique. Cet intérêt est lié à mon parcours de vie, tant académique que professionnel, et s'est donc développé au fil du temps. Bien que je n'aie pas grandi dans un environnement particulièrement sensible aux questions d'asile, j'ai approfondi mes connaissances à ce sujet en séjournant dans un camp de réfugiés en Grèce en 2016, en vivant à l'étranger et en travaillant comme éducatrice sociale dans un foyer pour requérants d'asile mineurs non accompagnés entre 2020 et 2021.

Mon engagement auprès des mineurs non accompagnés a joué un rôle crucial dans ma décision de poursuivre un Master en psychologie clinique, me rendant consciente de l'importance de la santé mentale dans ce contexte sociétal. À travers ce travail de Master, j'ai indéniablement établi un lien avec mon expérience passée, me permettant d'approfondir un sujet aussi complexe sur le plan clinique, ce qui n'était pas possible en tant qu'éducatrice, étant donnée l'urgence des tâches quotidiennes.

Ma formation antérieure inclut un Bachelor à l'Université de Fribourg et un Master en sciences sociales à l'Université de Neuchâtel, axé sur la psychologie socioculturelle. Mon approche interdisciplinaire enrichit mon sens critique pour comprendre les phénomènes sociaux, en incluant la géographie, l'ethnologie, l'anthropologie, et bien entendu, la psychologie. J'ai exploré l'approche qualitative en rédigeant mon premier mémoire portant sur les expériences de bénévolat dans les camps de réfugiés en Grèce de certains étudiants suisses et sur la manière dont cette expérience s'insère dans leur trajectoire de vie.

Je suis convaincue que notre sensibilité transculturelle peut être affinée par des expériences extra-académiques. Mes voyages et séjours au Moyen-Orient et en Asie, en tant que suisse, blanche et issue d'une famille enracinée au Tessin, m'ont permis de prendre conscience directement du privilège dans lequel j'ai grandi.

Ce travail de Master a confirmé une fois de plus qu'il est essentiel de reconnaître et de respecter la pluralité des modes d'existence et des significations que nous attribuons à notre propre existence. C'est pourquoi j'envisage l'approche transculturelle comme cohérente avec la pratique clinique que je souhaite développer dans l'avenir.

3.6.2. Partie réflexive Ezzakraoui Rania

Issue de la région MOAN (Maroc et Algérie), j'ai appris à conjuguer et jongler entre mes valeurs collectivistes et individualistes, ainsi qu'à naviguer les enjeux culturels d'un

concept de soi interdépendant dans le contexte culturel suisse. En outre, c'est dans mes racines que naît mon intérêt pour la clinique transculturelle et la psychotraumatologie. En effet, mes parents étant migrants, arrivés en Suisse quelques années avant ma naissance, c'est depuis l'enfance que j'ai été confrontée aux questions migratoires et aux enjeux de l'intégration en Suisse. J'ai donc vécu une enfance bi-culturelle, tantôt souffrant d'un décalage avec mon cercle social suisse tantôt remarquant la richesse de mon héritage. Ayant eu une vie rythmée d'aller retour entre la Suisse et le Maroc, c'est naturellement que mon intérêt pour l'interculturalité n'a cessé de fleurir.

Ainsi, j'entame une activité bénévole d'accompagnement de migrants en situation d'asile à travers l'animation d'activités au sein d'une maison de quartier en 2018-2019. Cette expérience m'a particulièrement sensibilisée aux enjeux culturels d'appartenance groupale, ainsi qu'aux enjeux structurels de la migration forcée en Suisse. Ainsi, lors de mon Bachelor en psychologie à l'Université de Genève, je m'inscris au cours "Regards interdisciplinaire sur la migration forcée" et participe aux "cafés solidaires" qui consistent en un moment convivial autour d'un café avec des migrants en situation d'asile en suisse pour d'une part discuter de sujet libres ou dirigés, et d'autre part, faciliter leur intégration sociale et l'apprentissage du Français. Cette expérience m'a certainement sensibilisée aux enjeux de l'intégration sociale en suisse et au maintien des relations interpersonnelles ainsi que la gestion de troubles psychologiques liés à l'asile. Puis, j'entame mon master en psychologie clinique à l'UNIL, lors duquel j'effectue mon stage pratique au sein de l'association Appartenances. Durant celui-ci, je découvre les spécificités de l'approche clinique transculturelle et de l'ethnopsychiatrie.

C'est avec ce bagage culturel, personnel, académique et professionnel que j'effectue ce mémoire de Master portant sur l'expression de la perturbation des relations interpersonnelles dans le TSPT-C. Il est intéressant de mentionner que l'Université de Genève est fervente partisane de l'approche quantitative en recherche scientifique. Ainsi, ce n'est qu'en Master à l'UNIL que je découvre l'approche qualitative, ce qui me pousse à changer de perspective dans ma manière d'effectuer les analyses de données et la manière de considérer l'objectivité et l'inclusion du chercheur dans le processus de recherche.

4. Résultats

L'analyse a été organisée selon les deux grands thèmes (et les sous-thèmes qui en découlent) qui ont été identifiés lors de la phase d'analyse des données :

- **Contexte** : On y trouve tous les éléments qui permettent de mieux comprendre sur quelle base se manifeste la symptomatologie, notamment les aspects culturels et structurels.
- **Symptomatologie** : On y trouve tous les éléments pertinents pour comprendre les symptômes qui concernent la manière dont la personne est en relation avec autrui.

Toutes les informations ont été sélectionnées en raison de leur pertinence par rapport aux questions de recherche sur les relations interpersonnelles (perturbées). Pour chaque thème, nous présenterons des extraits des données les plus saillantes et les plus représentatives.

Légende, en ce qui concerne les extraits de l'analyse :

MB	Marion Bovey parle
RFT22--	Le thérapeute parle
<i>(en italique)</i>	Paratexte, c'est-à-dire tout ce qui accompagne la parole
{sic}	Seule utilisation, quand une erreur vient de l'entretien et non de la retranscription
<i>En italique</i>	Textes en langue étrangère
<u>Mot souligné</u>	Mots accentués dans la phrase
« »	Un discours rapporté dans l'entretien
[...]	Une partie de l'extrait a été supprimée par les chercheuses de cette recherche, uniquement aux fins de la présentation des résultats

Interlocutions croisées, c'est-à-dire que les 2 personnes parlent en même temps.

Petite intervention : [Mh mh] ajouté dans le discours directement

Longue intervention : On ajoute ... au moment de la coupure et on commence l'intervention de la personne 2 avec une minuscule, puis on revient à la fin du discours de la personne 1 en commençant par ...

Tableau 2

La liste des thèmes de l'analyse

CONTEXTE	ASPECTS CULTURELS	Étiologie
		Identité
	ASPECTS STRUCTURELS	Isolation & relations familiales
		Dépendance vis-à-vis du système d'accueil
SYMPTOMATOLOGIE	DISTANCE SOCIALE (au niveau cognitif et émotionnel)	Insécurité et méfiance
		Sentiment de fragilité et d'infériorité
		Aliénation
		La relation comme un danger
		Peur de l'abandon
		Peur de causer du tort à autrui
	MANIFESTATION COMPORTEMENTALE	Retrait social
		Contrariété dans le lien social
		Difficultés de Divulgateion
		Éléments dissociatifs
		Surinvestissement relationnel
	RELATIONS MÉTAPHYSIQUES	

4.1. Contexte

4.1.1. Aspects culturels

4.1.1.1. *Modèle explicatif (explication et maintien de la maladie)*

La symptomatologie de la perturbation des relations sociales est teintée par la culture. Les aspects culturels comme les croyances culturelles impactent directement le modèle explicatif de la maladie de la personne allant des raisons de son déclenchement aux processus de maintien de la maladie. La citation ci-bas illustre une possible explication culturelle de la maladie :

[...] une patiente [...], qui venait de l'Afrique, qui avait l'impression qu'on lui avait volé son âme. **[mh mh]** Donc elle, elle exprimait ça comme ça et pis sa compréhension de la maladie était comme ça. Pour elle, c'est pas un trauma, c'était de la sorcellerie. Quelqu'un lui avait volé son âme. **[mh mh]** Et pis il y avait ce détachement... pasqu'elle était pas là. **[ouais]** Il y avait quelqu'un d'autre qui était dans son corps... (RFT2206: 56)

En effet, la croyance en la sorcellerie dans certains pays, ici africains, permet d'interpréter la maladie en terme culturel sans prendre en compte le traumatisme. Ainsi, le détachement est interprété en lien avec le vol de l'âme ou la possession et non comme une conséquence du traumatisme. D'autres thérapeutes mettent en avant différentes explications culturelles à propos du maintien de la maladie comme l'impossibilité de rentrer au pays pour consulter un sage qui effectue un rituel. Ainsi, les croyances culturelles contribuent grandement à l'explication et au maintien de la perturbation des relations interpersonnelles.

4.1.1.2. *Identité (importance du groupe dans la définition de soi, genre, réussite sociale)*

Les fondements même de l'identité sont intrinsèquement influencés par la culture et comprennent diverses notions comme l'importance du groupe, les injonctions d'appartenance groupale ou la réussite sociale. La citation ci-dessous discute des implications d'un concept de soi interdépendant dans le contexte des relations interpersonnelles :

Dans dans le regard qu'il perçoit {sic} des autres. **[mh mh]** Ça, je trouve ça se passe beaucoup plus, pas par rapport à qui suis-je **[mh mh]** par rapport à moi-même mais à comment les autres me voient **[mh mh]** et comment je suis intégré dans dans un groupe. **[mh mh]** Donc ça, ça passe [inaudible] les aspects identitaires plus par la la la

groupalité et le regard des des autres que par rapport aussi à à soi-même. (RFT2208: 109)

Certains thérapeutes avancent que l'identité même de la personne comprend le groupe. De ce fait, le rapport à soi-même passe par la relation avec autrui. Ainsi, cela implique donc l'attention particulière au regard des autres et l'intégration dans le groupe. Certains mentionnent aussi les injonctions d'appartenance groupale comme la primauté du groupe qui requiert de faire passer le bien-être du groupe et le respect des lois sociales au-dessus de ses besoins personnels.

D'autres thérapeutes mentionnent aussi la notion de réussite sociale s'évaluant à travers l'appartenance familiale et sociale, le statut social, le fait de fonder une famille et le rôle dans la communauté et le rôle de genre. En effet, d'autres thérapeutes mentionnent, pour les femmes, l'importance de la servitude envers la figure masculine responsable du foyer, de la tenue du foyer et de l'éducation des enfants, et pour les hommes, les responsabilités plutôt orientés vers l'extérieur du foyer, telles que les finances, l'emploi et la représentation de la famille dans la société. Ainsi, l'identité de l'individu est ancrée dans la groupalité et les relations interpersonnelles font partie intégrante de sa reconnaissance identitaire et sociétale.

4.1.2. Aspects structurels

Dans cette section, nous abordons les aspects structurels évoqués par les participants, en mettant en lumière les expériences significatives des personnes en situation d'asile vivant en Suisse, et leur manière d'établir des relations dans ce nouveau contexte de vie.

4.1.2.1. *Isolation et relations avec la famille*

La situation d'asile peut placer la personne en marge de la société, éloignée de sa famille ou de ses proches, et confrontée à des conditions sociales très différentes de celles qu'elle connaissait avant la migration :

[...] les patients m'ont dit que non ils avaient aucun hum problème à se sentir proche de d'autrui. **[OK]** Mais, en même temps, euh ils sont déjà tellement isolés que finalement euh ils sont dans une configuration qui est déjà très différente de... d'avant les événements traumatiques. **[mh mh]** Hum donc j'ai l'impression qui... ils ont pas pu expérimenter [...] une relation plus proche, euh plus intime qui leur permettrait [...] de constater cette distance-là donc y a un biais je pense. (RFT2201_P2: 11)

Il est important de considérer que les migrants en situation d'asile sont souvent en Suisse sans leur famille d'origine. Cette nouvelle configuration de vie fait que le réseau social dont ils disposent est bien différent de celui d'avant la migration. Dans cette nouvelle configuration de vie, outre l'aspect de l'isolement et de l'éloignement de la famille, il y a certainement une adaptation des rôles : les femmes ont plus de facilité à maintenir leur rôle de mère, tandis que les hommes, en raison de leur statut, du processus de migration et d'intégration, ne parviennent souvent pas à maintenir leur rôle social.

Les données révèlent que, même en cas de regroupement familial ou d'arrivée avec la famille, les requérants d'asile vivent généralement dans une situation de distance par rapport aux autres et aux résidents suisses, due aux conditions de vie qu'implique la situation d'asile. Sur le plan relationnel, ils peuvent avoir des difficultés à établir des relations intimes aussi en raison de la distance provoquée par les différences d'apparence, de coutumes et de compétences linguistiques, pouvant entraîner des expériences de discrimination et de racisme.

Cette situation d'isolement social en Suisse rend difficile pour eux de percevoir leurs difficultés relationnelles. Si l'incapacité à se sentir proche des autres est considéré comme un symptôme possible du TSPT-C, les nouvelles conditions de vie en situation d'asile peuvent en elles-mêmes favoriser la manifestation de ce symptôme. L'exploration de ce symptôme peut également être entravée par les contraintes structurelles existantes susmentionnées.

4.1.2.2. Dynamiques de dépendance vis-à-vis du système d'accueil

Les thérapeutes mentionnent que le système d'accueil des requérants d'asile génère des situations stressantes qui requièrent de l'adaptation.

Sinon y a beaucoup de je pense peut-être le vécu d'injustice ça peut faire amener au à la au vécu de contrariété [oui] pasqu'y a beaucoup de vécu d'injustice par rapport aux démarches administratives, [mh mh] par rapport à la société suisse, justement, l'assistant social aussi comme représentant de la... de la société suisse. Donc là je me dis peut-être euh là effectivement on trouve la contrariété. (RFT2203: 52)

L'extrait ci-dessus fait référence aux mesures sociales adoptées en vertu du droit suisse, qui peuvent ne pas correspondre à un traitement équitable pour la personne migrante en situation d'asile. Cela peut conduire à des dynamiques relationnelles au sein de ce système alimentées par des sentiments de contrariété. Dans ce cas, l'assistant social est associé au système d'accueil dans son ensemble, et les émotions qu'il suscite sont également justifiées par le traitement reçu dans le contexte global et non en référence à la personne individuelle.

Cependant, c'est avec cette personne, et avec la relation qui se développe avec elle, que ces sentiments peuvent s'exprimer.

De manière générale, le nouveau contexte de vie du requérant d'asile le place dans une position subordonnée au système d'accueil, dépendant des personnes responsables de son processus d'intégration. Cette situation précaire peut résulter de l'attente de réponses concernant l'obtention d'un statut et d'un permis de séjour, ou du besoin d'occuper son temps avec des activités sociales et professionnelles. Les données montrent que cette dépendance au système s'accompagne de l'ambition ultime de devenir autonome. Cependant, ce processus long et complexe peut engendrer des sentiments d'injustice envers le système, compromettant ainsi les relations avec ses représentants.

4.2. Symptomatologie

4.2.1. Distance sociale au niveau cognitif et émotionnel

La symptomatologie post-traumatique s'exprime premièrement à travers une distance sociale qui peut être définie sur le plan cognitif et émotionnel :

Quand je suis avec les autres y a euh c'est plus comme avant, je me sens un peu à part. **[mh mh]** Hum... oui, quelque chose autour de plus se sentir faire partie de. **[ouais]** On est là mais on est plus là comme avant, hum on est là physiquement, mais on n'est pas là émotionnellement, on n'est pas là avec ses pensées. **[mh mh]** On est là sans être là. **[mh mh]** Y a quelque chose de de la fluidité euh naturelle qui est perdue quoi.
(RFT2203: 201)

En effet, les thérapeutes décrivent une distance au sein de la relation prenant racine dans une coupure émotionnelle et cognitive. Cette absence survient malgré une présence physique de l'individu qui entraîne une dysfonction de la fluidité de l'interaction. Selon les thérapeutes, cette distance, empêchant l'individu d'être en lien avec autrui comme à son habitude pré-traumatique, est due à différents éléments comme l'insécurité et la méfiance, le sentiment de fragilité et d'infériorité, le sentiment d'aliénation, la perception de la relation comme un danger, la peur de l'abandon ou encore la peur de causer du tort à autrui.

Ci-bas nous développons ces six facettes de la distance sociale au niveau cognitif et émotionnel.

4.2.1.1. *Insécurité et méfiance*

Premièrement, nous constatons une insécurité et une méfiance en contexte relationnel liée à un manque de solidarité, une peur du jugement de la part d'autrui, un sentiment d'être seul et incompris ainsi qu'un manque de confiance et un manque de soutien, illustrés dans la citation suivante :

[...] des personnes traumatisées mises ensemble, même si elles viennent de la même culture, c'est assez rare que ça crée une super solidarité, un super soutien et qu'elles **[mh mh]** se sentent victimes ensemble et que ensemble, elles arrivent à reconstruire un truc. Moi j'observe plutôt, malheureusement, une tendance à que ça délie [...] les unes aux autres, pasque chacune porte sa honte, [...] cette impression que il va être jugé par l'autre ou que les autres vont pas le comprendre, qu'il est le seul qui a vécu ça et pas les autres, [...]. [...] ça a plutôt tendance à casser un peu les **[OK]** ces relations de confiance et de de soutien [...]. (RFT2202: 176)

L'expérience traumatique peut être à l'origine d'une distance entre les individus. En effet, certains thérapeutes rapportent un manque de solidarité et de proximité au sein de la communauté souvent vécu à la suite d'un traumatisme. Certes, le patient n'éprouve pas la sécurité nécessaire pour se mettre en lien avec autrui. Au contraire, les données démontrent un sentiment d'insécurité prenant racine dans différents aspects comme : une solitude dans le vécu lié à la honte et la peur du jugement social pouvant, selon certains, pousser à ne pas partager sa souffrance. Les thérapeutes soulignent aussi l'importance du vécu dans le sentiment de solitude et de manque de cohésion groupale. En effet, ces derniers relèvent un sentiment d'être incompris par les autres causant une distance interpersonnelle. Ce ressenti se base sur une distinction réelle ou imaginée entre ceux qui auraient vécu le traumatisme et ceux qui ne l'auraient pas vécu. En conséquence, on constate aussi une rupture des liens de confiance et une réduction du soutien social. Ainsi, l'individu perd les avantages potentiels de l'appartenance groupale : l'autre n'est pas perçu comme une source d'aide, un vecteur de lien, une ressource avec laquelle on peut partager sa souffrance. Par ailleurs, d'autres thérapeutes mentionnent aussi la perte de l'aide sur le plan pratique particulièrement bénéfique en situation d'asile comme le partage de bon filons et l'appui pour trouver un travail.

Par ailleurs, certains thérapeutes relèvent particulièrement chez les migrants en situation d'asile une méfiance apprise dûe au contexte politique du pays de provenance :

Pasqu'y a la méfiance si ils ont vécu des tortures ou voilà, des agressions interpersonnelles euh... comme ça. Mais au-delà de ça, voilà Somalie classiquement, Érythrée, Afghanistan, voilà Syrie, même l'Irak, les personnes ont grandi et surtout, par exemple, comme les Afghans ou Somaliens et les Erythréens, ils ont connu que des États [mh mh] dictatorials {sic} ou des États très violents et arbitraires. [mh mh] Donc euh ce qu'ils ont bien intégré c'est que la méfiance, elle est nécessaire. (rire) (RFT2208: 236)

Les thérapeutes soulignent donc la difficulté de créer et préserver des liens de confiance étant déjà particulièrement fragiles dû à une méfiance souvent pré-établie en lien avec les violences interpersonnelles vécues comme des tortures ou des abus et agressions liés au régime dictatorial et répressif. Certes, le caractère arbitraire des violences subies étoffe l'insécurité généralisée et, selon certains thérapeutes, entraîne une modification des croyances fondamentales de la victime à propos du monde, de la nature de l'homme et particulièrement en ce qui concerne les relations interpersonnelles. Cette méfiance adaptative reflète un sentiment d'insécurité généralisé et ancré depuis l'enfance pour certaines personnes. Ainsi, cet apprentissage précoce de la nécessité de la méfiance contribue à la distance sociale émotionnelle et cognitive ainsi qu'à la difficulté dans la mise en lien avec autrui.

4.2.1.2. *Sentiment de fragilité et d'infériorité*

De plus, certains thérapeutes notent un vécu de fragilité menant à un sentiment d'infériorité chez certains patients qui participe à la distance sociale sur le plan émotionnel et cognitif.

Y en a beaucoup qui sont dans ce vécu, j'ai l'impression, de de fragilité, de se dire « on a tous vécu la même chose, pourquoi est-ce que pour moi c'est difficile ? » [...] alors qu'on vient d'un même pays en guerre [mh mh] par exemple dire « pourquoi est-ce que eux ils arrivent et pis moi en fait j'vois je vois que ça ça se passe pas de la même manière que pour les autres » [OK] Donc euh j'pense que y a ce vécu euh de fragilité et puis de d'infériorité [...]. (RFT2210: 55-57)

En effet, comme susmentionné, pour les ressortissants d'un même pays, il est rare qu'une solidarité et cohésion groupale survienne à la suite d'un traumatisme. En effet, les thérapeutes relèvent le développement d'un vécu de fragilité et d'infériorité chez la victime basés sur un sentiment de difficulté à faire face lié à la comparaison sociale avec les pairs qui pourraient avoir de meilleures capacités de résilience. Ainsi, les personnes associent leurs

difficultés à leur fragilité particulière démontrant leur infériorité par rapport à autrui. D'autres thérapeutes rapportent aussi que ce vécu subjectif contribue à une réticence à passer du temps avec et à se rapprocher des compatriotes par peur qu'ils demandent des nouvelles de l'avancement de leur situation sociale et financière.

4.2.1.3. *Sentiment d'aliénation*

Ensuite, le thérapeute ici relève un sentiment d'aliénation chez le patient lié avec la difficulté de se mettre en lien avec autrui et de partager sa souffrance.

[...] c'est compliqué de pouvoir partager quelque chose et du coup euh y a [...] comme un sentiment d'aliénation qui se qui se mêle à tout ça donc ça affecte aussi le sens de soi finalement euh... et et un sentiment de désespoir très profond. **[mh mh]** Euh pasque... pasqu'elle arrive pas à... investir une relation, s'investir elle-même 'fin voilà ! (RFT2201_P2: 39)

Certains thérapeutes observent d'une part, une incapacité à investir une relation avec les autres, et d'autre part, une déconnexion cognitive de son propre être prenant la forme d'un sentiment d'aliénation, à l'instar d'un sentiment de ne plus faire partie de l'humanité que d'autres thérapeutes relèvent aussi. Ainsi, cette déconnexion est à l'origine d'une affection directe du sens de soi. En conséquence, certains thérapeutes mettent en exergue le sentiment de ne plus être soi-même au sein du groupe et de la relation.

4.2.1.4. *La relation comme un danger*

En outre, la citation ci-bas illustre comment la perception de la relation comme un danger contribue à la distance sociale au niveau cognitif et émotionnel :

[...] « Depuis toujours c'est un danger être connecté émotionnellement. » [...] peut-être c'est un danger parce que mmh... qu-quand il se ouvre à l'émotion, **[mh mh]** il y a tout cette émotion {sic} destructive qui peut peut sortir aussi. Mh mh... **[ouais]** cette colère... qu-qui pourrait hum retomber sur la famille. (RFT2204: 243)

En effet, c'est au cœur de la relation que la connexion émotionnelle s'établit. Cependant, ce lien représente un danger car l'ouverture aux émotions peut libérer un élan destructeur incontrôlé. En effet, cela peut donner place à des émotions destructrices. Comme le thérapeute le mentionne, une émotion comme la colère peut avoir des conséquences directes qui mettraient en péril les relations proches et familiales. Ainsi, la relation peut être source de douleur pour soi et pour autrui. D'autres thérapeutes soutiennent aussi que c'est au

sein de la relation que des éléments personnels se dévoilent, cette vulnérabilité peut s'avérer particulièrement menaçante pour l'individu. En conséquence, un vécu de la relation comme un danger motive le maintien d'une distance cognitive et émotionnelle.

4.2.1.5. *La peur de l'abandon*

Par ailleurs, certains thérapeutes mettent en exergue une peur de l'abandon et peur de l'attachement illustrant une autre composante émotionnelle et cognitive de la réticence à se mettre en lien avec autrui.

Déjà il ose pas me le dire mais en plus, il en a effectivement peur quoi donc euh... Là je je je l'ai on en a parlé un un bon moment mais ça c'est je pense c'est c'est quelque chose dans la... la peur d'être abandonné en fait, de donner une chance à une relation thérapeutique et puis que l'autre soit pas assez fort pour sup' pour supporter ce qui va être dit et que lui à la suite de ça, comme une conséquence, il soit abandonné dans son vécu. (RFT2201_P2: 61)

Cette citation illustre la difficulté à se mettre en relation, avec ici un thérapeute, par peur de l'abandon. L'éventualité d'être abandonné mitige l'étendue de la vulnérabilité et l'exposition relationnelle. En effet, il s'agit de donner une chance à la relation sans avoir de certitude quant à la fiabilité de cette relation sur le long terme. Le patient prend le risque de voir son récit traumatique dépasser les capacités d'écoute et de résilience de son auditeur et qu'in fine cela modifie la dynamique relationnelle. Puis, il s'agit aussi d'une prise de risque de voir la mise en échec de cette relation, qui se concrétiserait par un abandon. Ainsi, le patient se retrouverait seul, livré à lui-même dans la gestion de son vécu. D'autres thérapeutes notent une peur de l'attachement et avancent que, pour se protéger, il serait donc éventuellement plus sécuritaire pour le patient de ne pas s'adonner à la proximité relationnelle. De ce fait, la peur de l'abandon nourrit la distance sur le plan cognitif et émotionnel.

4.2.1.6. *La peur de causer du tort à autrui*

Finalement, la peur de causer du tort à autrui contribue largement à la distance cognitive et émotionnelle. La citation ci-bas illustre la peur de blesser autrui :

Hum mais où ça va être un peu ce qu'elle la personne a vécu était tellement douloureux que du coup de le dire à une personne, ce serait peur de la traumatiser à son tour, puis du coup [mh mh] bah se priver p't-être du soutien de de l'autre personne, de l'écoute. (RFT2207: 139)

Certains thérapeutes rapportent une peur de causer un tort émotionnel et un besoin de protéger autrui et lui épargner une douleur causée ici par le partage du récit traumatique. En effet, la peur de causer du tort à ces proches est en lien avec les caractéristiques identitaires de l'appartenance groupale dans les sociétés collectivistes susmentionnées. Cette peur sous-tend une forme d'auto-restriction et de retenue au sein de la relation, qui empêcherait la personne de profiter du soutien social. Elle est donc sous-jacente à la distance sociale cognitive et émotionnelle.

4.2.2. Manifestation comportementale

Après avoir exposé les fondements cognitif et émotionnel de la symptomatologie post-traumatique au niveau des relations, nous illustrons maintenant les perturbations comportementales chez l'individu. Nous avons identifié trois types de manifestation : une tendance au retrait social et l'évitement des relations, l'émergence d'un sentiment de contrariété au sein des liens sociaux, une inclination à la non-divulgarion, des comportements dissociatifs, ainsi qu'un surinvestissement relationnel.

4.2.2.1. *Retrait social*

Les thérapeutes ont observé que l'un des comportements les plus courants chez leurs patients est le retrait social, à la fois dans les interactions interpersonnelles et collectives. Ce retrait leur permet également d'éviter les relations avec autrui :

[...] pas mal de gens qui me disent « Ah bah là en ce moment, j'évite d'aller voir d'autres Erythréens ou d'autres Kurdes parce que dès qu'on se voit, on parle politique, on parle de c'qui se passe au pays, [...]. Ma foi, on reparle de ceux qui sont péri en Méditerranée et pis [mh mh] voilà moi je peux plus entendre tout ça, [mh mh] je suis trop mal. » Mais du coup, [inaudible] l'évitement, c'est aussi se couper des, de nouveau, c'est [mh mh] des relations sociales dans certains cas. (RFT2202: 206)

Certains participants mentionnent la présence d'évitements relationnels chez les patients. Certains préfèrent éviter les événements communautaires par crainte d'être confrontés aux traumatismes passés, tandis que d'autres s'engagent dans des tâches ménagères répétitives, qui sont également considérées comme une forme d'évitement des interactions sociales. Ou encore, certains patients préfèrent éviter de divulguer leur mal-être et toute interaction que cela implique, ce qui entraîne ainsi une distance au sein de la famille ou du couple.

De manière plus générale, éviter les interactions sociales revient à se retirer socialement pour éviter de blesser autrui ou soi-même. Pour certains individus, s'auto-marginaliser est donc une façon de créer un environnement sécurisé, où ils ne seront pas confrontés à des événements difficiles, émotionnellement chargés et imprévus, à leurs anxiétés sociales et aux jugements extérieurs. C'est une manière de maintenir une stabilité en évitant les stimulations sociales avec des personnes susceptibles de susciter des émotions perçues comme négatives, telles que la tristesse ou la contrariété.

4.2.2.2. *Contrariété dans le lien social*

Précédemment, nous avons mentionné comment la relation peut être perçue comme une source de douleur, alimentée par la peur de blesser l'autre au niveau cognitif. Certains thérapeutes soulignent également qu'au niveau comportemental, la personne peut effectivement développer des comportements de destruction du lien social, tels que des désaccords ou des conflits :

Ils se font déborder, ça donne l'impression que c'est un peu plutôt en fait, en lien avec leurs... comment ils se sentent en général, un peu toujours tendus, hyper sensibles aux stimuli, au bruit... euh... stressés pour des petites choses. Et puis que voilà, il suffit d'une toute petite étincelle [**mh mh**] pour que ça monte et que ça crée peut-être des désa 'fin des conflits avec l'entourage, une irritabilité, une exp une manière d'exprimer la colère ou des vraiment des fortes manifestations neurovégétatives. (RFT2202: 32)

Par ailleurs, le recours au cri comme moyen de communication pour exprimer leur souffrance est évoqué par certains thérapeutes, souvent entraînant une certaine irritabilité chez le personnel de soins en Suisse. De même pour les personnes impliquées dans l'intégration des migrants, comme mentionné dans la section sur les aspects structurels.

À la base de ces comportements se trouve l'expression de la souffrance de la personne, qui, en raison d'une gestion émotionnelle défailante, se manifeste à travers l'expression de sentiments considérés comme destructeurs du lien social (irritabilité et contrariété).

La personne traumatisée peut être hypersensible et réactive aux stimuli externes, ce qui peut compromettre ses relations proches. Plusieurs thérapeutes mentionnent un sentiment d'irritabilité et de contrariété envers autrui, se traduisant par des comportements hétéro-agressifs, tant dans l'entourage proche que dans le contexte social plus général.

Certains thérapeutes constatent également que certains jeunes hommes requérants d'asile expriment leur mal-être intérieur par des comportements à risque, tels que des

comportements hétéro-agressifs et l'alcoolisme, ayant des répercussions sociales. Selon eux, l'expression de l'irritabilité à travers des comportements agressifs exprime également le besoin de marquer leur territoire et de contrôler les autres.

Ce passage à l'acte peut également se manifester sur le plan neurovégétatif. Les thérapeutes soulignent l'importance d'être attentif aux différents canaux de communication de la souffrance, notamment à travers le corps, en tant qu'un indicateur d'un mal-être intérieur non directement accessible. La somatisation est ainsi considérée comme une manifestation à explorer de la phénoménologie du traumatisme. Cette dimension physiologique inclut des symptômes tels que des palpitations, des accélérations cardiaques, des tremblements ou encore des sursauts dus à des stimuli externes, et peut être plus facilement observées et abordées par les thérapeutes.

4.2.2.3. *Difficultés de Divulgateion*

Les témoignages des thérapeutes indiquent deux modalités de communication du mal-être chez une personne traumatisée : par les mots et par les actes. D'une manière générale, ils indiquent que la capacité à verbaliser facilite le processus de traitement du traumatisme en permettant une meilleure compréhension de l'origine de ce mal-être, contrairement aux individus qui ne communiquent que par les actes.

Y en a quand même hum quelques-uns qui évoquent justement le sentiment d'être ... d'être très seul et d'avoir une... de ressentir que c'est imp-impossible de de se confier hum à autrui en fait et de partager euh leurs bagages émotionnels en fait avec autrui et notamment avec leurs époux, leurs épouses, les parents euh... enfin différents membres de la famille en fonction d'la d'la place de la personne dans dans le génogramme quoi disons. (RFT2201_P2: 19)

Cependant, les données révèlent que les individus traumatisés peuvent avoir des difficultés à exprimer verbalement leur vécu et leur souffrance, ainsi qu'à les partager avec autrui. Une tendance à la non-divulgateion prédomine, tant vis-à-vis des proches tels que le conjoint ou la famille que dans le contexte social général.

Cette réticence à partager leur expérience, comme évoqué précédemment, est liée à divers facteurs tels que la peur de blesser autrui, de rompre le lien avec autrui, le manque de confiance, le désir de préserver l'harmonie relationnelle et de groupe, et les possibles conséquences d'une telle révélation. Cependant, le fait de taire ses difficultés place la personne dans une position de solitude et peut créer une distance relationnelle, même au sein

de la famille ou du couple. Par exemple, dans le cas de viols, lorsque la personne ne peut pas se confier à son partenaire, ce dernier, ignorant l'expérience traumatisante, est incapable d'apporter un soutien et une empathie similaires à ceux qu'il offrirait dans d'autres situations non traumatisantes. Le manque de partage peut créer une situation de distance au sein de la famille, où les différents membres vivent des réalités parallèles sans véritablement connaître les émotions et les ressentis de chacun.

Par ailleurs, certains témoignages de thérapeutes soulignent que la place occupée dans la structure familiale peut jouer un rôle dans la capacité de l'individu à traiter ses difficultés relationnelles. Cela est particulièrement le cas pour les mères, dont le rôle social leur permet d'identifier et de situer leur propre malaise dans l'accomplissement de leurs tâches, en cas d'anesthésie affective par exemple. Plus précisément, il a été noté comment le caractère concret de leur rôle social leur permet de distinguer leur attitude déviante des normes attendues de soins actifs à leurs enfants. Dans ces cas, par le biais de la relation maternelle, la femme peut prendre conscience de sa souffrance et la communiquer au thérapeute.

4.2.2.4. *Éléments dissociatifs*

Une autre catégorie de comportements comprend l'incapacité de la personne à être présente dans l'échange avec les autres. En particulier, la personne peut développer un comportement de nature dissociative, indiquant une absence dans le lien avec autrui et le moment présent :

Donc i-ils ont déjà réussi à venir en groupe, euh à se retrouver dans un café avec leur compatriotes machin mais que ils vont être plus justement en retrait de la dynamique de groupe **[mh mh]** [...] ou tout d'un coup un des trucs font que eux ils partent dans des ruminations et des trucs **[ouais]** [...] j'ai l'impression finalement c'est un p'tit peut ç' ç' ouais y'a un peu de ça, c'est que finalement ils sont moins dans le lien.

(RFT2210: 100)

La présence d'autres symptômes chez la personne traumatisée peut l'amener à se retrouver dans un état où il est difficile de rester disponible pour l'autre, allant parfois jusqu'à des moments de dissociation. Cela peut se traduire par des difficultés d'implication dans les relations familiales, sociales et communautaires.

La dissociation représente un état d'absence et de déconnexion tant dans le lien avec autrui que vis-à-vis de l'environnement extérieur et du moment présent. Cela entraîne une instabilité dans le lien interpersonnel et un manque d'attention aux stimuli qui l'entoure

(interpersonnels, sociaux, contextuels). Les données révèlent également des moments d'oubli des interactions avec l'entourage, impactant la qualité de la relation. Dans le lien parental, en particulier avec les mères, des moments d'absence dans la relation avec les enfants sont décrits par d'autres thérapeutes, principalement sur le plan émotionnel, bien que les tâches pratiques continuent d'être accomplies, conformément au rôle social attendu.

4.2.2.5. *Surinvestissement relationnel*

Les thérapeutes indiquent également que la personne peut développer un comportement de dépendance vis-à-vis de l'autre, et cet autre peut appartenir aux différents contextes de sa vie quotidienne. Cette propension à la dépendance envers autrui peut conduire à un silence où ses propres idées s'effacent au profit de celles de l'autre :

[...] souvent y a des comportements un peu de codépendance 'fin de ouais, de co-dépendance, de dépendance. De dépendance à une personne dans le réseau de soins, de dépendance dans le réseau social, une amie, un membre de de la famille [mh mh] ou alors plus de façon générale, la personne elle va avoir de la peine à exprimer ses opinions, puis toujours se ranger à ce qu'elle pense que la personne aimerait entendre. (RFT2201_P1: 110)

Dans le cadre du système d'asile, certains thérapeutes le décrivent comme infantilisant, car il favorise un état de dépendance des personnes migrantes requérants d'asile à l'égard du système lui-même, tant au niveau administratif que dans les projets sociaux et d'intégration. Cette situation met en lumière une perte d'autonomie concernant les décisions qui affectent leur vie et leurs objectifs sociaux et professionnels, spécifiquement dans le contexte suisse et l'asile. En parallèle aux procédures d'asile, le thérapeute mentionné se réfère sur la conception perturbée du concept de soi exprimée par la personne dans ses actions. En effet, les individus traumatisés, enclins à se percevoir comme inférieurs aux autres, accordent davantage d'importance aux opinions d'autrui, étant persuadés qu'ils ont des opinions de moindre valeur. Cela se manifeste dans les comportements observables par l'absence de prise de position ou l'acceptation des opinions d'autrui.

Ces dynamiques de dépendance se retrouvent également au sein de la sphère familiale, où la personne peut développer des relations où les frontières relationnelles se confondent, ne respectant pas les rôles définis, comme dans le cas de la parentification des enfants qui inverse la dynamique relationnelle parent-enfant, induisant une dépendance du parent envers

l'enfant. Cela se traduit par l'exemple du parent qui considère ses propres enfants comme ayant un rôle de point d'appui.

4.2.3. Relations métaphysiques

Outre les aspects cognitifs, émotionnels et comportementaux mentionnés précédemment, on repère un autre sous-thème spécifique aux groupes culturels concernés. Plusieurs thérapeutes ont révélé que les patients peuvent entretenir des relations métaphysiques avec des entités non-humaines.

Il entend des voix qu'il interprète comme les djinns. Et... c'est un peu (*réfléchi*) fluctuant [mh mh] parce que parfois apparemment les voix il serait quelque chose qui l'aide mais la plupart des fois les voix lui disaient de faire du mal aux autres, de se faire du mal au lui-même. (RFT2204: 54)

Selon l'appartenance culturelle, l'esprit peut être désigné de différentes manières, tel que les *djinn*s en Afghanistan. Les patients peuvent être possédés et/ou entendre des voix qui agissent, principalement de manière négative, sur leurs actions potentielles. La possession d'un esprit est en soi une nouvelle relation pour la personne, impactant sa façon d'être vis-à-vis du monde extérieur.

Dans cet exemple, les voix entendues par le patient, généralement considérées comme des hallucinations acoustico-verbales ou des troubles dissociatifs dans une perspective occidentale, sont en réalité perçues comme la présence d'un esprit influençant ses actions ou apportant de l'aide. Ces voix façonnent la manière dont l'individu se perçoit lui-même et les autres, les considérant à la fois comme des victimes potentielles d'actes malveillants. L'individu se considère comme potentiellement capable de commettre de tels actes, sous l'influence de l'esprit représenté par ces voix.

Ce sous-thème est étroitement lié au modèle explicatif potentiel de la maladie évoqué au début de l'analyse des résultats. Dans cette perspective, les *djinn*s représentent un état de possession par un esprit culturellement défini, compris et accepté, qui exprime un état de souffrance et de malaise.

5. Discussion des résultats

Cette recherche s'intéresse au TSPT-C chez des patients de la région MOAN et de la Corne d'Afrique, du point de vue des thérapeutes exerçant à Appartenances, Lausanne.

Les questions de recherche portent sur la symptomatologie liée aux relations interpersonnelles perturbées et sa manifestation dans ces groupes cibles. Plus précisément, elles portaient sur les aspects culturels et structurels du développement et du maintien de ce symptôme chez les personnes en situation d'asile en Suisse.

Pour comprendre comment les cognitions, les émotions et le comportement d'un individu peuvent être considérés comme pathologiques impactant ses relations interpersonnelles, nous nous appuyons sur le concept selon lequel la psychopathologie est définie comme une déviance par rapport à la norme sociale et culturelle (Maddux et al., 2019; Heim et al., 2022).

Pour ce faire, la discussion qui suit sera organisée selon les trois sphères du modèle de Maercker et Horn (2013), dans chacun desquels nous cherchons à identifier comment les symptômes s'écartent de la norme culturelle des groupes cibles. En outre, notre discussion est guidée par le modèle de boucles de rétroaction de Chentsova-Dutton et Ryder (2019), car ils nous permettent de relier les différents niveaux pour comprendre comment la maladie se manifeste et se maintient. En effet, le maintien de la maladie peut s'expliquer au niveau individuel, interpersonnel, ou encore au niveau communautaire (Mak et al., 2010).

Les deux modèles nous aident donc, d'une part, à conceptualiser la déviance par rapport à la norme aux trois niveaux différents, et d'autre part, à comprendre la relation entre les différents facteurs de maintien de la maladie.

Avant d'aborder la discussion sur trois niveaux, il est important de souligner que nos résultats concernant les éléments identitaires corroborent la notion du concept de soi interdépendant de Markus et Kitayama (1991). Les sociétés ancrées dans le contexte d'Afrique sub-saharienne et de la région MOAN sont considérées collectivistes, bien que la recherche soit rare dans ces régions (Eaton & Louw, 2000). De ce fait, il est aussi intéressant de noter le parallèle avec le collectivisme d'harmonie d'Asie de l'Est et le collectivisme convivial d'Amérique Latine.

Nos données révèlent plus de similarité avec le collectivisme d'harmonie que le collectivisme convivial. En effet, nous retrouvons plusieurs aspects comme les injonctions

d'appartenances groupales, les précautions à prendre pour préserver le lien, éviter d'être un poids pour autrui, la modération de l'expression émotionnelle, le respect des lois sociales ou les sacrifices pour faire passer le groupe en priorité (Kim et al., 2006). Néanmoins, des aspects du collectivisme convivial d'Amérique latine comme le *Respeto* (Hirsch, 2003) ou les obligations familiales sont retrouvés. Globalement, c'est la notion de devoir envers la famille, l'entourage proche et la communauté qui est prépondérante dans notre population d'intérêt. Ainsi, ces éléments culturels liés aux sociétés collectivistes, nous permettent de corroborer le lien entre l'appartenance culturelle, les relations interpersonnelles et la santé (Cohen, 2004) en situant la norme et sa déviance au sein de notre échantillon pour mettre en exergue la psychopathologie (Maddux et al., 2019; Heim et al., 2022). La dimension culturelle dictant les attentes liées au comportement d'autrui en contexte social (Hofstede et al., 1997; Markus & Kitayama, 1991), nous permet aussi d'analyser la symptomatologie observable par autrui manifestée au sein des deuxième et troisième sphères sociétales (Maercker & Horn, 2013) expliquées ci-dessous.

Par ailleurs, les croyances culturelles mises en avant dans nos résultats reflètent l'importance de considérer le modèle explicatif de la maladie du patient (Kleinman, 1977) et contribuent à la compréhension culturelle de la maladie et de sa symptomatologie analysée ci-dessous.

5.1. Symptomatologie

5.1.1. Sphère individuelle

La distance sociale sur le plan cognitif et émotionnel dans le cadre du TSPT-C est corroborée par la littérature scientifique (Heim et al., 2022; Bahadir-Yilmaz & Oz, 2019, Turquie; Naghavi et al., 2019, Iran ; Mert & Aksoy, 2018, Turquie; Coffey et al., 2010, réfugiés en Australie provenant d'Afghanistan, Iraq et Iran ; Knettel et al., 2019, Afrique du Sud; Watt et al., 2017; Afrique du Sud; Erdener, 2017, Turquie ; Vloeberghs et al., 2012, réfugiées originaires de Somalie, Soudan, Erythrée, Éthiopie, Sierra Leone résidant aux Pays-Bas). En effet, les six facettes de la distance sociale sur le plan émotionnel et cognitif émergées dans nos données (l'insécurité et la méfiance, le sentiment de fragilité et d'infériorité, le sentiment d'aliénation, la relation comme un danger, la peur de l'abandon et la peur de causer du tort à autrui) violent ou respectent la norme sur différents aspects qui contribuent ainsi au maintien de la psychopathologie à long terme. Il s'agit des cognitions et émotions qui contribuent au maintien de la distance sociale au niveau individuel.

En effet, nos résultats concernant l'insécurité et la méfiance sont corroborés par la littérature (Bahadir-Yilmaz & Oz, 2019, Turquie; Naghavi et al., 2019, Iran ; Mert & Aksoy, 2018, Turquie; Coffey et al., 2010, réfugiés en Australie provenant d'Afghanistan, Iraq et Iran ; Knettel et al., 2019, Afrique du Sud; Watt et al., 2017, Afrique du Sud; Erdener, 2017, Turquie). Nous retrouvons différents éléments qui contribuent à ce sentiment d'insécurité et de méfiance au sein du lien comme : le manque de solidarité (Freh et al., 2013, Iraq), le manque de soutien et le sentiment de solitude dans son vécu (Naghavi et.al, 2019, Iran; Vloeberghs et al., 2012, originaire de Somalie, Soudan, Érythrée, Éthiopie, Sierra Leone résidant aux Pays-Bas), le manque d'empathie (Timraz et al., 2019; originaire du Liban, Iraq, Maroc, Arabie Saoudite résidant au USA), le sentiment de honte et de peur du jugement social (Watt et al., 2017, Afrique du Sud; Einolf, 2018, Iraq), une croyance généralisée que les autres peuvent faire du mal (Coffey et al., 2010; réfugiés en Australie provenant d'Afghanistan, Iraq et Iran) et une méfiance apprise due au contexte geo-politique (Erdener, 2017; Turquie). Ainsi, ces éléments dévient de la norme collectiviste dans le sens où l'entourage proche est inclus dans le concept de soi interdépendant (Markus & Kitayama, 1991), ainsi, la famille est un cadre sécuritaire dont l'individu appartient et auquel il accorde sa confiance.

Par ailleurs, nos données démontrant une similitude avec le contexte collectiviste en Asie de l'est, il est pertinent de noter que dans cette société et dans notre population d'intérêt, la défaillance des devoirs mutuels de solidarité communautaire et de soutien brise l'attente usuelle et accroît le sentiment d'insécurité et le sentiment de solitude, comme le rapportent Mojaverian et Kim (2013) concernant la population asiatique. A contrario, dans la population provenant de la région MOAN et de l'Afrique sub-saharienne, la honte et la peur du jugement social semblent être adaptatifs compte tenu de l'injonction normative de protéger l'honneur familiale (Schwartz et al., 2010, diaspora africaine résidant aux États-Unis; Einolf, 2018, Iraq). Cette injonction est également retrouvée en Asie de l'est (Ho, 1998).

Ensuite, nos données mettent en avant un sentiment de fragilité et d'infériorité issu de la comparaison sociale avec les pairs à propos des capacités de coping inadéquates. Naghavi et.al (2019) soulignent chez les femmes iraniennes ayant subi des violences interpersonnelles, le sentiment de manque de contrôle sur sa vie ainsi qu'une basse estime de soi. Bahadir-Yilmaz et Oz (2019) lient, chez les femmes turques victimes de violence, le sentiment d'insécurité relationnel et l'isolation sociale avec l'estime de soi négative. Par ailleurs, ce vécu d'infériorité et de fragilité engendrant un désir de mise en retrait pour éviter les

rencontres avec la communauté afin de ne pas avoir à parler et cacher sa situation est corroboré par la littérature (Freh et al., 2013 en Iraq; Coffey et al., 2010 chez les réfugiés provenant d'Afghanistan, Iraq et Iran; Yaghoubirad, 2023 en Iran). Ainsi, ce sentiment contribue à la déviance des normes collectivistes en le fait qu'il pousse les individus à cacher leur réalité à travers l'isolement social car elle empêche la cohésion groupale et la proximité relationnelle.

Ensuite, le sentiment d'aliénation reflétant une coupure émotionnelle (Mert & Aksoy, 2018; Turquie) et une déconnexion cognitive de son être (Acka & Gencoz, 2021; Turquie) contribue à une distance involontaire (Freh et al., 2013; Iraq) allant jusqu'à ne plus se sentir faire partie de l'humanité. Une telle déconnexion reflète une déviance de la norme dans le fait que l'individu exprime le sentiment de ne plus être soi-même au sein du groupe et de la relation. En effet, ce manque de stabilité du sens de soi rend difficile la proximité émotionnelle et le maintien de son rôle au sein du groupe (Campos & Kim, 2017).

Nous avons aussi identifié une perception de la relation comme un danger due à une ouverture aux émotions augmentant le sentiment de vulnérabilité et risquant de libérer un élan destructeur de la relation comme la colère et la rancœur envers la famille (Mert & Aksoy, 2018, en Turquie). Ainsi, le vécu de la relation comme un danger empêche la proximité relationnelle et émotionnelle, ce qui dévie de la norme collectiviste. D'autre part, dans une société collectiviste où il est primordial de préserver les relations et l'harmonie familiale et où il convient de prendre des précautions pour éviter d'offenser autrui (Kim et al., 2006, en Asie de l'Est), l'expression de la colère dévie de la norme. En effet, Zbidat et al., (2020) mentionnent aussi, concernant la population syrienne, l'opposition de la colère aux valeurs culturelles prônant la cohésion familiale.

Nous retrouvons une peur de l'abandon incitant à garder ses distances avec l'entourage corroboré par Freh et al. (2013, Iraq). Hughes et al. (2021), au Rwanda, soulignent comment l'expérience traumatique peut conduire à un abandon par la famille et les amis. Cela nous permet de comprendre la réticence à la proximité relationnelle liée à cette peur de l'abandon. Cette peur bien que normative étant donné l'interdépendance de la conception du soi et l'importance de l'entourage (Markus et Kitayama, 1991) contribue à la déviance de la norme relationnelle car elle engendre une distance relationnelle.

Finalement, nous avons aussi relevé une peur causer du tort à autrui qui reflète une réticence à partager son vécu traumatique corroboré par Shannon et al. (2015; Somalie). Bien que cela contribue à la distance sociale au niveau cognitif et émotionnel, cela peut être

normatif compte tenu de l'injonction de protéger son entourage dans les sociétés collectivistes (Campos & Kim, 2017 ; Kim et al., 2006).

Les différents éléments susmentionnés contribuent tous à une boucle de rétroaction (Chentsova-dutton & Ryder, 2019) résultant en le maintien du trouble. En effet, ils participent tous à l'augmentation de la distance sociale au niveau cognitif et émotionnel, ce qui contribue in fine à la réticence à établir et maintenir des relations interpersonnelles. En effet, une certaine sécurité est trouvée dans le maintien de la distance cognitive et émotionnelle avec autrui. Ainsi, nous notons, sur le plan affectif, une distance émotionnelle sous-tendue par la perception de la relation comme un danger qui réduit l'élan relationnel de se rapprocher d'autrui par peur de débordements émotionnels qui mettraient la relation en péril. Sur le plan cognitif, l'insécurité et la méfiance, le vécu de fragilité et d'infériorité, le sentiment d'aliénation, la peur de l'abandon, et la peur de causer du tort à autrui forment la base des cognitions qui poussent à ne pas prendre les actions nécessaires à la proximité relationnelle et l'intégration sociale. En conséquence, les individus ne peuvent bénéficier des avantages de l'appartenance groupale comme le soutien et la solidarité qui sont des facteurs protecteurs, ce qui contribue à une aggravation des symptômes.

5.1.2. Sphère interpersonnelle

Sur le plan comportemental, les relations interpersonnelles sont compromises, ce qui reflète et manifeste les éléments susmentionnés de la sphère individuelle. Si les relations sociales et le rôle de la personne au sein d'un groupe et d'un contexte donnés sont au cœur de la construction du soi interdépendant (Markus & Kitayama, 1991), les symptômes de retrait social, d'évitement relationnel et d'absence dans l'échange avec les autres révèlent certainement un décalage par rapport aux normes collectives.

Nos résultats concernant la population migrante en situation d'asile confirment des comportements d'isolement social et d'évitement social en cas de TSPT-C, comme le confirme la littérature tant en Afrique subsaharienne (enfants soldats au Burundi dans l'étude de Song et al., 2014 ; violence basée sur le genre suite à un conflit armé dans le district de Luwero, Ouganda, Liebling & Kiziri-Mayengo, 2002 ; traumatisme sexuel et VIH à Cape Town, Afrique du Sud, Knettel et al., 2019) que dans la région MOAN (population de réfugiés aux États-Unis en provenance du Liban, d'Irak, du Maroc et de l'Arabie saoudite, Timraz et al., 2019). Cette tendance à éviter les contacts sociaux est compréhensible si l'on tient également compte des éléments structurels (voir la section suivante pour plus de détails). En effet, la situation d'accueil et d'asile peut déjà fondamentalement placer l'individu dans des

situations d'isolement. Cependant, les données révèlent que l'individu peut décider de ne pas avoir de contact avec d'autres personnes, même s'il lui serait possible de le faire.

En ce qui concerne l'évitement spécifique des situations sociales, nos données ont évalué la colère (ou contrariété) comme un sentiment qui mine les liens sociaux au sein des populations cibles de culture collectiviste. Ceci est en accord avec la méta-analyse d'Orth et Wieland (2006), selon laquelle la colère et l'hostilité sont associées au TSPT chez les adultes exposés aux traumatismes. Plus particulièrement, la colère interne (inhibition et non-divulgence de la force de colère) serait davantage corrélée que la colère externe (caractère expressif de l'émotion). De plus, la faible corrélation entre le contrôle de la colère et le TSPT suggérait une capacité réduite de l'individu à contrôler cette colère. Au niveau comportemental, nos résultats de distanciation sociale sur le plan cognitif et émotionnel soutiennent ces conclusions. Ceci se manifeste à travers l'incapacité de l'individu de se sentir en sécurité en présence d'autrui, par peur de lui faire du mal, impactant la qualité de ses interactions sociales (par le retrait social conséquent ou l'évitement des situations sociales). Cela confirme une incapacité de l'individu à gérer adéquatement ses émotions affectant les relations avec les autres de manière concrète.

Au niveau interpersonnel, nous avons identifié des comportements de non-divulgence, comme montré par la littérature en Afrique subsaharienne (Woldetsadik et al., 2022 ; Watt et al., 2017), en Irak (Einolf, 2018) et dans la Corne d'Afrique (Shannon et al., 2015 ; Vloeberghs et al., 2012). De même, nos résultats ont également démontré son rôle sur les relations intimes, familiales et avec l'entourage. Effectivement, en cas de non-divulgence, la parole étant la principale voie de communication, l'individu se prive de l'aide potentielle apportée par l'entourage et s'éloigne encore plus de ses proches. Cette absence de communication autour du traumatisme peut aggraver les symptômes, créer une distance au sein de la famille et augmenter le sentiment de solitude en l'absence de soutien social des proches. Cependant, les témoignages des thérapeutes dans leur pratique clinique indiquent que l'occupation d'un rôle social au sein de la famille, tel que celui de mère, peut faciliter la communication de leur mal-être avec quelqu'un, en l'occurrence le thérapeute. En effet, la référence culturelle au rôle maternel au sein d'un contexte collectiviste, comme observé chez les patientes de cette étude, permet aux mères de discerner d'éventuelles variations dans leur rôle habituel et de prendre conscience d'une possible déviation vis-à-vis de ce rôle au sein de leur propre contexte. Par conséquent, cette prise de conscience pourrait aider l'individu à communiquer sa difficulté. Cela étaye l'idée que dans l'expression et la compréhension de

leurs symptômes de mal-être, un individu de nature collectiviste qui se perçoit comme une composante intégrante de son contexte et des objectifs partagés (Markus & Kitayama, 1991, 1994), pourrait être facilité dans la communication de sa souffrance, notamment s'il est lié à son rôle au sein de ce système qui revêt une importance primordiale pour lui.

De plus, nos résultats montrent également comment les symptômes de détresse et d'isolement social peuvent conduire à un manque de soutien social, comme cela a été observé en Afrique subsaharienne (Denov & Piolanti, 2019 ; Mtiya-Mtiya-Thimla & Van der Merwe, 2021; Michalopoulos et al., 2017 ; Christie et al., 2020) et dans la région MOAN (Naghavi et al., 2019 ; Timraz et al., 2019), un facteur considéré comme protecteur dans le cas des symptômes post-traumatiques (Brewin et al., 2000 ; Ozer et al., 2003). Plus spécifiquement, le soutien pratique s'avère particulièrement crucial dans les situations d'asile, car il est lié au processus d'intégration, comme la recherche d'emploi ou le développement d'un réseau social pour une meilleure intégration.

Nos résultats ont également identifié des relations dyadiques dysfonctionnelles (Ehlers & Clark, 2000) au sein de la famille, telles que des comportements de parentification, ainsi que de dépendance envers des personnes proches ou des tiers dans le système social. Concernant la population spécifique des personnes en situation d'asile, une tendance à développer des comportements de dépendance à l'égard des acteurs impliqués dans les soins sociaux ou de santé a été observée.

Les données à disposition permettent ainsi d'élaborer, à l'aide de la boucle de Chentsova-dutton & Ryder (2019), les effets de rétroaction au sein de la sphère interpersonnelle contribuant au maintien de la maladie. Ainsi, nous conceptualisons cette sphère de la manière suivante : la déviance à la norme consiste en la limitation des dynamiques relationnelles dyadiques, familiales et collectives. La personne devient moins présente dans le lien avec les autres, qui est pourtant fondamental pour sa construction d'identité interdépendante. Ces dynamiques relationnelles limitées, perturbées voire inversées affaiblissent l'appartenance de l'individu au groupe (à la dynamique sociale), manquant ainsi de réciprocité avec l'autre, ce qui correspond à une déviance de la norme.

Effectivement, ces dynamiques relationnelles sont limitées en raison de la prévalence de l'isolement et l'évitement social, perturbées par des sentiments de contrariété envers autrui dans la sphère familiale et sociale, ainsi que par un sentiment d'infériorité dans le système d'asile. Par ailleurs, ces dynamiques peuvent également s'inverser au sein des relations familiales, où l'on observe parfois des comportements de parentification envers ses propres

enfants dans un nouveau contexte de vie où la personne peut être éloignée de ses repères culturels. De plus, les expériences traumatiques vécues et la non-divulgateur résultante alimentent une distance émotionnelle et cognitive vis-à-vis d'autrui et entravent les échanges interpersonnels. Lorsque l'individu s'écarte de la norme, sa proximité avec le groupe diminue, ce qui restreint son accès au soutien social, à l'échange interpersonnel et, par conséquent, à l'amélioration de son trouble.

5.1.3. Sphère communautaire et sociétale

La participation à des activités sociales et religieuses sont généralement les aspects les plus remarquables par la communauté dans les deux groupes cibles. Les symptômes de distanciation sociale, d'isolement et d'évitement social sont particulièrement visibles par la communauté et pèsent davantage sur l'expérience de l'individu. L'abandon des tâches collectives en raison de l'isolement ou du retrait social est donc primordial. En effet, la déviance de la norme se traduit ici par une non-conformité aux rôles sociaux et de genre au sein de la collectivité, mais également par un affaiblissement de la solidarité collective. Ainsi, la perturbation des relations interpersonnelles doit être considérée à l'échelle communautaire et sociétale. Les requérants d'asile qui s'installent en Suisse se retrouvent dans un nouveau contexte de vie dans lequel leurs références culturelles collectivistes peuvent être perdues. L'absence de ces références culturelles dévie de la norme collective, qui considère l'individu comme une entité en interaction et intégrée avec son contexte et poursuivant des objectifs communs (Markus & Kitayama, 1991, 1994).

5.1.3.1. Aspects culturels et structurels

Pour conceptualiser cette sphère, il est important de considérer le contexte, à la fois culturel et structurel. La situation d'asile, en effet, met la personne dans une condition stressante, favorable à la manifestation des symptômes eux-mêmes et peut alimenter le sentiment de solitude, d'insécurité et d'inadéquation sociale (Kirmayer et al., 2003 ; Hauswirth et al., 2004 ; Womersley et al., 2017). La situation d'asile est certainement aussi un élément à inclure comme source de souffrance.

Cela peut également contribuer au maintien de la maladie, comme c'est le cas pour les symptômes tels que les relations métaphysiques. Le manque de ressources culturelles en Suisse et l'impossibilité de retourner dans son pays d'origine pour se soigner peuvent entretenir la maladie, qui est comprise selon ses propres modèles explicatifs, partagés par son groupe culturel (Kleinman, 1977).

En plus de cela, les dynamiques migratoires peuvent également impacter les références culturelles dans le système familial et communautaire en Suisse. Nous avons relevé comment ils peuvent conduire à des changements dans les systèmes familiaux, leur structure et les rôles sociaux correspondants, y compris le genre (Kirmayer et al., 2003). Dans nos résultats, nous avons identifié comment le rôle des hommes peut être affecté par la situation d'asile, se retrouvant souvent dans une situation sociale où il est compliqué de trouver un emploi et de contribuer au maintien de la famille. Sur le plan culturel, ces hommes se retrouvent également à accomplir d'autres tâches, plus orientées vers le foyer, ce qui n'était pas le cas avant la migration. De fait, cette situation les contraint à passer davantage plus de temps à la maison. En revanche, les femmes parviennent plus facilement à maintenir leur rôle de figure maternelle, considérée comme un pilier de la famille dans ces groupes culturels. Les rôles sociaux au sein de la famille peuvent également être altérés en raison de l'absence de regroupement familial.

L'appartenance et la participation communautaire peuvent être affectées structurellement par les enjeux migratoires, notamment au niveau intergénérationnel (Kirmayer et al., 2003). Par exemple, certains individus peuvent plus facilement trouver leur propre communauté dans le nouveau pays, tandis que d'autres peuvent rencontrer des difficultés en raison de l'absence de repères culturels en Suisse, exacerbés par l'absence dans le pays d'accueil des générations précédentes. Il s'agit donc de cas où la migration est homogène en termes d'âge. Lorsqu'il n'existe pas de telles références communautaires intergénérationnelles, en raison de facteurs structurels, ce processus est également façonné par ces derniers. L'absence de ces références culturelles empêche donc l'individu de se conformer à la norme collective et d'interagir avec d'autres entités de son propre contexte culturel (Markus et Kitayama, 1991, 1994), car celles-ci ne sont pas présentes dans sa vie actuelle.

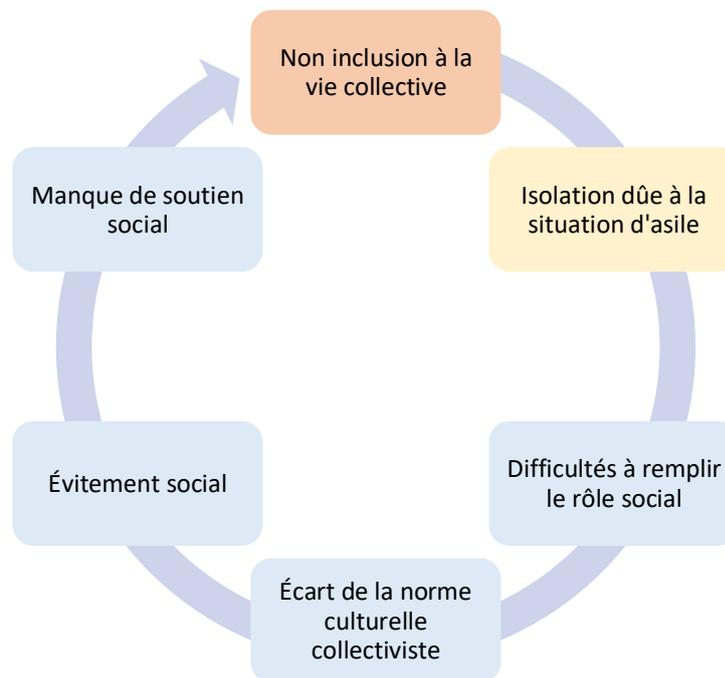
Le phénomène de stigmatisation sociale, relevé dans la littérature sur plusieurs fronts, souvent subi par sa propre communauté (comme c'est le cas en Afrique subsaharienne, Song et al., 2014, Kaiser et al., 2020, Woldetsadik et al., 2022), est soulevé dans nos données. En effet, le poids du point de vue de la communauté dans le jugement de son propre comportement, tant au niveau de la perception individuelle qu'au niveau de la dynamique de groupe, a une incidence sur les symptômes de l'individu et le sens qui leur est donné. Par exemple, le fait de ne pas participer physiquement aux activités communautaires est davantage remarqué par la communauté que les difficultés cognitives et émotionnelles.

5.1.3.2. Développement et maintien de la maladie par la boucle de rétroaction

Les données à disposition permettent ainsi d'élaborer, à l'aide de la boucle de rétroaction interpersonnelle de Chentsova-dutton et Ryder (2019) (Figure 4.), les effets de rétroaction au sein de la sphère communautaire et sociétale contribuant au maintien de la maladie.

Figure 4

La boucle de rétroaction interpersonnelle dans la sphère communautaire et sociétale



Note. Inspiré de “Cultural-clinical psychology”, par Y. Chentsova-Dutton, & A. G. Ryder, A. G, 2019.

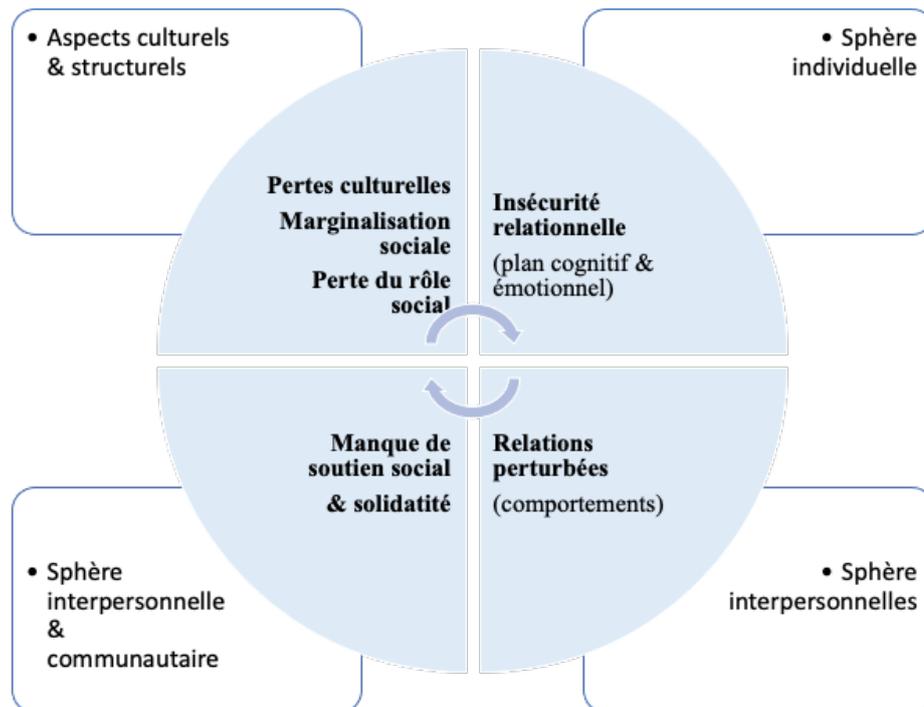
Ainsi, nous conceptualisons cette sphère de la manière suivante : La déviance de la norme consiste en un manque d'adhésion à son propre contexte, culturellement et socialement. La personne peut se retrouver sans références culturelles en raison d'un manque de participation à la vie collective, mais aussi en raison de problèmes structurels liés à la migration. En outre, elle éprouve des difficultés à remplir son rôle social dans son nouveau contexte de vie. Cela la met dans une situation où elle s'écarte de sa norme culturelle d'appartenance à la communauté. Cela peut alimenter un comportement d'évitement social, d'isolement et donc de manque de soutien social, alimentant à son tour la non-inclusion dans la communauté. Cela favorise le mal-être de la personne et la perte de ses références culturelles.

5.2. Considérations générales et sommaires

Les trois sphères du modèle de Maercker et Horn (2013) nous ont permis d'organiser les symptômes identifiés dans l'analyse et de trouver un lien entre ces derniers.

Figure 5

La boucle de rétroaction interpersonnelle considérant la sphère individuelle, interpersonnelle et communautaire



Note. Inspiré de “Cultural-clinical psychology”, par Y. Chentsova-Dutton, & A. G. Ryder, A. G., 2019.

En effet, au niveau individuel, l'individu tend à développer un manque de sécurité dans sa relation à l'autre et au sein du groupe, perdant ses références culturelles de son concept de soi interdépendant. Cela contribue, au niveau comportemental, à une tendance au retrait social et à une difficulté à rester disponible pour l'autre et à s'investir dans les liens, tendant à éviter les contacts sociaux et la communication avec l'autre. Ces comportements s'inscrivent dans un contexte de vie donné, qui contribue également à la composante relationnelle : on constate un manque de soutien social et de solidarité, et particulièrement lié aux enjeux structurels, on observe une situation de vie sociale déjà en marge de la société, et une difficulté à maintenir son rôle social dans cette nouvelle configuration de vie. Les trois niveaux, étant interconnectés comme dans le modèle de boucles de rétroaction de Chentsova-Dutton et Ryder (2019), se nourrissent mutuellement et contribuent au maintien de la maladie.

6. Conclusion

6.1. À propos du sujet de recherche

Ce travail de master a porté sur le TSPT-C, apparu en janvier 2022 comme nouvelle catégorie diagnostique dans la CIM-11. Ce trouble présente les mêmes symptômes que le TSPT avec l'ajout de trois symptômes appartenant au trouble de l'organisation du soi (DSO - *disturbances in self-organisation*), à savoir l'altération du concept de soi, la dérégulation émotionnelle et la perturbation des relations interpersonnelles. Heim et al. (2022) ont souligné la nécessité d'une recherche émiqque qui pourrait fournir plus d'informations sur la manifestation du DSO en prenant en considération les variations culturelles. Nous avons en effet participé, dans le cadre de ce travail de master, à un projet de recherche mené par le groupe de recherche de l'UNIL, sous la direction de la professeur Heim, qui s'intéresse aux concepts culturels de détresse et aux aspects structurels et culturels du TSPT-C.

Dans ce cadre, la présente recherche s'est notamment intéressée au symptôme des relations interpersonnelles, au regard de la population migrante de la région MOAN et de la Corne d'Afrique. L'objectif était d'investiguer les aspects culturels et les aspects pathologiques lorsqu'il s'agit d'une population en situation d'asile, en particulier dans le canton de Vaud. Par ailleurs, les questions de recherche se référaient au point de vue de plusieurs psychiatres et/ou psychothérapeutes travaillant à Appartenances, une association vaudoise reconnue pour son expertise dans la clinique transculturelle. Toutes les questions de recherche ont été formulées dans une perspective transculturelle, c'est-à-dire en considérant la maladie et la manière de la traiter comme un discours nécessitant une sensibilité culturelle (Kleinman, 1977 ; Kirmayer & Groleau, 2001 ; Baubet, 2013 ; Napier et al., 2014 ; Kohrt et al., 2014 ; Lewis-Fernández & Kirmayer, 2019 ; Heim et al., 2002).

La recherche effectuée était de nature qualitative et l'analyse était thématique selon la définition de Braun et Clark (2006). A travers les résultats obtenus, nous avons pu organiser les résultats en nous basant et en nous inspirant des constructions théoriques suivantes.

Notre recherche se base sur les évidences concernant le TSPT et les relations interpersonnelles dans un contexte culturel. Tout d'abord, nous nous sommes appuyés sur la construction culturelle du concept de soi interdépendant (Markus & Kitayama, 2010), en considérant les populations collectivistes. En outre, pour conceptualiser davantage les résultats, nous nous sommes appuyés spécifiquement sur le modèle social interpersonnel de

Maercker et Horn (2013) et sur le modèle de boucle de rétroaction interpersonnelle de Chentsova-Dutton & Ryder (2019).

Les résultats soutiennent l'idée que les groupes culturels qui nous intéressent reflètent un type de société collectiviste (Hofstede et al. 1977) et un concept de soi interdépendant (Markus & Kitayama, 1991; 2010). En supposant que la psychopathologie puisse être définie comme une déviance par rapport à la norme sociale (Maddux et al., 2019 ; Heim et al, 2022), les résultats au niveau individuel indiquent que l'individu peut s'écarter de la norme en considérant la relation à l'autre comme dangereuse. Au niveau relationnel, cette déviance se manifeste à travers la distance des autres et de la dynamique de groupe. Au niveau sociétal, il existe différents facteurs, également d'un point de vue structurel, qui contribuent à l'éloignement de la collectivité et à la difficulté de maintenir ses rôles sociaux et de faire face à sa maladie dans le nouveau contexte de vie en Suisse.

6.2. À propos de la méthodologie : considérations et perspectives d'amélioration

Dans la recherche actuelle, nous avons participé de manière subordonnée à l'équipe de recherche, n'ayant pas été impliquées dans la collecte des données ni dans l'élaboration des instruments de collecte. L'accès aux données s'est donc fait ultérieurement, en réfléchissant a posteriori sur la manière dont elles auraient pu être collectées.

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude visant à examiner la perspective des professionnels de la santé dans le contexte de la clinique transculturelle, des patients issus de l'asile et souffrant de TSPT-C en Suisse et des interprètes communautaires. Cependant, cette recherche n'a pris en compte que le point de vue des thérapeutes.

Premièrement, il est intéressant de noter que 70% des thérapeutes interviewés sont des femmes et que la totalité de l'équipe de recherche sont des femmes. La proportion de femmes ne permet pas de contrôler l'effet de genre sur la thérapie et ainsi sur la phénoménologie manifestée par les patients au sein de l'espace thérapeutique ou l'effet de genre sur l'analyse des données. En effet, les caractéristiques personnelles du thérapeute comme le genre, les traumatismes vécus, l'expérience professionnelle et l'orientation théorique impactent l'évaluation du traumatisme (Lueders et al., 2022). Le genre impact aussi la manière d'interagir avec le patient, les techniques thérapeutiques utilisées (Staczan et al., 2017) et la qualité de l'alliance thérapeutique (Jones & Zoppel, 1982). De plus, l'*outcome* de la thérapie peut être influencé : Owen et al. (2009) mettent en avant l'effet de la compétence de genre sur

le bien-être du patient. Par ailleurs, il est possible que les normes culturelles du patient en matière de divulgation et de rôle de genre impactent le partage avec le thérapeute (Woldetsadik et al., 2022 ; Watt et al., 2017; Einolf, 2018).

Ainsi, concernant les aspects culturels, s'il est important de considérer le point de vue du patient dans la formulation de la maladie, il est certain que cette recherche est restreinte puisque la perspective prise en compte est uniquement celle des thérapeutes. Bien que les participants soient représentatifs de l'expertise transculturelle dans le milieu clinique du canton de Vaud, les données prises en compte restent rapportées par un seul acteur dans la relation thérapeutique et il nous manque donc le point de vue du patient, des professionnels de la santé, d'autres groupes culturels, ainsi que des interprètes communautaires.

Par ailleurs, nous avons constaté la difficulté d'associer une éventuelle phénoménologie des symptômes associée à des groupes culturels spécifiques (dans notre cas, l'appartenance à la région MOAN et à la Corne d'Afrique). En effet, lors de la formulation de la symptomatologie, nous l'avons envisagée de manière plutôt générale par rapport à la personne dans le contexte de l'asile dans le canton de Vaud. Nous avons pu identifier quelques spécificités par rapport à certains pays, mais il s'agit de rares exemples donnés par les thérapeutes. La tendance était plutôt de donner une image générale des patients de ces régions. Ainsi, bien que les deux groupes d'intérêt aient été bien définis lors de l'élaboration de la grille d'entretien, le point de vue des thérapeutes n'a pas confirmé cette distinction dans la manière dont ils ont répondu aux questions. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces imprécisions.

Premièrement, la question du langage en contexte clinique est primordiale en tant qu'outil de nature subjective dans l'échange interpersonnel dans ce contexte (Abdelhak & Moro, 2004). Dans ce cadre, il y a une chaîne d'acteurs différents avant d'aboutir à une analyse finale de la phénoménologie de la perturbation des relations interpersonnelles. En effet, les patients expriment leur souffrance à l'interprète qui traduit le sens sémantique et culturel au thérapeute. Puis, ces thérapeutes rapportent ce discours teinté de leur valeurs et compréhension culturelle à l'assistante doctorante qui elle-même oriente la discussion selon sa compréhension à l'aide de la grille d'entretien semi-directif mais aussi de son sens clinique, ses valeurs culturelles et ses connaissances en matière de transculturalité. Puis, nous analysons ce discours rapporté. Il est intéressant de souligner que ce discours est basé sur la mémoire des thérapeutes élaborant leur point de vue sur l'ensemble des DSO et faisant parfois part d'anecdotes spécifiques. Ainsi, il serait judicieux de considérer la possibilité de mener

des entretiens avec des questions spécifiques sur la phénoménologie des relations interpersonnelles perturbées dans des contextes géographiques plus ciblés, tels que des pays individuels, plutôt que de couvrir des zones géographiques aussi vastes.

Ensuite, il peut y avoir un biais de sélection dans la population des patients consultés. D'une part, les patients qui viennent en consultation sont ceux qui parviennent déjà à sortir de chez eux pour parler à un thérapeute. Notre travail portant sur la perturbation des relations interpersonnelles comportant des manifestations comme l'isolation et le retrait social, nous supposons que les formes les plus sévères de l'expression de ces symptômes sont difficilement observables par les thérapeutes. De plus, en raison du manque d'informations concernant les années d'expérience clinique des thérapeutes interviewés, il n'est pas possible de déterminer avec certitude quels thérapeutes étaient les plus expérimentés en ce qui concerne le suivi de patients provenant de régions spécifiques. Ainsi, il aurait été pertinent de savoir les données épidémiologiques de la population que chaque thérapeute suit au cours d'une certaine période de temps. Enfin, Orth et Wieland (2006) mettent en lumière la variation de la symptomatologie au cours du temps. Afin de contrôler cet effet, il aurait été utile de savoir depuis combien de temps les thérapeutes suivaient les patients mentionnés.

Enfin, il est possible que nos biais personnels aient eu un impact au niveau de l'analyse des données. En effet, notre propre culture, concept de soi et intérêts personnels ont pu influencer la saillance des éléments analysés. Ainsi, comme souligné dans la partie réflexive, nous avons toutes deux effectué un stage au sein de l'Association Appartenances. Néanmoins, cette double identité de praticienne-chercheuse peut avoir une influence sur le sens du processus de notre analyse des données (*bottom-up, top-down*) (De Lavergne, 2007). Ainsi, notre pratique clinique a pu biaiser notre analyse thématique en induisant une tendance à repérer des thèmes relatifs à ce que nous avons pu observer lors de notre expérience au sein de l'association. D'autre part, nous avons potentiellement pu côtoyer les thérapeutes ainsi que les patients dont les thérapeutes parlaient. Nos connaissances intrinsèques de l'association ont pu orienter notre analyse. Cependant, afin de garantir le respect des principes de qualité et de rigueur de l'approche qualitative de l'analyse thématique (Braun & Clarke, 2013), nous avons personnellement pris constamment des notes pendant notre stage concernant notre pratique clinique et l'évolution de nos opinions tout au long du stage. De plus, en contexte académique, nous avons tenu un journal de bord commun illustrant nos entretiens et échanges sur l'application Zoom. Cependant, il aurait été pertinent de documenter nos convictions préexistantes antérieures au début du stage. De plus, compte tenu du fait que nous avons

participé à la retranscription des entretiens analysés, il aurait été préférable que nous ne puissions pas reconnaître les thérapeutes interviewés malgré les mesures prises pour préserver l'anonymat (voix ou manière de s'exprimer), ni les patients mentionnés dans certaines anecdotes.

Par ailleurs, il se peut que la fréquence de nos discussions lors de l'analyse thématique ait pu entraîner une convergence inconsciente des opinions. En effet, le fait que le calcul du Coefficient K (Brennan & Prediger, 1981, cité dans VERBI, 2021) ait été effectué sur trois entretiens (et non sur tous), qui ont eu lieu après le codage conjoint des deux premiers entretiens, nous amène à réfléchir sur la valeur de la fiabilité inter-juges sur l'ensemble des données.

6.3. Ouverture

Il nous semble intéressant et crucial, à l'avenir, de mettre en relation les résultats trouvés dans les trois groupes (thérapeutes, interprètes et patients) et d'observer quelles sont les implications de ces trois perspectives sur un même trouble. Par ailleurs, pour pouvoir isoler l'impact de la culture spécifique des pays/régions d'intérêt, il serait pertinent de pouvoir discuter spécifiquement de ces pays avec les thérapeutes et il serait bénéfique de pouvoir effectuer une étude de terrain dans les pays concernés.

Au regard des réflexions élaborées en termes d'accès aux soins, de dynamiques migratoires et de développement de l'identité "comme processus" (Moro, 2006, p.12) résultant des situations de métissage (p.10), il serait intéressant d'envisager le trouble TSPT-C à une échelle longitudinale et intergénérationnelle, en considérant non seulement le migrant de première génération en situation d'asile, mais aussi en termes de dynamiques familiales et de développement de ce trouble dans les dynamiques familiales et en termes de traumatisme intergénérationnel (comme fait, par exemple, dans le contexte rwandais : Denov & Piolanti, 2019 ; Song et al., 2014 ; Kahn & Denov, 2022). Ceci est particulièrement important si l'on considère que le symptôme clé des relations interpersonnelles qui vient d'être analysé a des répercussions au niveau individuel, interpersonnel et collectif.

7. Bibliographie

- Abdelhak, M. A., & Moro, M. R. (2004). L'interprète en psychothérapie transculturelle. *Manuel de Psychiatrie Transculturelle. Travail clinique, travail social*, 239-248.
- Akça, S., & Gençöz, F. (2022). The Experience of Disgust in Women Exposed to Domestic Violence in Turkey. *Journal of interpersonal violence*, 37(15-16), NP14538–NP14563. <https://doi.org/10.1177/08862605211013953>
- Al-Natour, A., Al-Ostaz, S. M., & Morris, E. J. (2019). Marital Violence During War Conflict: The Lived Experience of Syrian Refugee Women. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 30(1), 32–38. <https://doi.org/10.1177/1043659618783842>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental disorders Fourth Edition- DSM-IV. Washington: American Psychiatric Press; 1994.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: AMA, 2013.
- American Psychiatric Association (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Bahadir-Yilmaz, E., & Oz, F. (2019). Experiences and Perceptions of Abused Turkish Women Regarding Violence Against Women. *Community mental health journal*, 55(4), 686–692. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0350-9>
- Baubet, T., & Moro, M. R. (2009). Les effets de la migration et de l'exil. *Psychopathologie transculturelle : Elsevier Masson SAS, 2013*, 49-56.

- Baubet, T. (2013). L'évaluation clinique en situation transculturelle,. *Psychopathologie transculturelle : Elsevier Masson SAS, 2013, 87-102.*
- Berry, J. W. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications*. Cambridge University Press.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101. DOI: [10.1191/1478088706qp063oa](https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa)
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative research in sport, exercise and health, 11*(4), 589-597. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology, 9*(1), 3–26. <https://doi.org/10.1037/qap0000196>
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(5), 748–766. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.68.5.748>
- Brinkmann, S. (2014). Interview. In T. Teo (Ed.), *Encyclopedia of Critical Psychology* (pp. 1008-1010). Berlin: Springer.
- Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2009). Does expressing your emotions raise or lower your blood pressure? The answer depends on cultural context. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 40*, 510–517. <http://dx.doi.org/10.1177/0022022109332845>
- Campos, B., & Kim, H. S. (2017). Incorporating the cultural diversity of family and close relationships into the study of health. *American Psychologist, 72*(6), 543–554. <https://doi.org/10.1037/amp0000122>

- Campos, B., Ullman, J. B., Aguilera, A., & Dunkel Schetter, C. (2014). Familism and psychological health: The intervening role of closeness and social support. *Journal of Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 20*, 191–201. <http://dx.doi.org/10.1037/a0034094>
- Cai, H., Sedikides, C., & Jiang, L. (2013). Familial self as a potent source of affirmation: Evidence from China. *Social Psychological and Personality Science, 4*(5), 529–537. <http://dx.doi.org/10.1177/1948550612469039>
- Chen, J. M., Kim, H. S., Mojaverian, T., & Morling, B. (2012). Culture and social support provision: who gives what and why. *Personality & social psychology bulletin, 38*(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/0146167211427309>
- Chen, J. M., Kim, H. S., Sherman, D. K., & Hashimoto, T. (2015). Cultural differences in support provision: The importance of relationship quality. *Personality and Social Psychology Bulletin, 41*, 1575–1589. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167215602224>
- Chentsova-Dutton, Y. E., & Ryder, A. G. (2019). Cultural-clinical psychology. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 365–396.). New York: Guilford Press.
- Christie, H., Hamilton-Giachritsis, C., Alves-Costa, F., Tomlinson, M., Stewart, J., Skeen, S., ... & Halligan, S. (2020). Associations between parental trauma, mental health, and parenting: A qualitative study in a high-adversity South African community. *Social Science & Medicine, 265*, 113474. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113474>
- Clark D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour research and therapy, 37 Suppl 1*, S5–S27. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00048-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00048-0)

- Cloitre, M., Cohen, L.R., & Karestan, K.C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York: Guildford.
- Cloitre, M., Shevlin M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., Karatzias, T., Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: Development of a self-report measure of ICD-11 TSPT and Complex TSPT. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *138*(6), 536–546. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Coffey, G. J., Kaplan, I., Sampson, R. C., & Tucci, M. M. (2010). The meaning and mental health consequences of long-term immigration detention for people seeking asylum. *Social science & medicine*, *70*(12), 2070-2079. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.02.042>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, *20*, 37-46. <http://dx.doi.org/10.1177/001316446002000104>
- Cohen S. (2004). Social relationships and health. *The American psychologist*, *59*(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Confédération suisse. (1955). *Convention du 28 juillet 1951 relative au statut des réfugiés* (Version en vigueur). Consulté en janvier 2023, à l'adresse https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1955/443_461_469/fr
- Conseil fédéral. (2021). *Actualité et portée de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés*. Consulté en janvier 2023, à l'adresse <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2018/20183930/Bericht%20BR%20F.pdf>

- Coontz, S. (2005). *History of marriage*. New York, NY: Viking.
- Dressler, W. W. (2004). Culture and the risk of disease. *British Medical Bulletin*, *69*, 21–31. <http://dx.doi.org/10.1093/bmb/ldh020>
- de Jong, J.T.V.M. (Ed.). (2002). *Trauma, war and violence: Public mental health in socio-cultural context*. New York: Kluwer/Plenum.
- de Jong, J. T., Komproe, I. H., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A., & Van Ommeren, M. H. (2005). DESNOS in three postconflict settings: assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of traumatic stress*, *18*(1), 13–21. <https://doi.org/10.1002/jts.20005>
- De Lavergne, C. (2007). La posture du praticien-chercheur: un analyseur de l'évolution de la recherche qualitative. *Recherches qualitatives*, *3*, 28-43.
- Denov, M., & Piolanti, A. (2019). Mothers of children born of genocidal rape in Rwanda: implications for mental health, well-being and psycho-social support interventions. *Health care for women international*, *40*(7-9), 813-828. <https://doi.org/10.1080/07399332.2019.1571593>
- Eaton, L., & Louw, J. (2000). Culture and self in South Africa: individualism-collectivism predictions. *The Journal of social psychology*, *140*(2), 210–217. <https://doi.org/10.1080/00224540009600461>
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 319–345. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Elaldi, S., & Yerliyurt, N. S. (2017). The Efficacy of Drama in Field Experience: A Qualitative Study Using MAXQDA. *Journal of Education and Learning*, 6(1), 10-26.

<http://dx.doi.org/10.5539/jel.v6n1p10>

Einolf, C. J. (2018). Why Do States Use Sexual Torture against Political Prisoners? Evidence from Saddam Hussein's Prisons. *Journal of Global Security Studies*, 3(4), 417-430.

<https://doi.org/10.1093/jogss/ogy011>

Erdener, E. (2017). The ways of coping with post-war trauma of Yezidi refugee women in Turkey. In *Women's studies international forum* (Vol. 65, pp. 60-70). Pergamon.

<https://doi.org/10.1016/j.wsif.2017.10.003>

Forouzani, A. (2020). *Texture*. [image en ligne]. Unsplash.

<https://unsplash.com/it/foto/m0l9NBCivuk>

Freh, F. M., Chung, M. C., & Dallos, R. (2013). In the shadow of terror: posttraumatic stress and psychiatric co-morbidity following bombing in Iraq: the role of shattered world assumptions and altered self-capacities. *Journal of psychiatric research*, 47(2), 215–225.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.10.008>

Fu, A. S., & Markus, H. R. (2014). My Mother and Me: Why Tiger Mothers Motivate Asian Americans But Not European Americans. *Personality & social psychology bulletin*,

40(6), 739–749. <https://doi.org/10.1177/0146167214524992>

Fuligni, A. J. (2007). Family obligation, college enrollment, and emerging adulthood in Asian and Latin American families. *Child Development Perspectives*, 1(2), 96-100.

<https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2007.00022.x>

- Hansford, M., & Jobson, L. (2021). Social support and self-construal as moderators of lifetime trauma exposure on posttraumatic stress disorder symptoms. *Traumatology*, 27(2), 205–214. <https://doi.org/10.1037/trm0000281>
- Harris, M. (2001). *The rise of anthropological theory: A history of theories of culture*. AltaMira Press.
- Hauswirth, M., Canellini, A. & Bennoun, N. (2004). Un improbable refuge: Les répercussions sur la santé mentale des procédures en matière d'asile. *Psychothérapies*, 24, 215-222. <https://doi.org/10.3917/psys.044.0215>
- Hashimoto, T., Mojaverian, T., & Kim, H. S. (2012). Culture, interpersonal stress, and psychological distress. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43(4), 527-532. <https://doi.org/10.1177/0022022112438396>
- Headland, T., Pike, K., & Harris, M. (Eds.). (1990). *Emics and Etics: The Insider-Outsider Debate*. Sage Publications, Inc.
- Heim, E., Karatzias, T., & Maercker, A. (2022). Cultural concepts of distress and complex PTSD : Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*, 93, 102143. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102143>
- Heim, E., & Kohrt, B. A. (2019). Cultural adaptation of scalable psychological interventions. *Clinical Psychology in Europe*, 1(4), 1-22. <https://doi.org/10.32872/cpe.v1i4.37679>
- Herman, J. L. (1992). Complex TSPT: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>

- Hirsch, J. (2003). *A courtship after marriage: Sexuality and love in Mexican transnational families*. Univ of California Press.
- Ho, D. Y. F. (1998). Interpersonal relationships and relationship dominance: An analysis based on methodological relationalism. *Asian Journal of Social Psychology*, 1(1), 1–16. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00002>
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (1997). *Cultures and organizations*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Horn, R. (2010). A study of the emotional and psychological well-being of refugees in Kakuma refugee camp, Kenya. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(4), 20-32. <http://dx.doi.org/10.5042/ijmhsc.2010.0229>
- Hsu, F. L. (1971). Filial piety in Japan and China: Borrowing, variation and significance. *Journal of Comparative Family Studies*, 2(1), 67-74.
- Hughes, T. L., Riggle, E. D., Moreland, P., White, R., & Gishoma, D. (2021). Trauma, mental health, and health care experiences of lesbian and bisexual women in Rwanda. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. <https://doi.org/10.1037/sgd0000417>
- Idris, I. (2004). Le religieux en clinique. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail Clinique, Travail Social*. Grenoble: La Pensée Sauvage, Éditions, 2006, 249-263.
- Igreja, V., Kleijn, W., & Richters, A. (2006). When the war was over, little changed: women's posttraumatic suffering after the war in Mozambique. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(7), 502-509. DOI: [10.1097/01.nmd.0000228505.36302.a3](https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000228505.36302.a3)

ITQ. (s. d.). Trauma Measures Glob. Consulté en janvier 2023, à l'adresse <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>

Jones, E. E., & Zoppel, C. L. (1982). Impact of client and therapist gender on psychotherapy process and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 50(2), 259–272. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.50.2.259>

Jowett, S., Karatzias, T., Shevlin, M., & Albert, I. (2020). Differentiating symptom profiles of ICD-11 PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis in a multiply traumatized sample. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 36–45. <https://doi.org/10.1037/per0000346>

Kahn, S., & Denov, M. (2022). Transgenerational trauma in Rwandan genocidal rape survivors and their children: A culturally enhanced bioecological approach. *Transcultural Psychiatry*, 59(6), 727-739. <https://doi.org/10.1177/13634615221080231>

Kaiser, B. N., Ticao, C., Boglosa, J., Minto, J., Chikwiramadara, C., Tucker, M., & Kohrt, B. A. (2020). Mental health and psychosocial support needs among people displaced by Boko Haram in Nigeria. *Global public health*, 15(3), 358-371. <https://doi.org/10.1080/17441692.2019.1665082>

Kim, H. S., Sherman, D. K., Ko, D., & Taylor, S. E. (2006). Pursuit of comfort and pursuit of harmony: Culture, relationships, and social support seeking. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(12), 1595-1607. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167206291991>

Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and social support. *The American psychologist*, 63(6), 518–526. <https://doi.org/10.1037/0003-066X>

- Kirmayer, L. J., & Groleau, D. (2001). Affective disorders in cultural context. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(3), 465-478. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70241-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70241-0)
- Kirmayer, L. J., Groleau, D., Guzder, J., Blake, C., & Jarvis, E. (2003). Cultural consultation: A model of mental health service for multicultural societies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(3), 145-153. <https://doi.org/10.1177/070674370304800302>
- Kleinman, A. M. (1977). Depression, somatization and the “new cross-cultural psychiatry”. *Social Science & Medicine (1967)*, 11(1), 3-9. [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90138-X](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90138-X)
- Knettel, B. A., Mulawa, M. I., Knippler, E. T., Ciya, N., Robertson, C., Joska, J. A., & Sikkema, K. J. (2019). Women’s perspectives on ImpACT: a coping intervention to address sexual trauma and improve HIV care engagement in Cape Town, South Africa. *AIDS care*. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1587368>
- Kohrt, B. A., Rasmussen, A., Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Maharjan, S. M., Mutamba, B. B., ... & Hinton, D. E. (2014). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *International journal of epidemiology*, 43(2), 365-406. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt227>
- Kvale, S. (1994). Ten standard Objections to Qualitative Research Interviews. *Journal of Phenomenological Psychology*, 25(2), 147-173. <https://doi.org/10.1163/156916294X00016>

- Lewis-Fernández, R., & Kirmayer, L. J. (2019). Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: Understanding symptom experience and expression in context. *Transcultural Psychiatry*, 56(4), 786-803. <https://doi.org/10.1177/1363461519861795>
- Li, H. Z. (2002). Culture, gender and self–close-other (s) connectedness in Canadian and Chinese samples. *European Journal of Social Psychology*, 32(1), 93-104. <http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.63>
- Liebling, H., & Kiziri-Mayengo, R. (2002). The psychological effects of gender-based violence following armed conflict in Luwero District, Uganda. *Feminism & Psychology*, 12(4), 553-560. <https://doi.org/10.1177/0959353502012004015>
- Loi fédérale sur la protection des données (LPD), RU 2022 491, 1 juillet 1993.
Consulté en mai 2023, à l'adresse https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1993/1945_1945_1945/fr
- Loi sur la protection des données personnelles (LPrD), 172.65, 11 septembre 2007.
Consulté en mai 2023, à l'adresse <https://prestations.vd.ch/pub/blv-publication/actes/consolide/172.65?key=1566568963612&id=cf9df545-13f7-4106-a95b-9b3ab8fa8b01>
- Lueders, J., Sander, C., Leonhard, A., Schäfer, I., Speerforck, S., & Schomerus, G. (2022). Trauma assessment in outpatient psychotherapy and associations with psychotherapist's gender, own traumatic events, length of work experience, and theoretical orientation. *European journal of psychotraumatology*, 13(1), 2029043. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2029043>

- Luxenberg, T., Spinazzola, J., & van der Kolk, B.A. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) diagnosis: Part 1. Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21, 373–394.
- Maddux, J. E., Gosselin, J. T., & Winstead, B. A. (2019). Conceptions of psychopathology: A social constructionist perspective. In *Psychopathology* (pp. 3-18). Routledge.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H., & Brähler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung [Post-traumatic stress disorder in Germany. Results of a nationwide epidemiological study]. *Der Nervenarzt*, 79(5), 577–586. <https://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>
- Maercker, A., & Horn, A. B. (2013). A socio-interpersonal perspective on PTSD: The case for environments and interpersonal processes. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 465–481. <https://doi.org/10.1002/cpp.1805>
- Mak, M. C. K., Bond, M. H., Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2010). Adult attachment, perceived support, and depressive symptoms in Chinese and American cultures. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(2), 144–165. <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.2.144> <https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.2.144>
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological review*, 98(2), 224-253. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.98.2.224>
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1994). The cultural construction of self and emotion: Implications for social behavior. In S. Kitayama & H. R. Markus (Eds.), *Emotion and*

- culture: Empirical studies of mutual influence* (pp. 89–130). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10152-003>
- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2010). Cultures and Selves: A Cycle of Mutual Constitution. *Perspectives on Psychological Science*, 5(4), 420-430. <https://doi.org/10.1177/1745691610375557>
- Marsella, A. J., & Yamada, A. M. (2007). Culture and psychopathology: Foundations, issues, and directions. In S. Kitayama & D. Cohen (Eds.), *Handbook of cultural psychology* (pp. 797–818). The Guilford Press.
- Mert, K., & Aksoy, S. D. (2018). Working with women in Turkey exposed to childhood sexual abuse. *Public health nursing (Boston, Mass.)*, 35(6), 517–525. <https://doi.org/10.1111/phn.12547>
- Michalopoulos, L. T. M., Baca-Atlas, S. N., Simona, S. J., Jiwatram-Negrón, T., Ncube, A., & Chery, M. B. (2017). “Life at the River is a Living Hell:” a qualitative study of trauma, mental health, substance use and HIV risk behavior among female fish traders from the Kafue Flatlands in Zambia. *BMC Women's Health*, 17(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0369-z>
- Miller, K. E., Omidian, P., Kulkarni, M., Yaqubi, A., Daudzai, H., & Rasmussen, A. (2009). The validity and clinical utility of post-traumatic stress disorder in Afghanistan. *Transcultural psychiatry*, 46(2), 219-237. <https://doi.org/10.1177/1363461509105813>
- Miller, K. E., Omidian, P., Quraishy, A. S., Quraishy, N., Nasiry, M. N., Nasiry, S., Karyar, N. M., & Yaqubi, A. A. (2006). The Afghan Symptom Checklist: A culturally grounded approach to mental health assessment in a conflict zone. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 423–433. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.4.423>

- Mojaverian, T., & Kim, H. S. (2013). Interpreting a helping hand: Cultural variation in the effectiveness of solicited and unsolicited social support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(1), 88-99. <https://doi.org/10.1177/0146167212465319>
- Moleiro, C. (2018). Culture and psychopathology: New perspectives on research, practice, and clinical training in a globalized world. *Frontiers in psychiatry*, 9, 366. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00366>
- Morgan, E., Wieling, E., Hubbard, J., & Dwanyen, L. (2020). Perceptions of War Trauma and Healing of Marital Relations Among Torture-surviving Congolese Couples Participating in Multicouple Therapy. *Family process*, 59(3), 1128-1143. <https://doi.org/10.1111/famp.12487>
- Morling, B., Kitayama, S., & Miyamoto, Y. (2003). American and Japanese women use different coping strategies during normal pregnancy. *Personality & social psychology bulletin*, 29(12), 1533–1546. <https://doi.org/10.1177/0146167203256878>
- Moro, M. R. (2006). Penser et agir en situation transculturelle. Pourquoi? Comment. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail Clinique, Travail Social. Grenoble: La Pensée Sauvage, Éditions, 2006, 9-18.*
- Mtiya-Thimla, G., & Van der Merwe, M. (2021). The experiences of abused older persons in resource-poor settings. *Social Work*, 57(2), 226-243. <http://dx.doi.org/10.15270/52-2-931>
- Mueller, J., Orth, U., Wang, J., & Maercker, A. (2009). Disclosure attitudes and social acknowledgement as predictors of posttraumatic stress disorder symptom severity in Chinese and German crime victims. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(8), 547–556. <https://doi.org/10.1177/070674370905400807>

- Naghavi, A., Amani, S., Bagheri, M., & De Mol, J. (2019). A Critical Analysis of Intimate Partner Sexual Violence in Iran. *Frontiers in psychology*, *10*, 2729. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02729>
- Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J., Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S. Z., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., ... Woolf, K. (2014). Culture and health. *The Lancet*, *384* (9954), 1607–1639. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Rosebrock, L., & Litz, B. T. (2014). The mechanisms of psychosocial injury following human rights violations, mass trauma, and torture. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *21*(2), 172–191. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12064>
- Nickerson, A., Cloitre, M., Bryant, R. A., Schnyder, U., Morina, N., & Schick, M. (2016). The factor structure of complex posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *European journal of psychotraumatology*, *7*(1), 33253. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.33253>
- Orth, U., & Wieland, E. (2006). Anger, hostility, and posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(4), 698–706. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.698>
- Owen, J., Wong, Y. J., & Rodolfa, E. (2009). Empirical search for psychotherapists' gender competence in psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *46*(4), 448–458. <https://doi.org/10.1037/a0017958>

- Ozer, E.J., Best, S.R., Lipsey, T.L., & Weiss, D.S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52–73. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.52>
- Pike, K. L. (1967). Etic and emic standpoints for the description of behavior. In K. L. Pike, *Language in relation to a unified theory of the structure of human behavior* (pp. 37–72). Mouton & Co. <https://doi.org/10.1037/14786-002>
- Portrait d'Appartenances*. (s. d.). Consulté en janvier 2023, à l'adresse <https://www.appartenances.ch/association/portrait-d-appartenances>
- Raulin, A. (2004). Une École de New York ? Actualité du courant “Culture et Personnalité”. *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail Clinique, Travail Social*. Grenoble: La Pensée Sauvage, Éditions, 2006, 65-78.
- Roberts, K., Dowell, A., & Nie, J. B. (2019). Attempting rigour and replicability in thematic analysis of qualitative research data; a case study of codebook development. *BMC medical research methodology*, 19(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12874-019-0707-y>
- Ryder, A. G., & Chentsova-Dutton, Y. E. (2015). Cultural-clinical psychology: From cultural scripts to contextualized treatments. In L. J. Kirmayer, R. Lemelson, C. A. Cummings (Eds.), *Re- visioning psychiatry: Cultural phenomenology, critical neuroscience, and global mental health* (pp. 400-433). New York, NY: Cambridge University Press.
- Sabogal, F., Marín, G., Otero-Sabogal, R., Marín, B. V., & Perez-Stable, E. J. (1987). Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't?. *Hispanic journal of behavioral sciences*, 9(4), 397-412. <http://dx.doi.org/10.1177/07399863870094003>
- Salsman, J. M., Brown, T. L., Brechting, E. H., & Carlson, C. R. (2005). The link between religion and spirituality and psychological adjustment: the mediating role of optimism

- and social support. *Personality & social psychology bulletin*, 31(4), 522–535.
<https://doi.org/10.1177/0146167204271563>
- Schwartz, S. J., Weisskirch, R. S., Hurley, E. A., Zamboanga, B. L., Park, I. J. K., Kim, S. Y., Umaña-Taylor, A., Castillo, L. G., Brown, E., & Greene, A. D. (2010). Communalism, familism, and filial piety: Are they birds of a collectivist feather? *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 16(4), 548–560. <https://doi.org/10.1037/a0021370>
- Schug, J., Yuki, M., & Maddux, W. (2010). Relational mobility explains between- and within-culture differences in self-disclosure to close friends. *Psychological science*, 21(10), 1471–1478. <https://doi.org/10.1177/0956797610382786>
- Scott, J., Mullen, C., Rouhani, S., Kuwert, P., Greiner, A., Albutt, K., ... & Bartels, S. (2017). A qualitative analysis of psychosocial outcomes among women with sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo. *International Journal of Mental Health Systems*, 11, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0171-1>
- Secrétariat d'Etat aux migrations (SEM) (2023a, février). *Statistique en matière d'asile 2022*. Département Fédéral de Justice et Police DFJP. Récupéré sur <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/sem/medien/mm.msg-id-93006.html>
- Secrétariat d'Etat aux migrations SEM (2023b, juin). *Statistique en matière d'asile, mai 2023*. Département Fédéral de Justice et Police DFJP. Récupéré sur <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik/archiv/2023/05.html>
- Shannon, P. J., Wieling, E., McCleary, J. S., & Becher, E. (2015). Exploring the mental health effects of political trauma with newly arrived refugees. *Qualitative Health Research*, 25(4), 443-457. <https://doi.org/10.1177/1049732314549475>

- Song, S. J., Tol, W., & De Jong, J. (2014). Indero: Intergenerational trauma and resilience between Burundian former child soldiers and their children. *Family process*, 53(2), 239-251. <https://doi.org/10.1111/famp.12071>
- Staczan, P., Schmuecker, R., Koehler, M., Berglar, J., Cramer, A., von Wyl, A., Koemedalutz, M., Schulthess, P., & Tschuschke, V. (2017). Effects of sex and gender in ten types of psychotherapy. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 27(1), 74–88. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1072285>
- Timraz, S., Lewin, L., Giurgescu, C., & Kavanaugh, K. (2019). An Exploration of Coping with Childhood Sexual Abuse in Arab American Women. *Journal of child sexual abuse*, 28(3), 360–381. <https://doi.org/10.1080/10538712.2018.1538174>
- Tsai, J. L., Knutson, B., & Fung, H. H. (2006). Cultural variation in affect valuation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90(2), 288–307. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.2.288>
- UNHCR. (s.d.-a). *Aperçu statistique*. Consulté en mai 2023, à l'adresse <https://www.unhcr.org/fr/en-bref/qui-nous-sommes/apercu-statistique>
- UNHCR (s.d.-b). *Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés*. Consulté en janvier 2023, à l'adresse <https://www.unhcr.org/fr/media/convention-et-protocole-relatifs-au-statut-des-refugies>
- Van der Kolk, B. A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F. S., McFarlane, A., & Herman, J. L. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *The American journal of psychiatry*, 153(7 Suppl), 83–93. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.7.83>

- Van der Merwe, A., & Swartz, L. (2014). Counter-narratives in context: The role of the organisation and broader culture in psychic splitting among South African survivors of intimate partner violence. *Psychodynamic practice*, 20(3), 195-212.
<https://doi.org/10.1080/14753634.2014.916838>
- Van der Merwe, A., & Swartz, L. (2015). Living in two narratives: psychic splitting in South African survivors of chronic trauma. *South African Journal of Psychology*, 45(3), 361-373. <https://doi.org/10.1177/0081246315574826>
- VERBI Software. (2021). *MAXQDA 2022 Online Manual*. Consulté en janvier 2023, à l'adresse maxqda.com/help-max20/welcome
- Vloeberghs, E., Van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & health*, 17(6), 677-695.
<https://doi.org/10.1080/13557858.2013.771148>
- Wang, S., & Lau, A. S. (2015). Mutual and Non-Mutual Social Support: Cultural Differences in the Psychological, Behavioral, and Biological Effects of Support Seeking. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 46(7), 916-929.
<https://doi.org/10.1177/0022022115592967>
- Watt, M. H., Dennis, A. C., Choi, K. W., Ciya, N., Joska, J. A., Robertson, C., & Sikkema, K. J. (2017). Impact of sexual trauma on HIV care engagement: perspectives of female patients with trauma histories in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 21, 3209-3218. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1617-1>

- Woldetsadik, M. A., Acan, G., & Odiya, O. I. (2022). The enduring consequences of conflict-related sexual violence: a qualitative study of women survivors in northern Uganda. *Conflict and health*, 16(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13031-022-00448-y>
- Womersley, G., Kloetzer, L., & Goguikian Ratcliff, B. (2017). Mental health problems associated with asylum procedures of refugees in European countries. *NCCR-on the move*, (2), 34-40. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:118568>
- World Health Organization (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision)*. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
- Yaghoubirad, M., Azadfallah, P., Farahani, H., & Cameron, C. A. (2023). Talking with Iranian trans women: Their experiences and identity development. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 27(1), 59-84. <http://dx.doi.org/10.1080/19359705.2022.2072034>
- Yilmaz, A. T., & Weiss, M. G. (2001). Cultural formulation: clinical case study. In: Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rössler A, Editors. *Cultural Psychiatry: Euro-international Perspectives*. Basel: Karger, 2001. P.129-40.
- Zamperini, A., Bettini, M., Spagna, F., & Menegatto, M. (2017). Mothers and children of violence: Memorialization, reconciliation, and victims in post-genocide Rwanda.. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 24(3), 317–331.
- Zbidat, A., Georgiadou, E., Borho, A., Erim, Y., & Morawa, E. (2020). The Perceptions of Trauma, Complaints, Somatization, and Coping Strategies among Syrian Refugees in Germany-A Qualitative Study of an At-Risk Population. *International journal of environmental research and public health*, 17(3), 693. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030693>

Zietz, S., Kajula, L., Martin, S., Moracco, B., Shanahan, M., & Maman, S. (2022). “Mtoto Wa Nyoka Ni Nyoka,” The Child of a Snake is a Snake: A Narrative Analysis of Adverse Childhood Experiences and Perpetration of Interpersonal Violence Among Men in Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of interpersonal violence*, 37(13-14), NP12040-NP12065. <https://doi.org/10.1177/0886260521997443>

Zunner, B., Dworkin, S. L., Neylan, T. C., Bukusi, E. A., Oyaró, P., Cohen, C. R., ... & Meffert, S. M. (2015). HIV, violence and women: unmet mental health care needs. *Journal of affective disorders*, 174, 619-626. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.017>

8. Annexes

A. Définition TSPT (DSM-5 ; CIM-11)

Note. Copier-coller directement à partir des manuels cités dans la bibliographie.

DSM-5

Critères diagnostiques 309.81 (F43.10)

Trouble stress post-traumatique

N.B. : Les critères suivants s'appliquent aux adultes, aux adolescents et aux enfants âgés de plus de 6 ans. Pour les enfants de 6 ans ou moins, cf. les critères correspondants ci-dessous.

- A. Exposition à la mort effective ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :
1. En étant directement exposé à un ou à plusieurs événements traumatiques.
 2. En étant témoin direct d'un ou de plusieurs événements traumatiques survenus à d'autres personnes.
 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatiques sont arrivés à un membre de la famille proche ou à un ami proche. Dans les cas de mort effective ou de menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, le ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.

-
4. En étant exposé de manière répétée ou extrême aux caractéristiques aversives du ou des événements traumatiques (p. ex. intervenants de première ligne rassemblant des restes humains, policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants).

N.B. : Le critère A4 ne s'applique pas à des expositions par l'intermédiaire de médias électroniques, télévision, films ou images, sauf quand elles surviennent dans le contexte d'une activité professionnelle.

- B. Présence d'un (ou de plusieurs) des symptômes envahissants suivants associés à un ou plusieurs événements traumatiques et ayant débuté après la survenue du ou des événements traumatiques en cause :

1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatiques provoquant un sentiment de détresse.

N.B. : Chez les enfants de plus de 6 ans, on peut observer un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs provoquant un sentiment de détresse dans lesquels le contenu et/ou l'affect du rêve sont liés à l'événement/aux événements traumatiques.

N.B. : Chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Réactions dissociatives (p. ex. *flashbacks* [scènes rétrospectives]) au cours desquelles le sujet se sent ou agit comme si le ou les événements traumatiques allaient se reproduire. (De telles réactions peuvent survenir sur un continuum, l'expression la plus extrême étant une abolition complète de la conscience de l'environnement.)

N.B. : Chez les enfants, on peut observer des reconstitutions spécifiques du traumatisme au cours du jeu.

4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect du ou des événements traumatiques en cause.
5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatiques.

C. Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoigne la présence de l'une ou des deux manifestations suivantes :

1. Évitement ou efforts pour éviter les souvenirs, pensées ou sentiments concernant ou étroitement associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.
2. Évitement ou efforts pour éviter les rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui réveillent des souvenirs des pensées ou des sentiments associés à un ou plusieurs événements traumatiques et provoquant un sentiment de détresse.

D. Altérations négatives des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Incapacité de se rappeler un aspect important du ou des événements traumatiques (typiquement en raison de l'amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, l'alcool ou des drogues).
2. Croyances ou attentes négatives persistantes et exagérées concernant soi-même, d'autres personnes ou le monde (p. ex. : « je suis mauvais », « on ne peut faire confiance à personne », « le monde entier est dangereux », « mon système nerveux est complètement détruit pour toujours »).
3. Distorsions cognitives persistantes à propos de la cause ou des conséquences d'un ou de plusieurs événements traumatiques qui poussent le sujet à se blâmer ou à blâmer d'autres personnes.
4. État émotionnel négatif persistant (p. ex. crainte, horreur, colère, culpabilité ou honte).
5. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
6. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
7. Incapacité persistante d'éprouver des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver bonheur, satisfaction ou sentiments affectueux).

E. Altérations marquées de l'éveil et de la réactivité associés à un ou plusieurs événements traumatiques, débutant ou s'aggravant après la survenue du ou des événements traumatiques, comme en témoignent deux (ou plus) des éléments suivants :

1. Comportement irritable ou accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'exprime typiquement par une agressivité verbale ou physique envers des personnes ou des objets.
2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur.
3. Hypervigilance.
4. Réaction de sursaut exagérée.
5. Problèmes de concentration.
6. Perturbation du sommeil (p. ex. difficulté d'endormissement ou sommeil interrompu ou agité).

F. La perturbation (symptômes des critères B, C, D et E) dure plus d'un mois.

G. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

H. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. médicament, alcool) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type :

Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes présentés par le sujet répondent aux critères d'un trouble stress post-traumatique ; de plus et en réponse au facteur de

stress, le sujet éprouve l'un ou l'autre des symptômes persistants ou récurrents suivants :

1. **Dépersonnalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes de se sentir détaché de soi, comme si l'on était un observateur extérieur de ses processus mentaux ou de son corps (p. ex. sentiment d'être dans un rêve, sentiment de déréalisation de soi ou de son corps ou sentiment d'un ralentissement temporel).
2. **Déréalisation** : Expériences persistantes ou récurrentes d'un sentiment d'irréalité de l'environnement (p. ex. le monde autour du sujet est vécu comme irréel, onirique, éloigné, ou déformé).

N.B. : Pour retenir ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. période d'amnésie [blackouts], manifestations comportementales d'une intoxication alcoolique aiguë) ou à une autre affection médicale (p. ex. épilepsie partielle complexe).

Spécifier si :

À expression retardée : Si l'ensemble des critères diagnostiques n'est présent que 6 mois après l'événement (alors que le début et l'expression de quelques symptômes peuvent être immédiats).

CIM-11

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut se développer après une exposition à un événement ou à une série d'événements extrêmement menaçants ou terrifiants. Il se caractérise par tous les éléments suivants: 1) revivre l'événement ou les événements traumatiques dans le présent sous la forme de souvenirs, flashbacks ou cauchemars intrusifs saisissants. Cela peut survenir via une ou plusieurs modalités sensorielles et s'accompagne généralement d'émotions bouleversantes, en particulier de peur ou d'horreur, et de sensations physiques intenses ; 2) l'évitement de pensées et souvenirs de l'événement ou des événements, ou l'évitement d'activités, de situations ou de personnes rappelant l'événement ou les événements ; et 3) des perceptions persistantes d'une menace actuelle accrue, visible par exemple sous la forme d'une hypervigilance ou d'une réaction de sursaut accrue à des stimuli tels que des bruits inattendus. Les symptômes persistent pendant au moins plusieurs semaines et entraînent une déficience significative dans les domaines personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou d'autres domaines de fonctionnement importants.

B. Informations démographiques et logistiques concernant les participants.

Code	Date	Durée	Lieu	Année de naissance	Sexe	Statut
RFT2201a	10.12.21	01:00:47	Dans son bureau	1986	F	Psychologue-psychothérapeute
RFT2201b	23.12.21	01:03:51	Zoom	1986	F	Psychologue-psychothérapeute
RFT2202	21.03.22	01:20:27	Dans son bureau	1978	F	Psychologue-psychothérapeute
RFT2203	23.03.22	01:27:41	Dans son bureau	1976	F	Psychologue-psychothérapeute
RFT2204	25.03.22	01:27:21	Dans son bureau	1974	M	Psychiatre-psychothérapeute
RFT2205	05.04.22	01:21:19	Dans son bureau	1980	F	Psychologue-psychothérapeute
RFT2206	11.04.22	00:57:00	Dans son bureau	N/A	F	Psychologue-psychothérapeute
RFT2207	14.04.22	01:01:13	Dans son bureau	1988	F	Psychiatre-psychothérapeute
RFT2208	19.04.22	01:12:50	Dans son bureau	1977	M	Psychiatre-psychothérapeute
RFT2209	27.04.22	01:39:17	Dans son bureau	1984	F	Psychologue
RFT2210	09.05.22	01:40:22	Dans son bureau	1982	M	Psychiatre-psychothérapeute

C. Fiche d'information et déclaration de consentement



Demande de participation à un projet de recherche :

L'état de stress post-traumatique complexe – Développement d'un module diagnostique culturel et adaptation culturelle d'un manuel thérapeutique pour les populations réfugiées en Suisse (Thérapeutes – Partie A)

Madame, Monsieur

Nous vous proposons de participer à notre projet de recherche.

Votre participation est entièrement libre. Toutes les données collectées dans le cadre de ce projet sont soumises à des règles strictes en matière de protection des données.

Le projet de recherche est mené par la Prof. Dr. Eva Heim, Université de Lausanne, et Dr. med. Felicia Dutray, Appartenances. Nous vous en communiquerons les résultats si vous le souhaitez.

Lors d'un entretien, nous vous présenterons les éléments essentiels et répondrons à vos questions. Pour vous proposer d'ores et déjà un aperçu du projet, voici les points clés à retenir. Vous trouverez à la suite des informations complémentaires plus détaillées.

Pourquoi menons-nous ce projet de recherche ?

- Certaines personnes réfugiées en Suisse présentent des difficultés émotionnelles et sociales liées à des événements traumatiques sévères. Nous souhaiterions mettre en place un diagnostic et un traitement psychothérapeutique adapté pour cette population dans le but de diminuer la symptomatologie et d'augmenter la qualité de vie des personnes affectées.
- Nous menons des entretiens avec des personnes réfugiées, des interprètes qui travaillent avec la Consultation Psychothérapeutique d'Appartenances et les thérapeutes de cette consultation afin de mieux comprendre l'influence de la culture sur les symptômes du stress post-traumatique.

Que se passe-t-il pour moi en cas de participation ?

- Si vous acceptez de participer à notre projet, vous serez invité à participer à un entretien individuel afin de discuter de vos expériences avec les personnes réfugiées qui ont subi des traumatismes sévères, prolongés ou répétés. Cet entretien aura lieu pendant votre temps de travail.
- Les entretiens seront enregistrés et leur durée sera d'environ 90 minutes. Ils prendront place dans les bureaux d'Appartenances. Votre seule contrainte sera d'être présent·e et de participer. Vous êtes libre d'interrompre l'entretien à tout moment.

Quels sont les bénéfices et les risques liés à la participation au projet ?

Bénéfices

- Par votre participation, vous contribuez à aider les futur·e·s patient·e·s qui ont subi des situations traumatiques, et qui sont affecté·e·s par des difficultés émotionnelles, sociales, ou comportementales.

Risques et contraintes

- A notre connaissance, cette étude ne présente aucun risque pour vous.

En apposant votre signature à la fin du document, vous certifiez en avoir compris le contenu et consentir librement à prendre part au projet.

Information détaillée

1. Objectif du projet et sélection des participant-e-s

Dans cette feuille d'information, notre projet de recherche est simplement désigné par le terme *projet*. Si vous acceptez d'y prendre part, vous êtes *un participant/une participante au projet*.

Ce projet doit nous permettre d'examiner les aspects culturels liés au trouble de stress post-traumatique complexe. Nous vous sollicitons car vous travaillez en tant que thérapeute chez Appartenances, et nous sommes très intéressé-e-s par votre expérience avec [population cible].

2. Informations générales sur le projet

Ces dernières années, un nouveau diagnostic a été proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé : L'Etat de Stress Post-Traumatique Complexe. Ce diagnostic décrit des difficultés émotionnelles, sociales et par rapport à soi-même, qui peuvent survenir à la suite de traumatismes extrêmes, prolongés, ou répétés.

Ce diagnostic a été développé et testé principalement dans les pays occidentaux. Nous savons encore peu de choses sur les aspects culturels liés au trouble de stress post-traumatique complexe, c'est-à-dire concernant les difficultés qui peuvent se présenter dans différents groupes culturels. Nous souhaitons découvrir s'il existe des symptômes spécifiques chez des individus appartenant à différents groupes culturels ayant vécu des événements difficiles/traumatiques.

Si vous décidez de participer, nous allons vous demander quels sont les symptômes, selon votre expérience, les plus présents et gênants chez les [population cible] ayant subi des traumatismes sévères, prolongés ou répétés. Sur la base des entretiens que nous allons mener avec différentes personnes, nous ajusterons la prise en charge pour qu'elle soit plus adaptée aux besoins des patient-e-s d'origines diverses.

Ce projet est réalisé dans le respect des prescriptions de la législation suisse. Nous suivons en outre l'ensemble des directives reconnues au niveau international. La commission d'éthique compétente a examiné et autorisé ce projet.

3. Déroulement du projet

La recherche se déroule au niveau national et comprend des psychothérapeutes de différentes organisations. Le projet prendra place sur plusieurs mois. Votre participation à l'entretien individuel se résumera à maximum une heure et demie (1h30). Cet entretien aura lieu pendant votre temps de travail. Si vous le souhaitez, nous vous inviterons pour un deuxième entretien d'ici quelques semaines. Vous aurez la possibilité de prendre la décision de participer ou non à ce deuxième entretien à ce moment-là.

4. Bénéfices

Par votre participation, vous contribuez à aider les futur-e-s patient-e-s qui ont subi des situations traumatiques, et qui sont affecté-e-s par des difficultés émotionnelles, sociales, ou comportementales.

5. Caractère facultatif de la participation et obligations

Votre participation est entièrement libre. Si vous choisissez de ne pas participer ou si vous choisissez de participer et revenez sur votre décision pendant le déroulement du projet, vous n'aurez pas à vous justifier.

6. Risques et contraintes

A notre connaissance, cette étude ne présente aucun risque pour vous.

7. Alternatives

Si vous ne souhaitez pas participer à ce projet de recherche, mais vous restez ouvert·e à la possibilité d'une participation à d'autres projets, merci de l'indiquer à la personne responsable.

8. Résultats

La personne responsable peut vous faire parvenir, à l'issue du projet, une synthèse des résultats globaux si vous le souhaitez.

9. Confidentialité des données et des échantillons**9.1. Traitement et codage des données**

Dans le cadre de ce projet de recherche, des données relatives à votre personne sont recueillies et traitées. Ces informations sont codées au moment du relevé. Le codage signifie que toutes les données permettant de vous identifier (par ex. nom, date de naissance) sont remplacées par un code. Il n'est pas possible de relier les données à votre personne sans le code, qui reste en permanence au sein de l'Université de Lausanne. Seul un nombre limité de personnes peut consulter vos données sous une forme non codée, et ce, exclusivement afin de pouvoir accomplir des tâches nécessaires au déroulement du projet. Ces personnes sont tenues au secret professionnel. En tant que participant·e, vous avez à tout moment le droit de consulter vos données.

Afin d'analyser les données de manière scientifique, nous allons enregistrer notre conversation (seulement audio). Les entretiens seront transcrits, c'est-à-dire que notre conversation sera mise par écrit et dès que cela sera fait, les enregistrements seront détruits.

9.2. Protection des données et des échantillons

Toutes les directives relatives à la protection des données sont rigoureusement respectées. Il est possible que vos données doivent être transmises sous forme codée, par exemple pour une publication, et qu'elles puissent être mises à la disposition d'autres chercheur·e·s.

9.3. Droit de consultation dans le cadre d'inspections

Le projet peut faire l'objet d'inspections. Celles-ci peuvent être effectuées par la commission d'éthique compétente (Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain, CER-VD) ou par le promoteur qui a initié le projet. La personne responsable doit alors communiquer vos données pour les besoins de ces inspections. Toutes les personnes impliquées sont tenues au plus strict secret professionnel.

10. Retrait du projet

Vous pouvez à tout moment vous retirer du projet si vous le souhaitez. Cependant, les données recueillies jusque-là pourront encore être analysées sous forme codée.

11. Rémunération

Pour votre participation à ce projet, vous ne percevrez aucune rémunération.

12. Responsabilité

L'Université de Lausanne, qui a initié le projet de recherche et est chargée de sa réalisation, est responsable des dommages que vous pourriez subir en relation avec le projet. Les conditions et la procédure sont fixées par la loi. Si vous subissiez un dommage du fait de votre participation au projet, il faudrait vous adresser à la responsable du projet.

13. Financement

Le projet est intégralement financé par l'Université de Lausanne.

14. Interlocuteur(s)

Vous pouvez à tout moment poser des questions au sujet du projet. En cas d'incertitudes pendant ou après le projet, vous pouvez vous adresser à :

Prof. Dr. Eva Heim, Professeure associée, Institut de Psychologie, Université de Lausanne, Géopolis, bureau 4114, 1015 Lausanne, +41 (0)21 692 31 75, eva.heim@unil.ch.

Dre. Felicia Dutray, Psychiatre-psychothérapeute FMH, responsable de la consultation psychothérapeutique pour migrant.e.s, Appartenances, Rue des Terreaux 10, 1003 Lausanne, +41 (0)21 341 12 50.

Déclaration de consentement**Déclaration de consentement écrite pour la participation à un projet de recherche**

Veillez lire attentivement ce formulaire. N'hésitez pas à poser des questions lorsque vous ne comprenez pas quelque chose ou que vous souhaitez avoir des précisions. Votre consentement écrit est nécessaire pour participer au projet.

Numéro BASEC du projet de recherche (après soumission à la commission d'éthique compétente) :	ID 2021-02404
Titre (scientifique et usuel) :	L'état de stress post-traumatique complexe – Développement d'un module diagnostique culturel et adaptation culturelle d'un manuel thérapeutique pour les populations réfugiées en Suisse
Institution responsable (responsable du projet et adresse complète) :	Université de Lausanne Prof. Dr. Eva Heim Institut de Psychologie Université de Lausanne Géopolis, Bureau 4114 1015 Lausanne
Lieu de réalisation :	Lausanne
Responsable du projet sur le site : Nom et prénom en caractères d'imprimerie :	
Participant / Participant : Nom et prénom en caractères d'imprimerie : Date de naissance :	

- Je déclare avoir été informé·e, par la responsable de projet soussignée, oralement et par écrit, des objectifs et du déroulement du projet de recherche ainsi que des avantages et des inconvénients possibles et des risques éventuels.
- Je prends part à ce projet de façon volontaire et j'accepte le contenu de la feuille d'information qui m'a été remise sur le projet précité. J'ai eu suffisamment de temps pour prendre ma décision.
- J'ai reçu les réponses aux questions que j'ai posées en relation avec la participation à ce projet. Je conserve la feuille d'information et reçois une copie de ma déclaration de consentement écrite.
- J'accepte que les spécialistes compétent·e·s de la direction de ce projet et de la commission d'éthique compétente puissent consulter mes données non codées afin de procéder à des contrôles et des inspections, à condition toutefois que la confidentialité de ces données soit strictement assurée.
- Je peux, à tout moment et sans avoir à me justifier, révoquer mon consentement à participer au projet. Les données recueillies jusqu'au retrait seront cependant analysées dans le cadre du projet.
- Je suis informé·e que l'Université de Lausanne est responsable des dommages éventuels imputables au projet.

Lieu, date	Signature de la participante / du participant
------------	---

Attestation de la personne investigatrice : Par la présente, j'atteste avoir expliqué à la participante / au participant la nature, l'importance et la portée du projet. Je déclare satisfaire à toutes les obligations en relation avec ce projet conformément au droit suisse en vigueur. Si je devais prendre connaissance, à quelque moment que ce soit durant la réalisation du projet, d'éléments susceptibles d'influer sur le consentement de la participante / du participant à prendre part au projet, je m'engage à l'en informer immédiatement.

Lieu, date	Nom et prénom de la personne investigatrice en caractères d'imprimerie.
	Signature de la personne investigatrice

D. Grille d'entretien - thérapeutes

Partie A – Symptômes de l'ESPT-C

Grille d'entretien - thérapeutes

1. Introduction

La CIM-11 a affiné les critères diagnostiques pour le Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) afin de faciliter son utilisation dans la pratique clinique. Les symptômes du TSPT sont intrusions, évitements, et hyperactivation [peut-être : montrer des petites cartes avec les symptômes clés, afin de faciliter la communication].

La CIM-11 prend en compte seulement les symptômes clés, définis en fonction de leur présence dans différents groupes culturels. Ce sont les symptômes de référence pour ce trouble. La recherche quantitative a déjà relevé la validité de ce diagnostic dans différents contextes culturels.

Par ailleurs, la CIM-11 inclut le nouveau diagnostic d'État de Stress Post-Traumatique Complexe (ESPT-C). Ce trouble englobe les symptômes du TSPT et trois autres critères : la dérégulation des affects, les relations interpersonnelles perturbées et l'altération du fonctionnement par rapport à soi-même.

Les chercheurs qui ont développé les nouveaux critères diagnostiques ont également voulu cibler les éléments clés afin d'assurer la validité du questionnaire et du diagnostic. En effet, les critères sont suffisamment abstraits pour que l'on puisse les retrouver dans beaucoup de groupes culturels.

Le revers de la médaille, c'est que cette abstraction lisse toutes les nuances culturelles concernant les symptômes clés de l'ESPT-C. Actuellement, nous manquons de recherche sur les aspects culturels de ce syndrome. Un travail est donc nécessaire afin de rendre ces symptômes plus concrets en les contextualisant.

Qui plus est, selon l'approche de la psychologie clinique interculturelle, il est important de prendre en compte le fait qu'un trouble se manifeste toujours par la déviation de la norme. Ce qui reste à préciser sera donc : quelle est la norme dans l'environnement de notre patient ?

A présent, nous allons voir ensemble les critères diagnostiques du TSPT, et surtout de l'ESPTC, afin de parler de ces aspects culturels.

Je vais vous montrer les critères diagnostiques de l'ESPT-C, et je vous invite à réfléchir avec moi sur les aspects culturels liés à ces critères. Nous avons vu qu'il y a deux groupes cibles qui nous intéressent potentiellement : Les personnes des pays « MOAN » (Middle East and North Africa), donc Syrie, Iraq, Afghanistan, et l'Afrique du Nord. Un deuxième groupe d'intérêt est les personnes provenant de la Corne de l'Afrique, donc Somalie, Éthiopie, et Érythrée.

2. Dérégulation des affects

2.1. « Lorsque vous êtes contrarié(e), à quel point arrivez-vous à vous calmer ? »

- a. A quel point ce critère correspond/décrit adéquatement ce que vous observez dans votre pratique ?

- b. Les exemples mentionnés dans l'entretien diagnostique sont : "Avoir un désaccord mineur, avoir le sentiment d'avoir commis une erreur, d'être incompris ou critiqué." Dans quelle mesure ces exemples sont-ils adéquats pour décrire la difficulté à se calmer ? Est-ce qu'il y a d'autres exemples typiques à mentionner ?
- c. Comment la difficulté à se calmer se manifeste-t-elle ? Quelles sont les aspects culturels concernant les réactions émotionnelles et les comportements ? Peut-être pourriez-vous vous focaliser sur un groupe cible en particulier ?
- d. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

2.2. « Se sentir insensible ou émotionnellement éteint(e). »

- a. A quel point ce critère correspond/décrit adéquatement ce que vous observez dans votre pratique ?
- b. Comment est-ce que ce symptôme se manifeste ? Quelles sont les aspects culturels concernant les réactions émotionnelles et les comportements ?
- c. De quelles émotions peut-on facilement parler, lesquelles sont difficiles à évoquer/à comprendre ?
- d. La question additionnelle : « Diriez-vous que vous vous engourdissez ou que vous vous fermez émotionnellement lorsque vous vous sentez dépassé(e) par des situations difficiles ? », est-ce que cette question correspond/décrit adéquatement ce que vous observez dans votre pratique ?
- e. Quelles pourraient être les situations spécifiques qui déclenchent ce symptôme ?
- f. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

2.3. Symptômes additionnels

- a. Est-ce qu'il y a d'autres difficultés concernant la régulation d'émotions qui vous semblent importantes dans votre travail / dans un contexte transculturel ?
- b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

3. L'altération du fonctionnement par rapport à soi-même

3.1. « Se sentir nul(le) »

- a. A quel point ce critère correspond/décrit adéquatement ce que vous observez dans votre pratique ?
- b. Aspects culturels spécifiques (ex. estime de soi ; sentiments positifs envers soi-même ; aspects importants pour « une personne de valeur » dans différents groupes culturels ; conséquences dans la vie quotidienne de ce symptôme) ?
- c. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

3.2. « Se sentir sans valeur ou inférieur par rapport à d'autres personnes »

- a. A quel point ce critère correspond/décrit adéquatement ce que vous observez dans votre pratique ?
- d. Aspects culturels spécifiques (ex. définition de l'infériorité / de la supériorité ; critères qui déterminent l'infériorité / la supériorité d'une personne ; conséquences dans la vie quotidienne de ce symptôme) ?
- e. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

3.3. Symptômes additionnels

- a. Est-ce qu'il y a d'autres difficultés concernant l'altération du fonctionnement par rapport à soi-même qui vous semblent importantes dans votre travail / dans un contexte transculturel ?
- b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

4. Relations interpersonnelles perturbées

4.1. « Se sentir distant(e) ou coupé(e) des autres »

- a. A quel point ce critère correspond/décrit adéquatement ce que vous observez dans votre pratique ?
- b. Aspects culturels spécifiques (ex. relations intimes / familiales / interpersonnelles dans le contexte culturel ; signification de ce symptôme ; conséquences dans la vie quotidienne de ce symptôme ; lien avec la stigmatisation -> « interpersonal looping ») ?
- c. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

4.2. « Difficulté à rester émotionnellement proche des autres »

- a. A quel point ce critère correspond/décrit adéquatement ce que vous observez dans votre pratique ?
- b. Aspects culturels spécifiques (ex. signification de la proximité ; manière dont la proximité s'exprime ; conséquences dans la vie quotidienne de ce symptôme) ?
- c. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

4.3. Symptômes additionnels

- a. Est-ce qu'il y a d'autres difficultés concernant les relations interpersonnelles qui vous semblent importantes dans votre travail / dans un contexte transculturel ?
- b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

5. Intrusions

5.1. Faire des rêves perturbants dans lesquels se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en relation avec l'expérience traumatique.

- a. Aspects culturels spécifiques (ex. croyances concernant la relation corps-esprit, sommeil, rêves, mémoires) ?
- b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

5.2. Avoir des images ou des souvenirs forts (qui viennent à l'esprit) comme si l'expérience se jouait ici et maintenant ?

- a. Aspects culturels spécifiques (ex. croyances concernant la relation corps-esprit, sommeil, rêves, mémoires) ?
- b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

6. Évitements

- 6.1. Éviter les ressentis qui rappellent l'expérience (par exemple, pensées, émotions ou sensations physiques).
 - a. Aspects culturels spécifiques (ex. signification de l'évitement des sentiments ou sensations physiques, pensées sur l'acceptation / la suppression des sentiments ou pensées positives / négatives) ?
 - b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?
- 6.2. Éviter les éléments extérieurs qui rappellent l'expérience (par exemple, personnes, lieux, conversations, objets, activités, ou situations).
 - a. Aspects culturels spécifiques (ex. signification des évitements, situations qui sont typiquement / fréquemment évitées, conséquences dans la vie quotidienne, « interpersonal looping ») ?
 - b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

7. Hyperactivation

- 7.1. Être en état de super-alerte, vigilance ou sur ses gardes.
 - a. Aspects culturels spécifiques (ex. vigilance dans le contexte socio-culturel / signification dans la vie quotidienne) ?
 - b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?
- 7.2. Réaction exagérée de surprise ou sursaut.
 - a. Aspects culturels spécifiques (ex., normes concernant la surprise ou le sursaut)
 - b. Travail thérapeutique : Défis ? Stratégies ?

8. Dissociation

Selon vous, quelle est l'importance de la dissociation / la possession dans le contexte de l'ESPT-C chez vos patients [groupe cible] ? Est-ce que vous pourriez nous communiquer des informations spécifiques concernant la signification / la phénoménologie de la dissociation / possession dans ce contexte-là ?

Quelles sont les croyances culturelles liés à la dissociation / possession chez les [groupe cible] ?

9. Symptômes additionnels culturellement saillants

Est-ce que vous observez chez les personnes qui ont subi des traumatismes sévères, prolongés ou répétés d'autres difficultés / problèmes émotionnels, par rapport à eux-mêmes, ou dans les relations avec leurs proches ?

E. ITQ Questionnaire - version française

Téléchargé en janvier 2023, à l'adresse <https://www.traumameasuresglobal.com/itq>

International Trauma Questionnaire – Version Française

Instructions: Merci d'indiquer quelle est l'expérience qui vous perturbe le plus et répondez aux questions par rapport à cette expérience.

Description de l'expérience

Quand l'expérience s'est-elle passée ? (entourez une réponse)

- a. il y a moins de 6 mois
- b. 6 à 12 mois
- c. 1 à 5 ans
- d. 5 à 10 ans
- e. 10 à 20 ans
- f. il y a plus de 20 ans

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes et de plaintes qu'ont parfois les personnes suite à des expériences de vie stressantes ou traumatiques. Merci de lire chaque item attentivement, puis entourez un chiffre à droite pour indiquer à quel point vous avez été perturbé par ce problème le mois dernier.

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
P1. Avoir des rêves perturbants où se rejoue une partie de l'expérience ou qui sont clairement en relation avec l'expérience ?	0	1	2	3	4
P2. Avoir des images ou des souvenirs forts (qui viennent à l'esprit) comme si l'expérience se rejoue ici et maintenant ?	0	1	2	3	4
P3. Éviter les ressentis qui rappellent l'expérience (par exemple, pensées, sentiments ou sensations physiques) ?	0	1	2	3	4
P4. Éviter les éléments extérieurs qui rappellent l'expérience (par exemple, personnes, lieux, conversations, objets, activités, ou situations) ?	0	1	2	3	4
P5. Être en état de super-alerte, vigilance ou sur ses gardes ?	0	1	2	3	4

P6. Réaction exagérée de surprise ou sursaut ?	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

<i>Symptômes ci-dessous le mois dernier</i>					
P7. Est-ce que cela a affecté vos relations et votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
P8. Est-ce que cela a affecté votre travail ou votre capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
P9. Est-ce que cela a affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ?	0	1	2	3	4

Vous trouverez ci-dessous une liste de problèmes ou de symptômes que peuvent avoir parfois les personnes qui ont connu un événement stressant ou traumatique. Les questions se rapportent à la manière dont vous vous sentez typiquement, que vous pensez de vous-même typiquement ou les manières dont vous êtes typiquement en relation avec les autres. Répondez à quel point l'énoncé est vrai vous concernant.

	<i>Pas du tout</i>	<i>Un petit peu</i>	<i>Modérément</i>	<i>Beaucoup</i>	<i>Extrêmement</i>
<i>À quel point est-ce vrai de vous ?</i>					
C1. Quand je suis contrarié, il me faut beaucoup de temps pour me calmer	0	1	2	3	4
C2. Je me sens insensible ou émotionnellement éteint(e)	0	1	2	3	4
C3. Je me sens nul(le)	0	1	2	3	4
C4. Je me sens sans valeur	0	1	2	3	4
C5. Je me sens distant(e) ou coupé des autres	0	1	2	3	4
C6. Je trouve difficile de rester émotionnellement proche des autres	0	1	2	3	4

Durant le mois dernier, le fait d'avoir problèmes émotionnels ou de croyance, pour vous et dans les relations aux autres.

C7. A créé de l'inquiétude ou de la détresse concernant vos relations ou votre vie sociale ?	0	1	2	3	4
C8. A affecté votre travail ou capacité à travailler ?	0	1	2	3	4
C9. A affecté d'autres parties importantes de votre vie telles que la capacité à s'occuper de vos enfants, vos études, ou toutes autres activités importantes ??	0	1	2	3	4

1. Système de pointage pour le diagnostique du SSPT et SSPT Complexe

SSPT

Si P1 ou P2 ≥ 2 le critère est atteint pour Revivre L'Expérience (Re_dx)

Si P3 ou P4 ≥ 2 le critère est atteint pour Évitement (Av_dx)

Si P5 ou P6 ≥ 2 le critère est atteint pour Sentiments de Menaces (Th_dx)

ET

Au moins P7, P8, ou P9 > 2 atteint le diagnostique pour SSPT déficience fonctionnelle (TSPTFI)

Si les critères de 'Re_dx' ET 'Av_dx' ET 'Th_dx' ET 'TSPTFI' sont atteints, les critères du SSTS sont atteints

STSS Complexe

Si C1 ou C2 ≥ 2 le critère est atteint pour Régulation Emotionnelle (AD_dx)

Si C3 ou C4 ≥ 2 le critère est atteint pour Perception de soi négative (NSC_dx)

Si C5 ou C6 ≥ 2 le critère est atteint pour Déficit dans les relations (DR_dx)

ET

Au moins C7, C8, ou C9 ≥ 2 atteint le diagnostique pour **perturbations d'auto-organisation** déficience fonctionnelle (DSOFI)

Si les critères de 'AD_dx' ET 'NSC_dx' ET 'DR_dx' ET 'DSOFI' sont atteints, le critère de **perturbations d'auto-organisation** (DSO) est atteint.

STSS est diagnostiqué si les critères pour STSS sont atteints, mais les critères pour perturbation d'auto organisation (DSO) ne sont **PAS** atteints

STSS Complexe est diagnostiqué si les critères pour STSS sont atteints **ET** les critères pour perturbation d'auto organisation (DSO) sont atteints

Ne pas satisfaire aux critères de STSS **NI** DSO ne produit aucun diagnostique.

2. Evaluation dimensionnelle pour STSS et STSS Complexe

Un pointage peut être calculé pour STSS et perturbations d'auto organisation (DSO) :

SSTS

Total sur l'échelle de Likert pour P1 et P2 = pointage pour Revivre L'Expérience (Re)

Total sur l'échelle de Likert pour P3 et P4 = pointage pour Évitement (Av)

Total sur l'échelle de Likert pour P5 et P6 = pointage pour Sentiments de Menaces (Th)

Pointage STSS = Somme de Re, Av, et Th

SSTS Complexe

Total sur l'échelle de Likert pour C1 et C2 = pointage pour Régulation Émotionnelle (AD)

Total sur l'échelle de Likert pour C3 et C4 = pointage pour Perception de soi négative (NSC)

Total sur l'échelle de Likert pour C5 et C6 = pointage pour Déficit dans les relations (DR) Pointage

DSO = Somme de AD, NSC, et DR

F. Règles de retranscription

Document envoyé en format Word par e-mail en date 18.07.2022 par Marion Bovey :

Transcription – infos importantes

- a. Logiciel : Express Scribe
 - a. **Transcription manuelle**
 - b. Gestion de l'audio (vitesse)
 - c. Possibilité de brancher une pédale ou de programmer touches clavier
 - d. <https://www.nch.com.au/scribe/fr/index.html>
- b. Transcription : Word suivant modèle
 - a. Utiliser réf. audio pour nommer docx
 - b. Transcription sociologique, càd **tout** à chaque mot prononcé doit être transcrit, aucun mot ne doit être remplacé par un autre, aucun mot ne doit être ajouté.
 - c. Ne pas corriger les fautes !
 - i. Indiquer les accords non standards avec l'indication {sic}. Par exemple : « ils croivent {sic} »
 - d. Pas nécessaire d'utiliser des « » car tout est discours rapporté sauf si mention d'un discours rapporté dans l'entretien. Par exemple : XY : Ce patient m'a dit « Je ne vais pas bien. » et moi j'ai...
 - e. Il convient de faire figurer les hésitations, mots ébauchés, soupirs, silence, etc.
 - i. très très bateau
 - ii. à l'ex à l'extérieur
 - iii. sen-sentirait (si même mot utiliser -)
 - f. Ne pas utiliser d'abréviations, sauf si utilisation de sigles par l'interviewé.
 - i. Etc. = et cetera
 - ii. PTSD et CPTSD ok si dit comme ça dans l'entretien
 - g. Utiliser l'italique pour les textes en langue étrangère. Par exemple, être *speed*.
 - h. Onomatopées

ah, aïe, areu, atchoum, badaboum, baf, bah, bam, bang, bé, bêêê, beurk, ben, bing, bon, boum, broum, cataclap, clap clap, coa coa, cocorico, coin coin, crac, croa croa, cuicui, ding, ding deng dong, ding dong, dring, hé, hé ben, eh bien, euh, flic flac, flip flop, frou frou, glouglou, glou glou, groin groin, grr, hé, hep, hi han, hip hip hip hurra, houla, hurra, hum, mêêê, meuh, mh, miam, miam miam, miaou, oh, ~~ouah~~ ouah, ouah ouah, ouais, ouf, ouh, paf, pan, patatras, pchhh, pchit, pff, pif-paf, pin pon, pioupiou, plouf, pof, pouet, pouet pouet, pouf, psst, ron ron, schlaf, sniff, splaf, splatch, sss, tacatac, tagada, tchac, teuf teuf, tic tac, toc, tut tut, vlan, vroum, vrrr, wouah, zip.²²

OK

- i. Interlocutions croisées, càd que les 2 personnes parlent en même temps.
- i. Petite intervention : mh mh ou OK à ajouter dans le discours directement.
Par exemple :
XY : Je n’y crois pas une seconde. **[mh mh]** Donc je pense que y a ce truc aussi pour garder un peu la face.
- ii. Longue intervention : On ajoute ... au moment de la coupure et on commence l’intervention de la personne 2 avec une minuscule, puis on revient à la fin du discours de la personne 1 en commençant par ...
Par exemple :
YZ : Tu me dis si je vais dans...
XY : Non, non pas de soucis. C’est vraiment intéressant.
YZ : ...si je pars un peu dans tous les sens.
- j. Le paratexte : indiquer les éléments importants tels que les silences, soupirs, rires, émotions perceptibles, bafouillements, bruits parasites, etc.
- i. Par ... à pour indiquer une hésitation ou un bref silence.
- ii. Entre parenthèses () et en italique à (*rires*), (*larmes*), (*long soupir*), (*réfléchi*), (*silence*)
- iii. Souligner les mots pour les accentuer : C’est bien d’avoir
- k. Passages inaudibles sont indiqués comme cela : [inaudible] ou [inaudible : “proposition“ ?].
- l. En cas de lecture de la part de l’une ou l’autre des parties, indiquer comme tel : (*lit*) : *Lorsque vous êtes contrarié, à quel point arrivez-vous à vous calmer ?*

Glossaire des mots & expressions fréquentes

“Classique“	“Exprimé“
Enfin	‘Fin
Peut-être	P’t-être
	OK
	Mh mh
Il y a / il y avait	Y a / y avait
Parce que	Pasque / pas’
Tu as	T’as
Je suis	Chui
Je sais	Chai
Qui a	Qu’a

De façon générale,

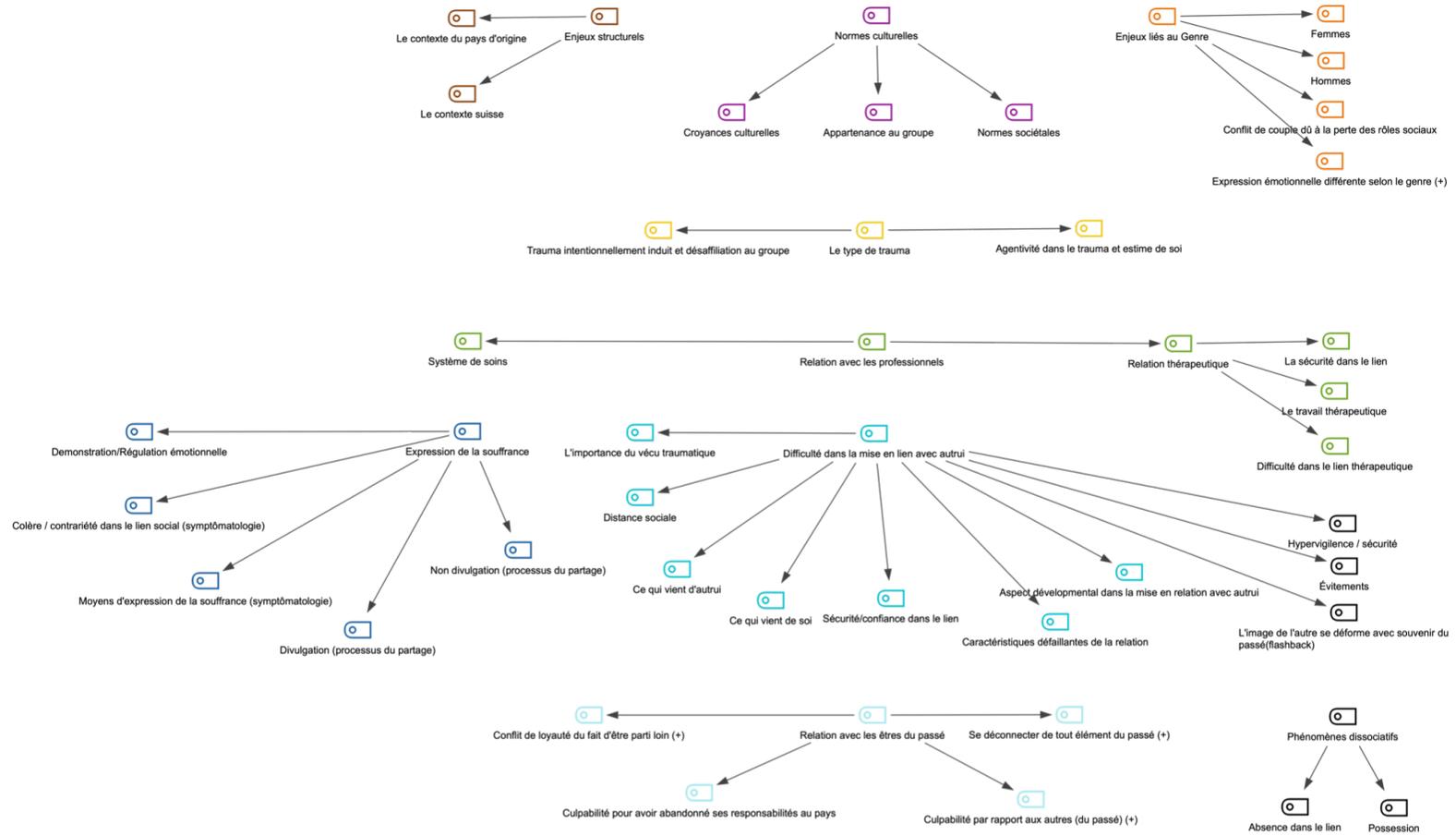
[...] = prise de parole

(...) = paratexte, càd tout ce qui accompagne la parole

{sic} = seule utilisation, quand une erreur vient de l'entretien et non de la retranscription

G. Mindmap 1

Creative Coding



H. Tableau d'analyse 1

THÈMES	Les relations interpersonnelles : quels enjeux ?	
<p>CONTEXTE, un filtre sur la symptomatologie</p>	<p>Normes sociétales/culturelles</p>	Croyances culturelles
		Concept de soi interdépendant / Valeur de soi
		Enjeux liés aux rôles sociaux de genre
		Appartenance au groupe
		Normes culturelles sur le partage de ses problèmes
		Régulation sociale des émotions
	<p>Enjeux structurels</p>	Le contexte du pays d'origine
	<p>Le type de trauma</p>	Le contexte suisse
<p>SYMPTOMATOLOGIE, focus sur les relations interpersonnelles</p>	<p>La structure du lien avec autrui</p>	Sentiment d'insécurité
		Distance sociale
		Proximité dans la relation
		Phénomènes dissociatifs et absence dans le lien
	<p>Expression de la souffrance dans le lien</p>	Expressivité émotionnelle au sein de la relation
Divulgation		
<p>THÉRAPIE TRANSCULTURELLE dans le système de soins en Suisse</p>	<p>La sécurité dans le lien thérapeutique</p>	Confiance dans le lien
		Compétence culturelle
		Compréhension par le patient du cadre thérapeutique
	<p>Le travail thérapeutique</p>	Se sentir redevenir un être humain
		Travail thérapeutique de soutien
		Travail thérapeutique : Redonner de la valeur de soi au patient
		Travail thérapeutique : Revenir à ses propres besoins
Travail thérapeutique : Réinvestir le lien émotionnel		

I. Tableaux MAXQDA

Existence de code dans le document

MAXQDA 2022 Accord intercodeurs : documents

Nom de document	Concordance	Non-concordance	En pourcentage	Kappa
RFT2202	118	8	93,65	0,94
RFT2204	119	7	94,44	0,94
RFT2210	125	1	99,21	0,99
<Total>	362	16	95,77	0,00

MAXQDA 2022 Accord intercodeurs : codes

Code	Concordance	Non-concordance	Total	En pourcentage
<Total>	212	16	228	92,98

Fréquence de codes dans le document

MAXQDA 2022 Accord intercodeurs : documents

Nom de document	Concordance	Non-concordance	En pourcentage
RFT2202	105	21	83,33
RFT2204	111	15	88,10
RFT2210	117	9	92,86
<Total>	333	45	88,10

MAXQDA 2022 Accord intercodeurs : codes

Code	Concordance	Non-concordance	Total	En pourcentage
<Total>	183	45	228	80,26

Chevauchement des codes

60%

MAXQDA 2022 Accord intercodeurs : codes

Code	Concordance	Non-concordance	Total	En pourcentage
<Total>	128	125	253	50,59

		Codeur 1		
		1	0	
Codeur 2	1	a = 128	b = 66	194
	0	c = 59	0	59
		187	66	253

$P(\text{observed}) = P_o = a / (a + b + c) = 0.51$

$P(\text{chance}) = P_c = 1 / \text{Nombre de codes} = 1 / 76 = 0.01$

$Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.50$

S'il y a un nombre de codes inégal par segment ou si seulement l'un des codes doit être évalué :

$P(\text{chance}) = P_c = \text{Nombre de codes} / (\text{Nombre de codes} + 1)^2 = 0.01$

$Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.50$

70%

MAXQDA 2022 Accord intercodeurs : codes

Code	Concordance	Non-concordance	Total	En pourcentage
<Total>	116	137	253	45,85

		Codeur 1		
		1	0	
Codeur 2	1	a = 116	b = 72	188
	0	c = 65	0	65
		181	72	253

$P(\text{observed}) = P_o = a / (a + b + c) = 0.46$

$P(\text{chance}) = P_c = 1 / \text{Nombre de codes} = 1 / 76 = 0.01$

$Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.45$

S'il y a un nombre de codes inégal par segment ou si seulement l'un des codes doit être évalué :

$P(\text{chance}) = P_c = \text{Nombre de codes} / (\text{Nombre de codes} + 1)^2 = 0.01$

$Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.45$

80%

MAXQDA 2022 Accord intercodeurs : codes

Code	Concordance	Non-concordance	Total	En pourcentage
<Total>	104	149	253	41,11

		Codeur 1		
		1	0	
Codeur 2	1	a = 104	b = 78	182
	0	c = 71	0	71
		175	78	253

$P(\text{observed}) = P_o = a / (a + b + c) = 0.41$

$P(\text{chance}) = P_c = 1 / \text{Nombre de codes} = 1 / 76 = 0.01$

$Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.40$

S'il y a un nombre de codes inégal par segment ou si seulement l'un des codes doit être évalué :

$P(\text{chance}) = P_c = \text{Nombre de codes} / (\text{Nombre de codes} + 1)^2 = 0.01$

$Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.40$

90%

MAXQDA 2022 Accord intercodeurs : codes

Code	Concordance	Non-concordance	Total	En pourcentage
<Total>	98	155	253	38,74

		Codeur 1		
		1	0	
Codeur 2	1	a = 98	b = 81	179
	0	c = 74	0	74
		172	81	253

$P(\text{observed}) = P_o = a / (a + b + c) = 0.39$

$P(\text{chance}) = P_c = 1 / \text{Nombre de codes} = 1 / 76 = 0.01$

$Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.38$

S'il y a un nombre de codes inégal par segment ou si seulement l'un des codes doit être évalué :

$P(\text{chance}) = P_c = \text{Nombre de codes} / (\text{Nombre de codes} + 1)^2 = 0.01$

$Kappa = (P_o - P_c) / (1 - P_c) = 0.38$

J. Liste des figures et des tableaux

Figure 1	Influence de la culture sur le lien entre les relations interpersonnelles et la santé	19
Figure 2	Le modèle social interpersonnel en 3 sphères	21
Figure 3	Décisions d’asile positives en décembre 2022	25
Figure 4	La boucle de rétroaction interpersonnelle dans la sphère communautaire et sociale	71
Figure 5	La boucle de rétroaction interpersonnelle considérant la sphère individuelle, interpersonnelle et communautaire	72
<hr/>		
Tableau 1.	Facteurs de stress pour la population requérant l’asile en Europe	28
Tableau 2.	La liste des thèmes de l’analyse	47