_____ Rapport de recherche _____

Exposition aux traumatismes

chez les délinquantes :

Examen de la littérature

This report is also available in English. Should a copy be required, it can be obtained from the Research Branch, Correctional Service of Canada, 340 Laurier Ave. West, Ottawa, Ontario K1A 0P9.

Le présent rapport est également disponible en anglais. Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez vous adresser à la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340, avenue Laurier Ouest, Ottawa (Ontario) K1A 0P9.

2014 Nº R-333

Exposition aux traumatismes chez les délinquantes : Examen de la littérature

Katie Tam

et

Dena Derkzen

Service correctionnel du Canada

Août 2014

Remerciements

Les auteures du présent examen de la littérature souhaitent remercier Renée Gobeil, Jennie Thompson et Jenelle Power pour leurs conseils et leur contribution à la rédaction. Sans leurs encouragements et leurs judicieuses suggestions, cet examen des recherches n'aurait pas été aussi concis et bien organisé. Elles souhaitent également exprimer leur reconnaissance à Amanda Prince, qui a effectué le dépouillement initial de la littérature dans le domaine de l'exposition aux traumatismes chez les délinquantes. La structure de cet examen repose sur le travail qu'elle a entamé pour ce projet.

Résumé

Mots clés : *délinquantes, traumatisme, trouble de stress post-traumatique (TSPT)*

On a reconnu qu'il existait parmi les femmes de la population en général une prévalence élevée de traumatismes et que, parmi les délinquantes, ces taux étaient encore plus élevés. Devant cet état de fait, nous avons procédé à un examen en portant une attention particulière aux différences entre les sexes pour ce qui est des effets de l'exposition à des traumatismes, des stratégies d'adaptation inadéquates, de la corrélation entre les traumatismes et le crime ultérieur, des outils d'évaluation des traumatismes et du trouble du stress post-traumatique (TSPT) ainsi que des programmes de traitement pertinents.

Bien que de nombreux délinquants, hommes et femmes, déclarent avoir vécu des événements potentiellement traumatisants, les taux sont supérieurs chez les femmes. Le TSPT peut survenir à la suite de l'exposition à un événement traumatisant, et plusieurs études ont aussi fait état de différences entre les sexes quant aux symptômes et à leur intensité. On a établi un lien entre le TSPT et d'autres troubles psychiatriques tels que la dépression majeure, les troubles de toxicomanie au cours de la vie, le trouble de la personnalité limite ainsi que le comportement autodestructeur. En effet, on a soutenu que la toxicomanie et le comportement autodestructeur étaient des stratégies d'adaptation inadéquates à l'exposition à des traumatismes.

On a avancé que les drogues et l'alcool servaient initialement à composer avec les traumatismes et les symptômes associés au TSPT et que la toxicomanie se transformait ensuite en un problème plus grand qui pouvait en exacerber les symptômes. Plusieurs études ont aussi permis de démontrer l'existence d'un lien entre les traumatismes antérieurs et le comportement autodestructeur. Les délinquantes qui avaient manifesté un tel comportement ont souvent affirmé l'avoir fait pour composer avec le problème, libérer des émotions négatives ou réagir à des émotions négatives découlant de l'exposition à des traumatismes.

Bien que les recherches n'aient pas permis de démontrer de lien de cause à effet entre les traumatismes et la criminalité, il existe tout de même une relation étroite entre l'exposition à des traumatismes et le comportement délinquant des femmes. En effet, des recherches ont indiqué que les enfants victimes de violence ou de négligence avaient davantage tendance à tomber dans la délinquance et la criminalité à l'âge adulte. Quoiqu'on dispose de peu de preuves pour soutenir l'inclusion de la victimisation à titre de facteur criminogène dans les instruments d'évaluation du risque, l'exposition à des traumatismes et les symptômes de TSPT peuvent néanmoins influer sur le bien-être des délinquants. Un examen de l'exposition aux traumatismes et des outils d'évaluation du TSPT sont donc présentés dans le présent rapport.

Les évaluations des traumatismes et les programmes de traitement axé sur les traumatismes ont une incidence positive sur les participants (p. ex. réduction des symptômes de traumatisme, de la toxicomanie et du taux de récidive, meilleure adaptation au milieu carcéral), certes, mais d'autres recherches s'imposent dans ce domaine. En ce moment, le Service correctionnel du Canada (SCC) offre le Programme *Survivantes de traumatismes et d'actes de violence*, lequel fournit des services de counseling de groupe aux délinquantes afin de les aider à composer avec

les problèmes liés aux traumatismes. Il est à noter que tous les programmes correctionnels pour délinquantes du SCC tiennent tous compte des traumatismes.

Étant donné les estimations relatives à l'exposition à des traumatismes parmi les délinquantes, on devrait envisager un traitement axé sur les traumatismes pour celles qui ont été victimes de violence physique et sexuelle ou qui ont vécu d'autres expériences traumatisantes afin de contribuer à leur bien-être, de leur permettre de tirer le meilleur parti des programmes qui ciblent les facteurs de risque criminogènes et, ainsi, de diminuer la probabilité de récidive.

Table des matières

Remerciements ii
Résumé iii
Liste des annexes vi
Introduction 1
Différences entre les sexes quant à l'exposition à des traumatismes et au TSPT 3
Stratégies d'adaptation inadéquates 6
Lien entre les traumatismes et la criminalité 9
Évaluation 10
Traitement 11
Conclusion 15
Bibliographie 17
Moyens pour évaluer les traumatismes 25
Moyens pour évaluer les symptômes de TSPT 27

Liste des annexes

Annexe A : Description des outils d'évaluation servant à mesurer les traumatismes et les symptômes de TSPT 25
Annexe B : Moyens pour évaluer les traumatismes chez les délinquantes..... 27
Annexe C : Moyens pour évaluer les symptômes de TSPT chez les délinquantes..... 27

Introduction

Depuis vingt ans, on comprend de mieux en mieux le traumatisme, et notamment le fait qu'il est lié à beaucoup de conséquences négatives. Covington (2008a) explique qu'un traumatisme survient lorsqu'une personne vit un événement au cours duquel ses mécanismes d'adaptation normaux sont complètement dépassés. L'événement fait apparaître certaines réactions psychologiques et physiques qui peuvent entraîner un état émotif douloureux et se répercuter sur le comportement. Quoiqu'elles ne se rapportent pas spécifiquement aux délinquantes, de nombreuses études ont été publiées sur l'expérience du traumatisme chez divers groupes, notamment les soldats au combat (Engdahl, Harkness, Eberly, Page et Bielinski, 1993; Keane, Caddell et Taylor, 1988; Milliken, Auchterlonie et Hoge, 2007), les survivants de catastrophes naturelles (Briere et Elliott, 2000; Lonigan, Shannon, Finch Jr., Daugherty et Taylor, 1991; Nolen-Hoeksem et Morrow, 1991), les patients (Cordova et coll., 1995; Mehnert et Koch, 2007; Tedstone et Tarrier, 2003) et les femmes dans la collectivité (Gladstone et coll., 2004; Pico-Alfonso et coll., 2006).

Les recherches ont permis de démontrer une prévalence élevée de l'exposition à des événements traumatisants parmi les femmes canadiennes. En 2009, 34 femmes sur 1 000 ont déclaré avoir subi une agression sexuelle, soit plus que le double du taux qu'ont déclaré les hommes (15 sur 1 000, Statistique Canada, 2013). Qui plus est, lorsqu'on compare la victimisation[1] avec violence autodéclarée entre les femmes autochtones et non autochtones, le taux est presque trois fois plus élevé pour les premières (279 contre 106 pour 1 000 femmes, Statistique Canada, 2013). De plus, 13 % des femmes autochtones de plus de 15 ans dans l'ensemble des provinces[2] ont fait état d'une victimisation avec violence à un moment ou à un autre de leur vie (Statistique Canada, 2013).

Depuis quelques années, la relation entre le traumatisme et la criminalité fait l'objet d'une attention particulière, surtout en ce qui a trait aux délinquantes. En avril 2013, la population canadienne de délinquantes sous responsabilité fédérale comptait un peu plus de

[1]Afin de refléter l'état de la littérature dans le domaine, les termes *victimisation* et *traumatisme* sont utilisés de façon interchangeable dans ce rapport. Il importe de noter que la réaction aux événements potentiellement traumatisants varie d'une personne à l'autre et que les personnes qui vivent des événements semblables peuvent ne pas toutes être traumatisées par la suite.

[2]Ce taux de victimisation avec violence déclarée parmi les femmes autochtones de plus de 15 ans exclut les données des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et du Nunavut, étant donné qu'une méthodologie différente a servi dans ces régions.

1 000 femmes, dont 57 % étaient incarcérées et 43 % sous surveillance dans la collectivité (Sécurité publique, 2013). Bien que la population globale des délinquantes sous responsabilité fédérale soit de plus petite taille que celle des délinquants, elle augmente, et celle des délinquantes autochtones constitue l'un des sous-ensembles qui augmentent rapidement. Depuis les cinq dernières années, la population de délinquantes sous responsabilité fédérale a augmenté de 7,6 %, et celle du sous-ensemble des femmes autochtones a augmenté de près de 12 % (Service correctionnel du Canada [SCC], 2013). Vu les taux de victimisation au sein de la population générale des femmes canadiennes, et en particulier des femmes autochtones, on pourrait s'attendre à ce que les femmes incarcérées affichent des taux de traumatismes semblables ou même supérieurs. C'est effectivement le cas. Des études antérieures ont révélé que de 60 % à 90 % des femmes dans les établissements fédéraux du Canada avaient vécu au moins une forme de violence au cours de leur vie (SCC, 1995). Selon une étude de Hoffman, Lavigne et Dickie (1998), 82 % des délinquantes purgeant une peine pour homicide avaient été victimes de violence physique ou sexuelle. Plus récemment, Barrett, Allenby et Taylor (2010) ont démontré que 86 % des délinquantes avaient subi des violences physiques à un moment ou à un autre de leur vie et que 68 % avaient été victimes d'agression sexuelle. En outre, Shaw et coll. (1991) ont noté que 90 % des délinquantes autochtones avaient été victimes de violence physique et que 61 % avaient été victimes de violence sexuelle. Bien qu'elle ne soit pas à jour, cette recherche donne à penser qu'il existe une prévalence élevée de traumatismes chez les délinquantes autochtones. Malgré ces indications claires selon lesquelles d'importantes proportions de délinquantes déclarent des antécédents de violence sexuelle et/ou physique, les chercheurs ont démontré qu'il n'existait aucun lien de cause à effet entre l'exposition à des traumatismes et la criminalité (Dougherty, 1998). De plus, les recherches ont permis de montrer que bien que les jeunes victimes de violence et de négligence[3] soient considérablement plus à risque d'être mêlés à des activités criminelles, une grande proportion d'entre eux ne commettront pas d'actes criminels (Widom, 1989).

Étant donné les taux élevés d'exposition à des événements potentiellement traumatisants au sein de la population de délinquantes, l'incidence possible d'une telle exposition sur les

[3]Selon Widom (1989), la négligence se définit comme suit : les causes où le tribunal a constaté qu'un enfant était privé de soins parentaux ou de surveillance convenables, qu'il vivait dans la misère, était sans foyer ou vivait dans un milieu où il était menacé par un danger physique (p. 162).

femmes et les stratégies d'adaptation inadéquates qu'elles adoptent, nous avons voulu réexaminer attentivement la corrélation entre les traumatismes et la criminalité ultérieure. Notre examen de la littérature porte également sur les outils d'évaluation des traumatismes et du trouble du stress post-traumatique (TSPT) ainsi que sur les programmes de traitement connexes.

Différences entre les sexes quant à l'exposition à des traumatismes et au TSPT

Les recherches ont révélé une prévalence élevée de l'exposition à des traumatismes parmi les délinquantes. D'après Cook, Smith, Tusher et Raiford (2005), 99 % des délinquantes avaient vécu au moins un événement traumatisant au cours de leur vie, et 81 % en avaient vécu au moins cinq. Même si on a constaté que les délinquants, hommes et femmes, affichaient des taux élevés d'exposition à des événements potentiellement traumatisants, les recherches ont fréquemment indiqué qu'il existait des différences entre les sexes (p. ex., les femmes sont plus susceptibles d'avoir vécu divers événements traumatisants, en particulier de la violence sexuelle).
Fagan (2001), qui a passé en revue les résultats de recherche des études sur la maltraitance durant l'enfance et la délinquance, a relevé dans la littérature des taux variables et contradictoires d'exposition à la violence. En effet, des taux de violence sexuelle durant l'enfance allant de 2 % à 30 % ont été relevés pour les délinquants (c.-à-d. les garçons et les hommes) et de 14 % à 26 % pour les délinquantes (c.-à-d. les filles et les femmes). Quant aux taux de violence physique durant l'enfance, ceux-ci ont varié de 5 % à 58 % pour les délinquants et de 13 % à 37 % pour les délinquantes. Komarovskaya, Loper, Warren et Jackson (2011) ont constaté des taux similaires d'exposition à des traumatismes chez les délinquants, hommes et femmes : 95 % des hommes et 94 % des femmes avaient vécu au moins un événement traumatisant durant leur enfance, leur adolescence ou leur vie adulte. À l'opposé, une étude de Messina, Grella, Burdon et Prendergast (2007) a fait état de taux supérieurs de violence psychologique (40 % contre 20 %), physique (8 % contre 5 %) et sexuelle (39 % contre 9 %) ainsi que de négligence physique (29 % contre 20 %) durant l'enfance chez les délinquantes, comparativement aux délinquants.

De manière générale, c'est sur le plan du traumatisme sexuel que la différence entre les sexes est la plus marquée. Plusieurs études ont indiqué que les femmes incarcérées étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir vécu au moins un traumatisme sexuel interpersonnel durant leur enfance, leur adolescence ou leur vie adulte (p. ex. Komarovskaya et coll., 2011; Leigey et Reed, 2010). Leigey et Reed (2010) ont pour leur part constaté qu'environ 60 % des femmes

condamnées à une peine d'emprisonnement à perpétuité avaient vécu de la violence sexuelle au cours de leur vie, comparativement à 8 % des délinquants. Dans l'ensemble, les études qui portent sur les taux de victimisation des délinquants et des délinquantes séparément indiquent des pourcentages très variables. Cependant, dans les études qui portent sur les taux de violence physique et sexuelle chez les deux sexes, les délinquantes déclarent davantage de maltraitance que les délinquants. Les taux de victimisation varient essentiellement en fonction de l'échantillon (femmes contre hommes, ou les deux), de la définition du traumatisme (p. ex. témoin de maltraitance, violence physique et sexuelle, négligence physique et psychologique) et de la façon dont le traumatisme est évalué (p. ex. autoévaluation, rapport officiel). Bien que les constatations varient d'une étude à l'autre, elles démontrent de façon cohérente que les taux d'exposition à des événements potentiellement traumatisants sont élevés au sein de la population carcérale, et en particulier chez les femmes.

Le TSPT peut survenir à la suite de l'exposition à un événement traumatisant, qu'il s'agisse d'un événement vécu directement et personnellement ou dont on a été témoin (American Psychiatric Association [APA], 2000)[4]. Parmi les critères diagnostiques du TSPT énoncés dans le DSM-V (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5e édition, APA, 2013) figurent la reviviscence de l'événement traumatisant, l'évitement des stimulus associés au traumatisme et les symptômes d'activation neuro-végétative. Bien que les événements traumatisants soient vécus autant par les délinquants que par les délinquantes, ces dernières sont plus susceptibles de présenter des symptômes de TSPT (Gunter et coll., 2012; Komarovskaya et coll., 2011; Kubiak, 2004) de gravité supérieure que les délinquants, de surcroît (Komarovskaya et coll., 2011; Kubiak, 2004). Leigey et Reed (2010) ont établi que 18 % des délinquantes de leur échantillon (femmes purgeant une peine à perpétuité) avaient déclaré avoir reçu un diagnostic de TSPT, comparativement à environ 7 % des hommes dans la même situation. En outre, Komarovskaya et coll. (2011) ont observé que 40 % des femmes incarcérées contre 13 % des hommes incarcérés de leur étude répondaient aux critères du TSPT. Les auteurs ont également

[4]Le TSPT est défini dans le DSM-V (APA, 2013) comme étant le « ... développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à un ou plusieurs événements traumatisants... La présentation clinique du TSPT est variable. Chez certains individus, des symptômes de reviviscence découlant de la peur ainsi que des symptômes émotionnels et comportementaux peuvent prédominer. Chez d'autres, ce sont les humeurs anhédoniques ou dysphoriques et les cognitions négatives qui peuvent être très pénibles. D'autres encore peuvent présenter des symptômes importants d'activation neuro-végétative et d'extériorisation réactionnelle, alors que certains sont aux prises avec des symptômes dissociatifs prédominants. Enfin, quelques individus présentent différentes combinaisons de ces types de symptômes » [traduction] (p. 274).

noté que plus de délinquantes que de délinquants remplissaient les critères du TSPT du DSM-IV-TR et qu'elles avaient déclaré des degrés plus élevés de symptômes. Par ailleurs, on a constaté que l'exposition à des traumatismes était liée à d'autres troubles mentaux (p. ex. Zlotnick, 1997) ainsi qu'à la toxicomanie (p. ex. Salgado, Quinlan et Zlotnick, 2007).

Zlotnick (1997) a observé un lien entre le TSPT et la victimisation parmi les femmes incarcérées. Plus précisément, celles qui avaient reçu un diagnostic de TSPT étaient plus susceptibles que les autres d'avoir subi de la violence physique et sexuelle durant leur enfance. Dans une autre étude où l'on a examiné la prévalence du TSPT chez les femmes incarcérées, on a noté que 60 % des femmes de l'échantillon auraient pu recevoir un diagnostic de TSPT et que 83 % d'entre elles avaient présenté un symptôme de TSPT au cours du mois précédent (Reichert et Bostwick, 2013). Parmi ces femmes, 25 % avaient eu des symptômes de traumatisme durant leur enfance, 41 % durant leur adolescence et 84 % durant leur vie adulte. En revanche, dans une autre étude, seulement 16 % avaient présenté des symptômes de TSPT, malgré les taux de prévalence élevés d'exposition à des traumatismes chez les femmes incarcérées (Huang, Zhang, Momartin, Cao et Zhao, 2006). Cette étude a permis aux chercheurs de constater que les détenues âgées de plus de 25 ans qui avaient vécu plus de cinq événements traumatisants étaient quatre fois plus à risque de développer un TSPT que celles qui avaient déclaré en avoir vécu cinq ou moins.

On a également observé que le TSPT était lié à d'autres troubles psychiatriques. Zlotnick (1997) a indiqué que les délinquantes étant aux prises ou ayant été aux prises avec un TSPT présentaient un plus grand risque de dépression majeure comorbide, de troubles de toxicomanie au cours de la vie et de trouble de la personnalité limite que les délinquantes n'ayant pas reçu ce diagnostic. Cette constatation est particulièrement troublante depuis qu'une recherche a démontré que les délinquantes aux prises avec des troubles comorbides de toxicomanie et un TSPT inscrites à un programme de traitement de la toxicomanie étaient plus susceptibles de rechuter après le traitement que celles qui s'y étaient inscrites mais qui n'avaient pas de TSPT (17 % contre 0 %; Kubiak, 2004). Certaines délinquantes ont également signalé l'émergence d'autres problèmes de santé mentale, dont les troubles d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), découlant de l'exposition à des traumatismes (Brazil, Doherty, Forrester et Matheson, 2012).

De manière générale, bien que la littérature indique qu'un grand nombre de délinquants et

de délinquantes ont été exposés à des traumatismes, les taux d'exposition sont supérieurs chez les femmes. La littérature fait en outre état des nombreuses conséquences négatives possibles du traumatisme chez les délinquantes, notamment des symptômes de TSPT, qui peuvent être d'ampleur différente. Cette constatation est inquiétante, car les recherches ont permis de montrer un lien entre le TSPT et d'autres troubles psychiatriques tels que la dépression (Zlotnick, 1997), la toxicomanie (Covington, 2008a; Kubiak, 2004; Zlotnick, 1997), le trouble de la personnalité limite (Zlotnick, 1997), les THADA (Brazil et coll., 2012) et le comportement autodestructeur (Borrill, Snow, Medlicott, Teers et Paton, 2005; Clements-Noelle, Wolden et Bargmann-Losche, 2009; Heney, 1990; Roe-Sepowitz, 2007; Brazil et coll., 2012). En effet, on a avancé que la toxicomanie (Brazil et coll., 2012; Hume, Grant et Furlong, 2007; Kubiak, 2004) et le comportement autodestructeur (Borrill et coll., 2005; Clements-Noelle et coll., 2009; Heney, 1990; Milligan et Andrews, 2005; Power et Usher, 2010, 2011a; Roe-Sepowitz, 2007) constituaient des stratégies d'adaptation inadéquates à l'exposition à des traumatismes.

Stratégies d'adaptation inadéquates

Dans son examen du traumatisme et de son rôle, Covington (2008a) a catégorisé comme suit les comportements qui peuvent survenir par suite d'un traumatisme : le repli, l'action autodestructrice et l'action destructrice. Elle a avancé que les femmes étaient plus susceptibles d'adopter un comportement autodestructeur (p. ex. toxicomanie, automutilation) ou de se replier (p. ex. dissociation, dépression), alors que les hommes tendaient davantage à commettre des actions destructrices (p. ex. agressions, violence). Plusieurs études ont permis d'établir un lien entre l'exposition à des traumatismes et la toxicomanie. Kubiak (2004), qui s'est appuyée sur les recherches existantes, a allégué que si les drogues et l'alcool étaient d'abord utilisés pour composer avec l'exposition à des traumatismes et les symptômes associés au TSPT, leur consommation aggravait ensuite le problème dans la mesure où elle pouvait exacerber les symptômes de TSPT et, par conséquent, rendre encore plus difficile pour les femmes de composer avec la situation. Dans le même ordre d'idées, certaines répondantes d'une étude canadienne sur l'exposition aux traumatismes des délinquantes sous responsabilité fédérale ont déclaré s'être servi des drogues et de l'alcool comme mécanisme d'adaptation pour apaiser et oublier leurs expériences traumatisantes antérieures (Brazil et coll., 2012). Hume et coll. (2007) ont également noté que la plupart des femmes participant au Programme d'intervention pour

délinquantes toxicomanes (PIDT)[5] avaient indiqué consommer des drogues et de l'alcool pour composer avec la dépression et/ou l'anxiété et que toutes les femmes avaient signalé des antécédents de traumatisme. Le lien entre le traumatisme et la toxicomanie est particulièrement évident lorsqu'on tient compte du taux élevé de toxicomanie chez les délinquantes sous responsabilité fédérale. Grant et Gileno (2008) ont signalé qu'au moins 80 % de celles-ci avaient des problèmes de toxicomanie. Barrett et coll. (2010), pour leur part, ont noté que 38 % des délinquantes de leur échantillon avaient commis des infractions alors qu'elles étaient sous l'effet de drogues ou d'alcool et que 36 % avaient déclaré avoir commis une infraction pour soutenir leur dépendance aux drogues ou à l'alcool. En outre, McClellan, Farabee et Crouch (1997) ont conclu que 72 % des délinquantes avaient déclaré utiliser des drogues avant d'être impliquées dans d'autres types d'activités criminelles.

Un examen récent des problèmes de santé mentale auprès des délinquantes sous responsabilité fédérale a permis de confirmer les statistiques de Grant et Gileno (2008); en effet, 80 % des femmes évaluées avaient reçu, au cours de leur vie, un diagnostic de dépendance à au moins une drogue ou à l'alcool (Derkzen, Booth, McConnell et Taylor, 2012). Les substances les plus communes étaient l'alcool (55 %) et la cocaïne (55 %). Toutes les femmes qui avaient reçu un diagnostic de dépendance à une substance intoxicante au cours de leur vie avaient également reçu au moins un diagnostic de comorbidité, les troubles cernés le plus souvent étant le TSPT (52 %) et le trouble dépressif majeur (69 %). Toutes ces constatations montrent bien qu'il existe un lien entre l'exposition à des traumatismes et la toxicomanie parmi les délinquantes. Par ailleurs, le lien entre les traumatismes antérieurs et le comportement autodestructeur a également été démontré dans plusieurs études (p. ex. Borrill et coll., 2005; Clements-Noelle et coll., 2009; Heney, 1990; Milligan et Andrews, 2005; Roe-Sepowitz, 2007; Power et Usher, 2010, 2011a). Le comportement autodestructeur, ou l'automutilation, peut prendre différentes formes; il peut consister par exemple à s'infliger des coupures, des brûlures, des coups sur le corps, à se frapper la tête contre une surface dure, à tenter de s'étrangler ou à avaler des objets coupants ou non digestibles, etc. (Power et Brown, 2010). Dans une étude approfondie sur les délinquantes canadiennes sous responsabilité fédérale qui ont eu recours à l'automutilation, deux tiers des femmes ont déclaré que la motivation sous-jacente à leur comportement était l'adaptation. Le comportement autodestructeur a été décrit comme un moyen de libérer des émotions négatives

[5]Le PIDT est décrit plus en détail dans la section des traitements du présent examen de la littérature.

ou une réaction à des émotions négatives (p. ex. colère, frustration, dépression, anxiété), bien que 4 % des personnes aient déclaré qu'il était une façon de réactiver un traumatisme sexuel, physique ou émotif antérieur vécu durant leur enfance ou leur vie adulte (Power et Usher, 2010). De plus, 29 % des femmes ont indiqué que le fait d'avoir vécu de la violence physique, sexuelle ou psychologique les avait déjà poussées à s'automutiler (Power et Usher, 2010). D'autres chercheurs (p. ex. Kenning et coll., 2010; Snow, 1997) ont aussi établi que le fait de composer avec des émotions négatives constituait l'une des motivations principales du comportement autodestructeur. Barrett et coll. (2010) ont noté que 78 % des personnes de leur échantillon avaient déclaré que la douleur, la colère, la solitude et la dépression étaient à l'origine de leur besoin perçu de se mutiler. Heney (1990) a pour sa part conclu que le comportement autodestructeur était une tentative de maîtriser le moment où survient la douleur anticipée, qui est vue comme inévitable, et son étendue et que le fait de s'infliger de la douleur diminuait le niveau d'anxiété. L'automutilation semble être plus fréquente parmi les délinquantes qui ont vécu des traumatismes. Par exemple, dans une étude sur le comportement autodestructeur parmi les délinquantes sous responsabilité fédérale, on a constaté que les femmes qui avaient des antécédents d'automutilation étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir vécu de la violence psychologique et sexuelle que celles qui ne s'étaient pas mutilées (Power et Usher, 2011b). En outre, Roe-Sepowitz (2007) a indiqué que les délinquantes qui ont vécu de la violence sexuelle étaient quatre fois plus à risque de se mutiler que celles qui n'en ont pas été victimes.

Des tendances similaires se dégagent quant au suicide et aux tentatives de suicide; en effet, Borrill et coll. (2005) ont noté que près de la moitié des délinquantes de leur étude associaient le comportement suicidaire avec la violence sexuelle antérieure. D'autres recherches ont permis de démontrer que toutes les formes de violence et de négligence durant l'enfance, comme la violence psychologique et physique, augmentaient aussi la probabilité de tentatives de suicide antérieures et futures (Clements-Noelle et coll., 2009).

Globalement, ces constatations montrent bien l'existence d'un lien entre l'exposition à des traumatismes et le comportement autodestructeur – et possiblement le risque de suicide – parmi les délinquantes. Il semble que l'automutilation atténue l'anxiété et les troubles émotifs des femmes, y compris les troubles qui découlent de l'exposition à des traumatismes. Ceci étant dit, bien qu'un lien entre l'exposition à des traumatismes et les stratégies d'adaptation telles que la toxicomanie et le comportement autodestructeur parmi les délinquantes semble exister, la

relation entre les deux n'est pas bien comprise. On a soutenu que la toxicomanie et le comportement autodestructeur étaient des stratégies d'adaptation inadéquates. Par exemple, si les drogues et l'alcool sont utilisés dans un premier temps pour composer avec l'exposition à des traumatismes et les symptômes du TSPT, leur consommation peut engendrer un problème plus grand dans la mesure où il en exacerbe les symptômes.

Lien entre les traumatismes et la criminalité

Bien que les recherches n'aient pas permis de démontrer de lien de cause à effet entre les traumatismes et la criminalité, il existe tout de même une association étroite entre l'exposition à des événements potentiellement traumatisants et le comportement délinquant des femmes. Par exemple, Widom (1989) a reconnu que les enfants victimes de violence ou de négligence couraient beaucoup plus de risques de tomber dans la délinquance et la criminalité à l'âge adulte. Grella, Stein et Greenwell (2005), pour leur part, ont examiné les voies qu'empruntent les femmes ayant des comportements sociaux déviants et ont constaté que les traumatismes vécus tôt dans l'enfance étaient en corrélation positive avec la participation à des crimes violents chez les délinquantes toxicomanes de la Californie.

DeHart (2008) a expliqué que la toxicomanie, la prostitution et la violence physique ont été conceptualisés comme étant des crimes et des stratégies de survie pour composer avec une victimisation physique, sexuelle et psychologique accablante. Par exemple, Messina et coll. (2007) ont constaté que les délinquantes et les délinquants ayant été davantage exposés à des événements indésirables durant leur enfance (c.-à-d. violence physique, psychologique, sexuelle et négligence) avaient eu des démêlés avec la justice et commencé à consommer des drogues et de l'alcool à un âge plus jeune. Les délinquantes ayant été davantage exposées avaient aussi fait l'objet de plus d'arrestations que les délinquants. Messina et Grella (2006) ont établi que la participation à des activités de prostitution était en corrélation positive avec le nombre d'événements traumatisants vécus durant l'enfance. En effet, chaque événement traumatisant additionnel durant l'enfance correspondait à une augmentation de 19 % des risques de tomber dans la prostitution plus tard dans la vie. Cependant, Widom (1989) a aussi noté que bien que la maltraitance et la négligence envers les enfants puissent entraîner une augmentation du risque de délinquance et de criminalité, les résultats ont montré qu'une importante proportion d'enfants maltraités et négligés ne devenaient pas des criminels. En d'autres mots, s'il n'existe pas de lien

de cause à effet entre l'expérience de traumatismes et le comportement criminel, il y a tout de même une relation entre l'exposition accrue à des traumatismes et le nombre de démêlés avec le système de justice pénale.

Globalement, bien qu'il y ait une prévalence élevée d'exposition à des traumatismes parmi les délinquantes, on n'a pas pu établir que la victimisation était directement liée au risque accru d'infraction, d'écarts de conduite en établissement ou de récidive. Dans leur recherche, Bonta, Pang et Wallace-Capretta (1995) ont trouvé peu de preuves pour soutenir l'inclusion de la victimisation dans l'évaluation du risque des délinquants ou sa prise en compte en tant que besoin lié aux facteurs criminogènes. Ils ont noté que, dans la plupart des cas, les expériences de victimisation ne permettaient pas de prévoir la récidive. Cela est peut-être vrai, mais l'exposition à des traumatismes et les symptômes de TSPT peuvent néanmoins influer sur le bien-être des délinquants. Selon Byrne et Howell (2002), il existerait une grande interconnexion entre les traumatismes et le fait de commettre des infractions; en effet, ils ont avancé que la criminalité pouvait être le résultat d'une maltraitance antérieure et que le TSPT se développait à la suite d'une maltraitance ou en raison d'une toxicomanie liée à l'adaptation. Pour que les délinquantes bénéficient pleinement des programmes de traitement, il faut bien évaluer et prendre en compte ces problèmes. En effet, une bonne évaluation est considérée comme essentielle dans la compréhension du rôle que joue le traumatisme dans la vie des délinquantes.

Évaluation

Plusieurs outils d'évaluation ont servi à analyser l'exposition à des traumatismes et les symptômes de TSPT[6] chez les délinquantes. Vous trouverez dans les annexes[7] une description de

[6]Dans ce rapport, nous avons examiné les outils d'évaluation fondés sur le DSM-IV (APA, 2000). Les critères du TSPT énoncés dans le DSM-IV diffèrent de ceux du DSM-V (APA, 2013) en ce que le critère A2 a été retiré et qu'il y a maintenant quatre groupes de symptômes au lieu de trois. Comme le DSM-V a été publié assez récemment, on ne trouve pas encore de recherche disponible sur l'outil d'évaluation fondé sur les critères du TSPT qui y figurent. Jusqu'à maintenant, seule l'échelle du TSPT administrée par le clinicien (*Clinician-Administered PTSD Scale* [CAPS]) a été mise à jour afin d'inclure les critères du TSPT du DSM-V.

[7]Pour en savoir plus sur l'échantillon des outils d'évaluation, veuillez vous référer à Norris et Hamblen (2004). Les auteurs ont examiné 24 moyens de mesure qui se classent en deux grandes catégories, à savoir les échelles qui mesurent le critère A du TSPT du DSM-IV (antécédents en matière de traumatisme) et les échelles qui mesurent les critères B-D du TSPT du DSM-IV (symptômes antérieurs). Le critère A du TSPT permet de déterminer si un individu a été exposé à un événement traumatisant. On peut établir qu'il y a eu exposition à un événement traumatisant si [traduction] « la personne a vécu un ou plusieurs événements marqués par un décès, une menace de décès, une blessure grave, une menace de blessure grave ou une menace à son intégrité physique ou à celle d'autrui, si elle a été témoin de tels événements ou y a été confrontée » et si « la réponse de la personne à l'événement comprend une peur intense, un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur » (APA, 2000). Les critères B-D du TSPT permettent de déterminer si le traumatisme est revécu de manière persistante par la personne, s'il y a évitement persistant des stimulus associés au traumatisme avec émoussement des réactions générales et s'il y a présence de symptômes persistants d'activation neuro-végétative (APA, 2000).

chacun des outils d'évaluation et des exemples d'études dans lesquelles ces moyens ont servi ainsi qu'un guide de référence rapide où figurent l'outil d'évaluation, sa cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach) et la période examinée.

La littérature présente des lacunes sur le plan de la fiabilité du test-retest des outils servant à évaluer l'exposition à des traumatismes et les symptômes du TSPT dans un échantillon de délinquantes. Souvent, les études analysent la fiabilité des moyens de mesure à l'aide de taux extraits d'études antérieures fondées sur un échantillon de non-délinquants (p. ex. soldats, femmes dans la collectivité). Une évaluation adéquate de l'exposition à des traumatismes antérieure devrait donc constituer une priorité (Bryne et Howells, 2002; Huang et coll., 2008, Kubiak, 2004), car l'évaluation et la reconnaissance des traumatismes et des construits connexes peuvent orienter le choix des interventions appropriées (Clements-Noelle et coll., 2009; Power et Usher, 2011b) et appuyer davantage la nécessité de dépister les traumatismes chez les délinquants à l'admission et avant la libération (Brazil et coll., 2012; Byrne et Howells, 2002; Kubiak, 2004). Clements-Noelle et coll. (2009) ont également soutenu que le dépistage de l'exposition à des traumatismes durant l'enfance chez les délinquantes pouvait réduire le risque de suicide, alors que d'autres ont fait la promotion de l'élaboration de stratégies d'adaptation positives dans la réadaptation des personnes aux prises avec un TSPT (Huang et coll., 2008). Une recherche approfondie dans ce domaine devrait être envisagée.

Traitement

La littérature parle trop peu de l'efficacité des programmes visant à traiter les délinquantes ayant été exposées à des traumatismes. Néanmoins, Koons, Burrow, Morash et Bynum (1997) ont constaté que les programmes correctionnels où l'on tenait compte des besoins multiples des femmes étaient les plus efficaces et que ceux qui s'attardaient aux problèmes découlant de la violence physique et sexuelle figuraient parmi les plus prometteurs. Certains autres programmes axés sur le TSPT et/ou les traumatismes ont aussi été évalués, notamment les programmes *À la recherche de la sécurité*, *Esuba*, *Intégrité* et le *Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes*.

Zlotnick, Najavits, Rohsenow et Johnson (2003) ont analysé l'efficacité de programme *À la recherche de la sécurité*, un programme de traitement conçu pour cibler à la fois les troubles de toxicomanie et le TSPT au moyen de la thérapie cognitivo-comportementale. Les

participantes[8] ont été recrutées à partir d'un programme volontaire de traitement de la toxicomanie en établissement dans un pénitencier pour femmes aux États-Unis. Le programme *À la recherche de la sécurité* comporte 25 sujets (p. ex. demander de l'aide, faire face aux éléments déclencheurs, fixer des limites dans les relations) axés sur les habiletés d'adaptation, la stabilisation et la réduction des comportements autodestructeurs. On a constaté que 53 % des délinquantes ne remplissaient plus les critères du TSPT après la fin du traitement et qu'après trois mois, ce pourcentage était descendu à 46 % (Zlotnick et coll., 2003). De plus, seulement 35 % des délinquantes de l'échantillon avaient déclaré avoir consommé des drogues ou de l'alcool dans les trois mois ayant suivi leur libération. Les résultats ont aussi montré qu'au cours de la même période, 33 % des femmes étaient retournées en détention. Il importe de souligner que les résultats de cette étude se fondent sur un échantillon de très petite taille, dont certaines des participantes n'ont pas contribué aux données de suivi à six semaines et à trois mois.

Ward et Roe-Sepowitz (2009) ont pour leur part examiné l'efficacité d'*Esuba*, un programme psychoéducatif axé sur les traumatismes et l'intervention contre la toxicomanie d'une durée de 12 semaines offert à des travailleuses du sexe, dans deux contextes différents : dans un établissement correctionnel et à même un programme communautaire aux États-Unis. Le programme a été conçu pour améliorer la sensibilisation à la maltraitance et à la violence, enseigner la gestion de la colère et transmettre des compétences en communication (Ward et Roe-Sepowitz, 2009). Le programme *Esuba* comporte 12 sections où l'on traite d'un sujet différent chaque semaine. Parmi les sujets abordés figurent la détermination des différences entre la perception et la réalité, l'autoviolence et le lâcher-prise du passé. Le programme *Esuba* met l'accent sur les liens relationnels entre les survivants et l'animateur ou l'animatrice du groupe afin de créer un environnement où les expériences peuvent être mises en commun et acceptées. L'intervention[9] s'est révélée efficace pour réduire les symptômes de traumatisme auprès des femmes, comme l'a confirmé une évaluation faite au moyen de l'inventaire des symptômes traumatiques (*Trauma Syndrome Inventory* [TSI]) avant et après le programme. En effet, les femmes présentaient moins de symptômes de dissociation, d'anxiété et de dépression après

[8]Au total, 18 femmes ont participé à l'étude. Deux femmes ont abandonné le traitement; les données de suivi n'ont donc été disponibles que pour 16 femmes à six semaines et 15 femmes à trois mois. Aucun groupe témoin n'a participé à l'étude.

[9]Au total, l'échantillon comptait 29 participantes qui s'étaient portées volontaires; 18 provenaient du groupe de femmes incarcérées et 11 du groupe de femmes dans la collectivité. Parmi celles qui ont abandonné le programme, 3 provenaient du premier groupe et 8 du deuxième. Seules les données des participantes ayant terminé les 12 semaines du programme ont été disponibles.

l'intervention. En outre, les résultats ont permis de démontrer que le groupe de femmes incarcérées avait enregistré une plus grande diminution du degré des symptômes de traumatisme que le groupe de femmes dans la collectivité. Ces résultats ont plus tard été confirmés dans un échantillon plus grand de délinquantes (Roe-Sepowitz et coll., 2012).

Messina, Grella, Cartier et Torres (2010) ont effectué une étude dans laquelle ils ont comparé les résultats postlibératoires des délinquantes qui avaient participé à différents traitements de la toxicomanie en établissement. Les participantes ont été dirigées au hasard vers deux programmes différents, à savoir vers le programme *Intégrité*, un traitement adapté aux besoins des femmes et regroupant deux programmes – *Helping Women Recover* (Covington, 2008b) et *Beyond Trauma* (Covington, 2003) – ou vers *Destiny Prison Program*, un programme thérapeutique communautaire [10] couramment offert dans les établissements. Le programme *Integrity* a été modifié pour tenir compte des besoins des femmes et pour intégrer les deux programmes de Covington (2003; 2008b). Le programme *Helping Women Recover* comporte 17 séances divisées en quatre modules : le moi, les relations, la sexualité et la spiritualité (Covington, 2008b), alors que le programme *Beyond Trauma* se compose de 11 séances qui touchent à trois sujets, à savoir l'enseignement aux femmes de la notion de traumatisme et de violence, l'enseignement aux femmes des réponses appropriées aux traumatismes et à la violence et le développement de stratégies d'adaptation (Covington, 2003). Des comparaisons ont indiqué que la participation au programme *Intégrité* (le traitement des traumatismes adapté aux besoins des femmes) était associée à une réduction considérable de la toxicomanie au fil du temps (Messina et coll. 2010). De plus, les participantes sont volontairement restées plus longtemps dans le programme de suivi et ont été moins susceptibles de récidiver dans les 12 mois ayant suivi leur libération que les participantes au programme *Destiny Prison Program*. Les auteurs ont conclu que la participation à un programme axé sur les traumatismes tenant compte des besoins des femmes avait, dans l'ensemble, donné de meilleurs résultats.

Par ailleurs, Cole et coll. (2007) ont élaboré un programme de 8 semaines pour les femmes incarcérées ayant vécu une agression sexuelle durant leur enfance. L'intervention comportait des sujets tels que l'établissement de limites, le sain autoréconfort et le renforcement

[10]Au total, 115 femmes qui entraient en traitement en établissement ont accepté de participer. On a dirigé les participantes au hasard vers le groupe *Intégrité* (n = 60) ou le groupe *Destiny* (n = 55). Quatre-vingt-quatorze participantes ont achevé le suivi de 6 mois et 85 participantes ont achevé le suivi de 12 mois. Aucune information n'a été donnée quant au nombre d'abandons dans chaque groupe.

de l'estime de soi, dont on a traité dans le cadre de réunions de groupe de 2,5 heures deux fois par semaine. Le groupe de traitement et le groupe témoin avaient fait l'objet de deux moyens de mesure – axés sur les traumatismes et généraux – avant et après l'intervention. Bien que fondés sur de très petits échantillons[11], les résultats donnent à penser que l'intervention pourrait avoir empêché l'augmentation des symptômes liés aux traumatismes et de ce fait, les femmes ont peut-être vécu une meilleure transition vers le milieu carcéral. Il est à noter cependant que des résultats semblables (de moindre ampleur) ont également été obtenus pour le groupe témoin, sauf en ce qui a trait aux échelles de somatisation et d'anxiété phobique de la SCL-90-R (pour *Symptom Checklist-90-Revised*), où il a affiché des résultats nettement moins élevés que le groupe de traitement, chez qui les symptômes ont donc été plus nombreux et plus graves.

Le Programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes (PIDT) du SCC a aussi fait l'objet d'une évaluation. Bien qu'il ne soit plus offert par le SCC en tant que programme de traitement[12], le PIDT montre la nécessité de s'attarder à l'exposition à des traumatismes dans le traitement de la toxicomanie. Le PIDT comporte les trois modules de traitement suivants : engagement et éducation, traitement thérapeutique intensif et prévention de la rechute et suivi. Le module engagement et éducation, qui est offert à toutes les femmes dans l'établissement quel que soit leur problème de toxicomanie, soutient ces dernières dans leur transition depuis la collectivité vers le milieu carcéral tout en les motivant à faire des changements positifs (Matheson, Doherty et Grant, 2008). Au cours des 48 à 72 premières heures suivant l'incarcération des femmes, on s'efforce de les mettre en contact avec les fournisseurs de programmes de lutte contre la toxicomanie afin de repérer, de soutenir et de gérer celles qui sont aux prises avec de tels problèmes (Hume et coll., 2007). Le module leur enseigne notamment des stratégies d'adaptation et des techniques de prise de conscience visant à les faire se connecter au moment présent pendant les périodes de dissociation (Matheson et coll., 2008). Un autre module du PIDT qui traite les traumatismes est le traitement thérapeutique intensif (TTI). Ce module permet d'examiner les problèmes sous-jacents à la toxicomanie, dont les traumatismes, au sein d'un environnement sûr. Les délinquantes qui ont participé au module de TTI du PIDT ont été

[11]Au total, 13 femmes ont été choisies à partir d'un échantillon plus grand de détenues pour participer volontairement à l'étude. On a dirigé les participantes au hasard vers le groupe de traitement (n = 7) ou le groupe témoin (n = 6). En tout, 4 participantes ont abandonné l'étude, soit 3 dans le groupe de traitement et 1 dans le groupe témoin.

[12]Le PIDT a été remplacé par les Programmes correctionnels pour délinquantes et les Programmes correctionnels pour délinquantes autochtones, qui sont également axés sur les traumatismes. Comme ils ont été mis en place depuis relativement peu de temps, ils n'ont pas encore été évalués.

moins nombreuses à retourner en détention que celles qui n'y ont pas participé.

Le SCC offre en outre le programme *Survivantes de traumatismes et d'actes de violence*[13], lequel fournit des services de counseling aux femmes incarcérées afin de les aider à régler les questions relatives à leurs traumatismes (SCC, 2007). Ce programme vise à augmenter l'estime de soi, l'autonomisation et la compréhension à l'égard du crime et des expériences de la vie tout en enseignant aux femmes des stratégies d'adaptation, dont la relaxation, la pensée positive, la thérapie par l'art, la rédaction d'un journal, la méditation, l'autogestion de la santé, la conscience de soi, la gestion du stress et des émotions, l'assertivité et la confiance. Le programme comporte deux composantes principales, à savoir l'éducation et la sensibilisation et le groupe de soutien thérapeutique. Dans son examen qualitatif, Chabot (2002) a constaté que toutes les participantes avaient déclaré avoir tiré parti du programme. Les animateurs (ou les animatrices) ont noté que le programme avait eu un effet positif sur l'estime de soi et l'autonomisation des femmes et qu'il avait fourni à ces dernières un forum où elles pouvaient exprimer leurs émotions.

Bien que tous les programmes de traitement susmentionnés aient eu des effets positifs sur les participantes, un suivi en profondeur et à long terme s'impose afin de déterminer l'efficacité des programmes de traitement axé sur les traumatismes. En effet, les résultats obtenus jusqu'ici donnent à penser que les programmes de traitement qui s'attardent aux traumatismes antérieurs devraient être disponibles pour les délinquantes ayant été exposées à de la violence physique et sexuelle, surtout depuis que les recherches ont permis de déterminer que l'incarcération pouvait contribuer aux symptômes de TSPT chez les délinquantes (Dirks, 2004; Heney et Kristiansen, 1998). De tels programmes, qui permettent d'éviter l'exacerbation des symptômes, peuvent aider les délinquantes à faire une meilleure transition vers le milieu carcéral.

Conclusion

Bien que les estimations de l'exposition aux traumatismes chez les délinquants et les délinquantes varient d'une étude à l'autre, le moment de l'exposition et son type diffèrent entre les hommes et les femmes, tout comme la prévalence du TSPT. Plus précisément, les délinquantes sont plus susceptibles que les délinquants de présenter des symptômes de TSPT,

[13]Le programme *Survivantes de traumatismes et d'actes de violence* est offert dans tous les établissements pour délinquantes sous responsabilité fédérale. Sa prestation est assurée par des fournisseurs. Chaque établissement propose sa propre version du programme, qui est offert selon les besoins.

d’intensité supérieure, de surcroît. Ces différences doivent être prises en compte lors de l’examen du TSPT, de la santé mentale et des comportements mésadaptés des délinquantes, et ce, afin de nous assurer de mettre en œuvre des interventions efficaces qui se répercuteront positivement sur les taux de réinsertion sociale. On devrait envisager un traitement axé sur les traumatismes pour les délinquantes qui ont été victimes de violence physique et sexuelle ou qui ont vécu d’autres expériences traumatisantes pour de nombreuses raisons. Bien que l’expérience de traumatismes ne permette pas de prédire la récidive, la prestation de programmes à participation volontaire axés sur les traumatismes et la maltraitance ainsi que l’inclusion d’approches axées sur les traumatismes dans les programmes correctionnels peuvent contribuer au bien-être des femmes et leur permettre de tirer le meilleur parti de leur participation aux programmes. De plus, le traitement des traumatismes peut permettre aux participantes de profiter plus pleinement des programmes qui ciblent les facteurs de risque criminogènes et, conséquemment, réduire la probabilité de récidive. À l’heure actuelle, le SCC offre la possibilité aux délinquantes de parler des questions liées aux traumatismes durant leur incarcération en leur offrant des programmes axés sur les traumatismes et des services de psychologie.

Bibliographie

American Psychiatric Association. (2003). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (4e éd., texte révisé) Paris, Masson.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5e éd.) Washington, DC : l'auteur.

Barrett, M. R., Allenby, K., et Taylor, K. (2010). *Vingt ans plus tard : retour sur le rapport du Groupe d'étude sur les femmes purgeant une peine fédérale* (Rapport de recherche R-222). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., et coll. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.

Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et Keane, T. M. (1995). The development of a clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.

Bonta, J., Pang, B., et Wallace-Capretta, S. (1995). Predictors of recidivism among incarcerated female offenders. *The Prison Journal*, 75, 277-294.

Borrill, J., Snow, L., Medlicott, D., Teers, R., et Paton, J. (2005). Learning from 'Near Misses: Interviews with women who survived an incident of severe self-harm in prison. *The Howard Journal*, 44, 57-69.

Bradley, R. G. et Follingstad, D. R. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 337-340.

Brazil, A., Doherty, S., Forrester, P., et Matheson, F. I. (2012). *Everyone has trauma here...there's always a sad story: An examination of self-reported trauma in a female offender population.* Données brutes non publiées.

Briere, J. (1995). *Trauma symptom inventory professional manual*, Odessa, FL : Psychologcal Assessment Resources.

Briere, J. et Elliott, D. (2000). Prevalence, characteristics, and long-term sequelae of natural disaster exposure in the general population. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 661-679.

Byrne, M. K. et Howells, K. (2002). The psychological needs of women prisoners: Implications for rehabilitation and management. *Psychiatry, Psychology and Law*, 9, 34-43.

Chabot, N. (2002). *Qualitative program review: Programs for survivors of abuse and trauma regional facilities for women.* Service correctionnel du Canada. Document interne non publié.

Chapman, A. L., Specht, M. W., et Cellucci, T. (2005). Factors associated with suicide attempts in female inmates: The hegemony of hopelessness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 558-569.

Clements-Noelle, K., Wolden, M., et Bargmann-Losche, J. (2009). Childhood trauma and future suicide attempts among women in prison. *Women's Health Issues*, 19, 185-192.

Cole, K. L., Sarlund-Heinrich, P., et Brown, L. S. (2007). Developing and assessing effectiveness of a time-limited therapy group for incarcerated women survivors of childhood sexual abuse. *Journal of Trauma and Dissociation*, 8, 97-121.

Cook, S. L., Smith, S. G., Tusher, C. P., et Raiford, J. (2005). Self-reports of traumatic events in a random sample of incarcerated women. *Women & Criminal Justice*, 16, 107-126.

Cordova, M. J., Andrykowski, M. A., Kenady, D. E., McGrath, P. C., Sloan, D. A., et Redd, W. H. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 981-986.

Courtney, D. et Maschi, T. (2012). Trauma and stress among older adults in prison: Breaking the cycle of silence. *Traumatology*, 19, 73-81.

Covington, S. (2003). *Beyond trauma: A healing journey for women Facilitator's guide.* Center City, MN : Hazelden Press.

Covington, S. (2008b). *Helping women recover: A program for treating substance abuse Facilitator's guide – Revised edition for use in the criminal justice system.* San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.

Covington, S. S. (2008a). Women and addiction: A trauma-informed approach. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40, 377-385.

DeHart, D. D. (2008). Pathways to prison: Impact of victimization in the lives of incarcerated women. *Violence against women*, 14, 1362-1381.

Derkzen, D., Booth, L., McConnell, A., et Taylor, K. (2012). *Besoins en santé mentale des délinquantes sous responsabilité fédérale* (Rapport de recherche R-267). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R: Administering, scoring, and procedures manual*. (3e éd.) Bloomington, MN : Pearson Education.

Dirks, D. (2004). Sexual revictimization and the retraumatization of women in prison. *Women's Studies Quarterly*, 32, 102-115.

Dougherty, J. (1998). Female offenders and childhood maltreatment: Understanding the connections. Dans R. T. Zaplin (éd.), *Female offenders: Critical perspectives and effective interventions* (pp. 227-244), Gaithersburg, MD : Aspen Publishers, Inc.

Eastman, B. J. et Bunch, S. G. (2009). Variables associated with treatment outcome in a sample of female offenders. *The Open Criminology Journal*, 2, 18-23.

Elliott, D. et Briere, J. (1992). Sexual abuse trauma among professional women: Validating the Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40). *Child Abuse and Neglect*, 16, 391-398.

Engdahl, B. E., Harkness, A. R., Eberly, R. E., Page, W. E., et Bielinski, J. (1993). Structural models of captivity trauma, resilience, and trauma response among former prisoners of war 20 to 40 years after release. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28, 109-115.

Fagan, A. A. (2001). The gender cycle of violence: Comparing the effects of child abuse and neglect on criminal offending for males and females. *Violence and Victims*, 16, 457-474.

Fournier, A. K., Hughes, M. E., Hurford, D. P., et Sainio, C. (2011). Investigating trauma history and related psychosocial deficits of women in prison: Implications for treatment and rehabilitation. *Women & Criminal Justice*, 21, 83-99.

Gladstone, G. L., Parker, G. B., Mitchell, P. B., Malhi, G. S., Wilhelm, K., et Austin, M. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1417-1425).

Grant, B. et Gileno, J. (2008). *The changing federal offender population.* Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Green, B. (1996). Trauma History Questionnaire. Dans B. H. Stamm (éd.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 366-369), Lutherville, MD : Sidran Press.

Grella, C. E., Stein, J. A., et Greenwell, L. (2005). Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors, and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders. *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, 43-53.

Gunter, T. D., Chibnall, J. T., Antoniak, S. K., McCormick, B., et Black, D. W. (2012). Relative contributions of gender and traumatic life experience to the prediction of mental disorders in sample of incarcerated offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 30, 615-630.

Harris, R. M., Sharps, P. W., Allen, K., Anderson, E. H., Soeken, K., et Rohatas, A. (2003). The interrelationship between violence, HIV/AIDS, and drug use in incarcerated women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14, 27-40.

Heney, J. (1990). *Rapport sur les cas d'automutilation à la Prison des femmes de Kingston.* Consulté à l'adresse : http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/selfinjuries/toce-fra.shtml.

Heney, J. et Kristiansen, C. M. (1998). An analysis of the impact of prison on women survivors of childhood sexual abuse. *Women & Therapy*, 20, 29-44.

Hoffman, L. E., Lavigne, B., et Dickie, I. (1998). *Femmes purgeant une peine fédérale pour homicide : une étude préliminaire*. Consulté à l'adresse : http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/homicide/toc-fra.shtml.

Huang, G., Zhang, Y., Momartin, S., Cao, Y., et Zhao, L. (2006). Prevalence and characteristics of trauma and posttraumatic stress disorder in female prisoner in China. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 20-29.

Huang, G., Zhang, Y., Momartin, S., Huang, X., et Zhao, L. (2008). Child sexual abuse, coping strategies and lifetime posttraumatic stress disorder among female inmates. *International Journal of Prisoner Health*, 4, 54-63.

Hume, L., Grant, B., et Furlong, A. (2007). Substance use programming for women in the criminal justice system. Dans N. Poole et L. Graves (éds), *Highs & lows: Canadian perspective on women on substance use* (pp. 333-340), Toronto, ON : Centre for Addiction and Mental Health.

Keane, T. M., Caddell, J. M., et Taylor, K. L. (1988). Mississippi scale for combat-related posttraumatic stress disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85-90.

Kenning, C., Cooper, J., Short, V., Shaw, J., Abel, K., et Chew-Graham, C. (2010). Prison staff and women prisoner's views on self-harm; their implications for service delivery and development: A qualitative study. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 274-284.

Komarovskaya, I. A., Loper, A. B., Warren, J., et Jackson, S. (2011). Exploring gender differences in trauma exposure and the emergence of symptoms of PTSD among incarcerated men and women. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22, 395-410.

Koons, B. A., Burrow, J. D., Morash, M., et Bynum, T. (1997). Expert and offender perceptions of program elements linked to successful outcomes for incarcerated women. *Crime & Delinquency*, 43, 512-532.

Kubany, E. S. (2004). *Traumatic Life Events Questionnaire and PTSD Screening and Diagnostic Scale.* Los Angeles, CA : Western Psychological Services.

Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210-224.

Kubiak, S. P. (2004). The effects of PTSD on treatment adherence, drug relapse, and criminal recidivism in a sample of incarcerated men and women. *Research on Social Work Practice*, 14, 424-433.

Leigey, M. E. et Reed, K. L. (2010). A woman's life before serving life: Examining the negative pre-incarceration life events of female life-sentenced inmates. *Women & Criminal Justice*, 20, 302-322.

Lonigan, C. J., Shannon, M. P., Finch Jr., A. J., Daugherty, T. K., et Taylor, C. M. (1991). Children's reactions to a natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 135-154.

Matheson, F. I., Doherty, S., et Grant, B. A. (2008). *Le programme d'intervention pour délinquantes toxicomanes et la réinsertion sociale* (Rapport de recherche R-202). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

McClellan, D. S., Farabee, D., et Crouch, B, M. (1997). Early victimizatation, drug use, and criminality. *Criminal Justice and Behavior*, 24, 455-476.

McHugo, G. J., Caspi, Y., Kammerer, N., Mazelis, R., Jackson, E., Russell, L., et coll. (2005). The assessment of trauma history in women with co-occuring substance abuse and mental disorders and a history of interpersonal violence. *Journal of Behavioral Health Services and Research*, 32, 113-127.

Mehnert, A. et Koch, U. (2007). Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psycho-Oncology*, 16, 181-188.

Messina, N. et Grella, C. (2006). Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American Journal of Public Health*, 96, 1842-1848.

Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J., et Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39, 97-107.

Messina, N., Grella, C., Burdon, W., et Prendergast, M. (2007) Childhood adverse events and current traumatic distress. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1385-1401.

Milligan, R. et Andrews, B. (2005). Suicidal and other self-harming behaviour in offender women: The role of shame, anger, and childhood abuse. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 13-25.

Milliken, C. S., Auchterlonie, J. L., et Hoge, C. W. (2007). Longitudinal assessment of mental health problems among active and reserve component soldiers returning from the Iraq war. *The Journal of the American Medical Association*, 298, 2141-2148.

National Centre for PTSD. (2007a). *Clinician-administered PTSD scale (CAPS).* United States Department of Veterans Affairs. Consulté à l'adresse : http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/caps.asp.

National Centre for PTSD. (2007b). *Trauma symptom inventory (TSI).* United States Department of Veterans Affairs. Consulté à l'adresse : http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/assessments/tsi.asp.

Nolen-Hoeksema, S. et Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.

Norris, F. H. et Hamblen, J. L. (2004). Standardized self-report measures of civilian trauma and PTSD. Dans J. P. Wilson, T. M. Keane et T. Martin (éds), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 63-102), New York, NY : Guilford Press.

Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., et Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15, 599-611.

Power, J. et Brown, S. (2010). *L'automutilation : analyse documentaire et répercussions sur les services correctionnels* (Rapport de recherche R-216). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Usher, A. (2011a). *Comportements d'automutilation chez les femmes purgeant une peine de ressort fédéral : étude de données d'archives* (Rapport de recherche R-249). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Usher, A. (2010). *Étude qualitative de l'automutilation chez les femmes incarcérées* (Rapport de recherche R-225). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Power, J. et Usher, A. (2011b). *Corrélats de l'automutilation et trajectoires vers ce comportement chez les délinquantes sous responsabilité fédérale* (Rapport de recherche R-245). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Reichert, J. et Bostwick, L. (2010). *Post-traumatic stress disorder and victimization among female prisoners in Illinois.* Chicago, IL : Illinois Criminal Justice Information Authority.

Roe-Sepowitz, D. (2007). Characteristics and predictors of self-mutilation: A study of incarcerated women. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 17, 312-321.

Roe-Sepowitz, D. E., Bedard, L. E., Pate, K. N., et Hedberg, E. C. (2012). Esuba: A psychoeducation group for incarcerated survivors of abuse. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.

Roe-Sepowitz, D., Bedard, L. E., et Pate, K. (2007). The impact of child abuse on dissociative symptoms: A study of incarcerated women. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8, 7-26.

Sacks, J. Y., McKendrick, K., Hamilton, Z., Cleland, C. M., Pearson, F. S., et Banks, S. (2008). Treatment outcomes for female offenders: Relationship to number of Axis I diagnoses. *Behavior Sciences and the Law*, 26, 413-434.

Salgado, D. M., Quinlan, K. J., et Zlotnick, C. (2007). The relationship of lifetime polysubstance dependence to trauma exposure, symptomatology, and psychosocial functioning in incarcerated women with comorbid PTSD and substance use disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 8, 9-26.

Sécurité publique Canada. (2013). *Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition 2013.* Ottawa, ON : l'auteur.

Service correctionnel du Canada. (1995). *Élaboration de programmes à l'intention des survivantes de traumatismes et d'actes de violence.* Consulté à l'adresse : http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/fsw37/fsw37-fra.shtml.

Service correctionnel du Canada. (2007). *Programmes pour les survivantes de traumatismes et d'actes de violence.* Consulté à l'adresse : http://www.csc-scc.gc.ca/text/prgrm/fsw/pro02-4-fra.shtml.

Service correctionnel du Canada. (2013). *Statistiques sur les délinquantes : année fiscale 2011-2012.* Ottawa, ON : l'auteur.

Service correctionnel du Canada. (sans date). *Women offender correctional programs.* Document interne non publié.

Shaw, M., Rodgers, K., Blanchette, J., Hattem, T., Thomas, L. S., et Tamarack, L. (1991). *Sondage auprès des femmes purgeant une peine d'une durée de plus de deux ans : rapport du Groupe d'étude sur le sondage effectué auprès des femmes purgeant une peine d'une durée de plus de deux ans en milieu carcéral* (Rapport pour spécialistes 1991-4). Ottawa, ON : Service correctionnel du Canada.

Snow, L. (1997). A pilot study of self-injury amongst women prisoners. *Issues in Criminological & Legal Psychology*, 28, 50-59.

Statistique Canada. (2011). *La victimisation avec violence chez les femmes autochtones dans les provinces canadiennes, 2009* (n° 85-002-X au catalogue). Ottawa, ON : l'auteur.

Statistique Canada. (2013). *Mesure de la violence faite aux femmes : tendances statistiques* (n° 85-002-X au catalogue). Ottawa, ON : l'auteur.

Strickland, S. M. (2008). Female sex offenders: Exploring issues of personality, trauma, and cognitive distortions. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 474-489.

Tedstone, J. E. et Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 409-448.

Walsh, K., Gonsalves, V. M., Scalora, M. J., King, S., et Hardyman, P. L. (2012). Child maltreatment among female inmates reporting inmate on inmate sexual victimization in prison: The mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 27, 492-512.

Ward, A. et Roe-Sepowitz, D. (2009). Assessing the effectiveness of a trauma-oriented approach to treating prostituted women in a prison and a community exiting program. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18, 293-312.

Widom, C. S. (1989). The cycle of violence. *Science*, 244, 160-166.

Wolfe, J. et Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of posttraumatic stress disorder. Dans J. Wilson et T. M. Keane (éds), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 192-238), New York, NY : Guilford Press.

Wolff, N., Frueh, C., Shi, J., et Schumann, B. E. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioural trauma treatment for incarcerated women with mental illness and substance disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 703-710.

Zlotnick, C. (1997). Posttraumatic stress disorder (PTSD), PTSD comorbidity, and childhood abuse among incarcerated women. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 185, 761-763.

Zlotnick, C., Johnson, J., et Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behaviour therapy in a sample of incarcerated women with substance use disorder and PTSD. *Behavior Therapy*, 40, 325-336.

Zlotnick, C., Najavits, L. M., Rohsenow, D. J., et Johnson, D. M. (2003). A cognitive-behavioural treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: Findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25, 99-105.

Annexe A : Description des outils d'évaluation servant à mesurer les traumatismes et les symptômes de TSPT

Moyens pour évaluer les traumatismes

Questionnaire sur les traumatismes subis durant l'enfance. Le Questionnaire sur les traumatismes subis durant l'enfance (*Childhood Trauma Questionnaire* [CTQ]; Bernstein et coll., 1994) analyse la maltraitance durant l'enfance dans cinq domaines (violence psychologique, violence physique, violence sexuelle, négligence psychologique et négligence physique) au moyen d'un questionnaire comportant 29 énoncés devant être cotés selon une échelle de 5 points. Le CTQ a servi dans plusieurs études pour mesurer l'étendue de la relation entre la maltraitance durant l'enfance, le comportement suicidaire (voir Chapman, Specht et Cellucci, 2005; Clements-Noelle et coll., 2009) et les traumatismes chez les délinquantes (voir Strickland, 2008; Walsh, Gonsalves, Scalora, King et Hardyman, 2012). Les études dans lesquelles on a employé le CTQ ont donné des coefficients de cohérence interne variant de 0,66 à 0,97 (Clements-Noelle et coll., 2009; Power et Usher, 2011b; Walsh et coll., 2012).

Life Stressor Checklist-Revised. La *Life Stressor Checklist-Revised* (LSC-R; McHugo et coll., 2005) est un questionnaire d'autoévaluation de 30 énoncés qui permet d'évaluer les événements traumatisants et stressants de la vie. La LSC-R a été utilisée dans plusieurs études concernant les délinquantes (voir Courtney et Maschi, 2012; Grella et coll., 2005; Messina et Grella, 2006; Messina et coll., 2007; Wolff, Frueh, Shi et Schumann, 2012). La LSC-R permet de vérifier la présence d'événements traumatisants, l'âge auquel s'est produit le premier événement, leur durée et la menace qu'ils ont constituée pour la vie ou la portée émotionnelle qu'ils ont eue relativement aux critères du DSM-IV (Messina et coll., 2007). La LSC-R, qui est la version révisée de la LSC, a été élaborée spécialement pour les populations criminelles (Courtney et Maschi, 2012). Bien qu'elle porte entre autres sur les événements stressants de la vie comme la perte d'un être cher, les difficultés financières et les problèmes de santé physique (Courtney et Maschi, 2012), la LSC-R peut être revue pour n'inclure que les traumatismes vécus durant l'enfance et les événements indésirables survenus avant l'âge de 16 ans, comme l'ont fait Messina et coll. (2007) dans une de leurs études. La LSC-R a été utilisée seule ou de concert avec d'autres moyens pour évaluer les traumatismes et les violences physiques et sexuelles vécus durant l'enfance et la vie adulte (p. ex. Messina et Grella, 2006; Messina et coll., 2007; Wolff et coll., 2012). Un échantillon de délinquantes a permis d'observer une fourchette moyenne de 0,70

relativement à la fiabilité du test-retest des différents points de l'échelle (Courtney et Maschi, 2012).

***Trauma History Questionnaire*.** Le *Trauma History Questionnaire* révisé (THQ; Green, 1996) contient 24 énoncés servant à évaluer l'exposition à des événements traumatisants, la fréquence de l'exposition ainsi que l'âge auquel s'est produit le premier événement (Salgado et coll., 2007). Il a servi dans diverses études concernant les délinquantes (voir Komarovskaya et coll., 2011; Sacks et coll., 2008; Salgado et coll, 2007; Wolff et coll., 2012; Zlotnick, Johnson et Najavits, 2009). Auprès d'échantillons de non-délinquantes, on a conclu qu'il avait une fiabilité de test-retest variant de 0,47 à 1,00 (Komarovskaya et coll., 2011; Sacks et coll., 2008). Komarovskaya et coll. (2011) ont examiné l'exposition à des traumatismes et les symptômes de TSPT chez des délinquants, hommes et femmes, à l'aide d'une version tronquée de l'outil (en 18 points). Les chercheurs ont classé les points en quatre catégories : traumatismes généraux ou d'origine naturelle, témoignage de violence ou exposition indirecte à la violence, traumatismes non sexuels interpersonnels et traumatismes sexuels interpersonnels. Le THQ a été utilisé seul ou de concert avec d'autres moyens pour évaluer les traumatismes et les violences physiques et sexuelles durant l'enfance et la vie adulte qu'avaient vécus des personnes ou pour savoir si elles remplissaient les critères d'un TSPT actuel ou passé (Wolff et coll., 2012; Zlotnick et coll., 2009).

***Traumatic Life Events Questionnaire*.** Le *Traumatic Life Events Questionnaire* (TLEQ; Kubany et coll., 2000, Kubany, 2004) a été utilisé pour évaluer l'exposition à des événements traumatisants dans de nombreuses études (voir Cook et coll., 2005; Eastman et Bunch, 2009; Fournier, Hughes, Hurford et Sainio, 2011; Huang et coll., 2006; Huang, Zhang, Momartin, Huang et Zhao, 2008). Il existe différentes variantes du questionnaire, dans lesquelles le nombre d'événements traumatisants varie de 15 à 24. Pour chacun des événements traumatisants, on demande également aux participants de dire si oui ou non ils ont eu un sentiment de peur ou un sentiment d'être sans espoir ou d'horreur (Cook et coll., 2005). Des changements peuvent être apportés au TLEQ en remplaçant des éléments (p. ex. guerre ou combat) afin de l'adapter à l'échantillon (Huang et coll. 2008). Dans une étude effectuée auprès de délinquantes, Huang et coll. (2008) ont noté une fiabilité de test-retest satisfaisante sur une période de deux semaines ainsi que des coefficients de Kappa allant de 0,91 à 1,0.

Moyens pour évaluer les symptômes de TSPT

Échelle de TSPT administrée par le clinicien. L'échelle de TSPT administrée par le clinicien (*Clinician-Administered PTSD Scale* [CAPS]; Blake et coll., 1995) a été utilisée dans plusieurs études (voir Huang et coll., 2006; Huang et coll., 2008; Salgado et coll., 2007; Wolff et coll., 2012; Zlotnick et coll., 2009). La CAPS permet d'évaluer 17 symptômes du TSPT[14] actuels ou ayant été présents au cours de la vie ainsi que l'intensité et la fréquence des symptômes selon une échelle de 5 points (Salgado et coll., 2007) grâce à une entrevue structurée menée par un clinicien ou une clinicienne et qui dure de 45 à 90 minutes environ (Huang et coll., 2006). La CAPS a été utilisée seule ou de concert avec d'autres moyens pour évaluer si les femmes avaient des traumatismes à déclarer et si elles remplissaient les critères d'un TSPT actuel ou passé, autant complet qu'infraliminaire (p. ex. Huang et coll., 2006; Zlotnick et coll., 2009). À l'aide d'un échantillon de non-délinquantes, on a observé des coefficients de Kappa allant de 0,85 à 0,87 pour trois symptômes et un coefficient de 0,94 pour l'ensemble de la mesure (Huang et coll., 2008).

Échelle des symptômes - 90 - révisée. L'échelle des symptômes - 90 - révisée (*Symptom Checklist-90-Revised* [SCL-90-R]; Derogatis, 1994) est un questionnaire d'autoévaluation de 90 énoncés qui permet de mesurer les symptômes psychologiques selon une échelle de 5 points (Cole, Sarlund-Heinrich et Brown, 2007, Harris et coll., 2003). On s'en sert pour mesurer neuf dimensions de symptômes (p. ex. somatisation, trouble obsessionnel-compulsif, anxiété) et trois indices globaux de détresse (Harris et coll., 2003). Elle a montré une fiabilité de test-retest allant de 0,66 à 0,90 auprès d'échantillons de non-délinquantes (Cole et coll., 2007; Harris et coll., 2003). L'instrument ne mesure pas la prévalence du TSPT; on l'utilise plutôt pour analyser la gravité des symptômes (Huang et coll., 2006). On s'en est aussi servi pour évaluer les résultats des programmes de traitement (p. ex. Cole et coll., 2007).

Liste de contrôle des symptômes de traumatisme - 40. La Liste de contrôle des symptômes de traumatisme-40 (*Trauma Symptom Checklist-40* [TSC-40]; Elliot et Briere, 1992) est un questionnaire d'autoévaluation de 40 énoncés qui permet d'évaluer à l'aide d'une échelle de 4 points les symptômes traumatiques des deux derniers mois divisés en six sous-échelles. Elle a été utilisée dans plusieurs études concernant les délinquantes (voir Grella et coll., 2005; Messina et Grella, 2006; Messina et coll., 2007; Salgado et coll., 2007; Zlotnick et coll., 2009).

[14]La CAPS-1 permet d'évaluer le TSPT actuel ou ayant été présent au cours de la vie, alors que la CAPS-2 sert à évaluer l'état des symptômes sur une semaine (National Centre for PTSD, 2007a).

La cohérence interne de la TSC-40 a varié de 0,66 à 0,77 pour les six sous-échelles (anxiété, dépression, dissociation, violence sexuelle, problèmes d'ordre sexuel et troubles du sommeil) et de 0,89 à 0,91 pour la pleine échelle auprès d'un échantillon de non-délinquantes (Grella et coll., 2005). La TSC-40 a été utilisée seule ou de concert avec d'autres moyens pour évaluer si les femmes avaient été exposées à des traumatismes et si elles remplissaient les critères d'un TSPT, autant complet qu'infraliminaire (p. ex. Zlotnick et coll., 2009).

Inventaire des symptômes traumatiques. L'inventaire des symptômes traumatiques (*Trauma Syndrome Inventory* [TSI]; Briere, 1995) permet d'évaluer le niveau des symptômes de traumatisme au moyen d'un questionnaire d'autoévaluation comportant 100 énoncés quant au stress post-traumatique et aux événements traumatisants des six derniers mois. Le TSI comprend trois échelles de validité et dix échelles cliniques (activation anxieuse, dépression, colère/irritabilité, expériences de reviviscence, évitement défensif, dissociation, inquiétudes d'ordre sexuel, comportement sexuel dysfonctionnel, autoréférence dysfonctionnelle, comportement de réduction de tension). Les sous-échelles du TSI se sont avérées très fiables, indiquant un coefficient alpha de Chronbach allant de 0,83 à 0,90 (Roe-Sepowitz, Bedard, Pate et Hedberg, 2012) et de 0,62 à 0,92 pour les sous-échelles (Ward et Roe-Sepowitz, 2009) auprès d'un échantillon de délinquantes. Ce moyen de mesure a été utilisé dans de nombreuses études concernant les délinquantes (p. ex. Bradley et Follingstad, 2003; Cole et coll., 2007; Roe-Sepowitz, Bedard et Pate, 2007; Roe-Sepowitz et coll., 2012; Ward et Roe-Sepowitz, 2009).

Annexe B : Moyens pour évaluer les traumatismes chez les délinquantes

Échelle	Description	Période examinée	Fiabilité	A servi dans
Questionnaire sur les traumatismes subis durant l'enfance (CTQ) - Bernstein et coll. (1994)	- Questionnaire de 28 énoncés qui mesure cinq domaines de la maltraitance des enfants : violence psychologique, violence physique, violence sexuelle, négligence psychologique et négligence physique selon une échelle de 5 points (Clements-Noelle et coll., 2009).	Toute la vie	- Cohérence interne la plus élevée : échelle de la violence sexuelle (médiane α=0,92); la moins élevée : échelle de la négligence physique (médiane α=0,66) (Clements-Noelle et coll., 2009)[a] - Coefficients de cohérence interne de 0,78 et de 0,96 quant à deux sous-échelles (Power et Usher, 2011b)	Chapman et coll. (2005) Clements-Noelle et coll. (2009) Power et Usher (2011b) Walsh et coll. (2012)
Life Stressor Checklist (LSC) - Wolfe et Kimerling (1997) *Life Stressor Checklist–Revised* (LSC-R) - McHugo et coll. (2005)	- Questionnaire d'autoévaluation comportant de 30 à 31 énoncés servant à évaluer les événements traumatisants et stressants de la vie (Courtney et Maschi, 2012; Messina et coll., 2007)	Toute la vie	- Fourchette moyenne de 0,70 quant à la fiabilité du test-retest des différents éléments de l'échelle (Courtney et Maschi, 2012).	Courtney et Maschi (2012) Grella et coll. (2005) Messina et Grella (2006) Messina et coll. (2007) Wolff et coll. (2012)
Trauma History Questionnaire (THQ) - Green (1996)	- Questionnaire d'autoévaluation de 24 énoncés servant à évaluer l'exposition à des événements traumatisants, leur fréquence et l'âge auquel le premier événement a été vécu (Salgado et coll., 2007)	Toute la vie	- Fiabilité de test-retest allant de 0,47 à 1,00 (Komarovskaya et coll., 2011; Sacks et coll., 2008)[a]	Komarovskaya et coll. (2011) Sacks et coll. (2008) Salgado et coll. (2007) Wolff et coll. (2012) Zlotnick et coll. (2009)
Traumatic Life Events Questionnaire - Kubany (2000), Kubany (2004)	- Questionnaire comportant de 21 à 24 énoncés quant à l'exposition à des événements traumatisants, où l'on demande aux participants s'ils ont vécu des événements et la fréquence des événements (Cook et coll., 2005; Eastman et Bunch, 2009; Fournier et coll., 2011)	Toute la vie	- Coefficients de Kappa allant de 0,91 à 1,00 (Huang et coll., 2006; Huang et coll., 2008)	Cook et coll. (2005) Eastman et Bunch (2009) Fournier et coll. (2011) Huang et coll. (2006) Huang et coll. (2008)

[a] Coefficient alpha, fiabilité de test-retest extraite d'études non liées aux délinquantes.

Annexe C : Moyens pour évaluer les symptômes de TSPT chez les délinquantes

Échelle	Description	Période examinée	Fiabilité	A servi dans
Échelle du TSPT administrée par le clinicien (CAPS) - Blake et coll. (1995)	- Les répondants sont évalués dans le cadre d'une entrevue clinique structurée relative aux 17 symptômes de TSPT énoncés dans le DSM-IV (Salgado et coll., 2007)	Toute la vie et moment présent	- Coefficients de Kappa allant de 0,85 à 0,87 pour trois symptômes et de 0,94 pour l'ensemble de la mesure (Huang et coll., 2006 ; Huang et coll., 2008)[a]	Huang et coll. (2006) Huang et coll. (2008) Salgado et coll. (2007) Wolff et coll. (2012) Zlotnick et coll. (2009)
Échelle des symptômes - 90 - révisée (SCL-90-R) - Derogatis (1994)	- Questionnaire d'autoévaluation de 90 énoncés quant à l'état psychologique du moment des répondants selon une échelle de 5 points (Cole et coll., 2007; Harris et coll., 2003)	Symptômes psychologiques du moment	- Fiabilité de test-restest allant de 0,66 à 0,90 (Cole et coll., 2007)[a] - Coefficient alpha allant de 0,77 à 0,90 (Harris et coll., 2003)[a]	Cole et coll. (2007) Harris et coll. (2003) Huang et coll. (2006)
Liste de contrôle des symptômes de traumatisme - 40 (TSC-40) - Elliott et Briere (1992)	- Questionnaire d'autoévaluation de 40 énoncés servant à évaluer les symptômes de traumatisme selon une échelle de 4 points. Il compte 6 sous-échelles (anxiété, dépression, dissociation, violence sexuelle, problèmes d'ordre sexuel et troubles du sommeil) (Grella et coll., 2005; Messina et Grella, 2006)	Deux derniers mois	- Coefficients alpha des sous-échelles allant de 0,66 à 0,77 - Coefficients alpha de la pleine échelle allant de 0,89 à 0,91 (Grella et coll. 2005)[a]	Grella et coll. (2005) Messina et Grella (2006) Messina et coll. (2007) Salgado et coll. (2007) Zlotnick et coll. (2009)
Inventaire des symptômes traumatiques (TSI) - Briere (1995)	- Dix échelles cliniques, dont : activation anxieuse, dépression, colère/irritabilité, expériences de reviviscence, évitement défensif, dissociation, inquiétudes d'ordre sexuel, comportement sexuel dysfonctionnel, autoréférence dysfonctionnelle (Bradley et Follingstad, 2003) - Questionnaire d'autoévaluation de 100 énoncés quant au stress post-traumatique et aux événements traumatisants selon une échelle de	Six derniers mois	- Coefficients alpha des sous-échelles allant de 0,83 à 0,90 (Roe-Sepowitz et coll., 2012) - Coefficients alpha des sous-échelles allant de 0,62 à 0,92 (Ward et Roe-Sepowitz, 2009)	Bradley et Follingstad (2003) Cole et coll. (2007) Roe-Sepowitz et coll.(2007) Roe-Sepowitz et coll. (2012) Ward et Roe-Sepowitz (2009)

	4 points (National Centre for PTSD, 2007b; Norris et Hamblen, 2004).			

[a] Coefficient alpha, fiabilité de test-retest extraite d'études non liées aux délinquantes.