Enquête sur les pratiques et mesures de soutien en santé mentale pour les personnes réfugiées réinstallées au Québec

Consultation des acteurs terrain

RAPPORT PRÉSENTÉ AU
MINISTÈRE DE L'IMMIGRATION, DE LA FRANCISATION ET DE L'INTÉGRATION

OCTOBRE 2021

CERDA
Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile

Québec

Ce document présente les données recueillies dans le cadre de l'*Enquête sur les pratiques et mesures de soutien en santé mentale pour les personnes réfugiées réinstallées au Québec.* Cette étude a été réalisée par le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, pour le compte du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration.

COORDINATION ET RÉDACTION

Mélanie M. Gagnon, Ph.D.
Responsable de la coordination, CERDA

RECHERCHE ET RÉDACTION

Haoua Caroline Coulibaly, M.Sc.
Professionnelle de recherche et de mobilisation des connaissances, CERDA

Tamar Wolofsky, M.Sc.
Professionnelle de recherche et de mobilisation des connaissances, CERDA

Annie Jaimes, Ph.D.
Chercheure postdoctorale, Centre de recherche pour les réfugiés, Université York
Chercheure praticienne, Institut Universitaire SHERPA

ANALYSE ET RÉDACTION

Mehdi Azri, M.Sc.
Agent de recherche, CERDA

Gneninfolo Lazar Coulibaly, M.Sc.
Professionnel de recherche, CERDA

Salima Massoui, Ph.D.
Professionnelle de recherche et de mobilisation des connaissances, CERDA

RÉDACTION ET MISE EN PAGE

Noémie Trosseille, M.Sc.
Chargée de projets, CERDA

RÉVISION ET VALIDATION

Christiane Montpetit, Ph.D.
Coordonnatrice cadre, Direction des affaires académiques et de l'éthique de la recherche, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Avec la participation financière de :

Québec

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Citation suggérée

Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) (2021). *Enquête sur les pratiques et mesures de soutien en santé mentale pour les personnes réfugiées réinstallées au Québec. Consultation des acteurs terrain.* Rapport rédigé par Mélanie M. Gagnon, Haoua Caroline Coulibaly, Tamar Wolofsky, Annie Jaimes, Mehdi Azri, Gneninfolo Lazar Coulibaly, Salima Massoui et Noémie Trosseille. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Québec. 135p.

Notes

Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement tous les membres du comité consultatif qui nous ont accompagné dans les différentes étapes de ce projet et qui représentaient neuf des quatorze organismes communautaires mandatés par le MIFI pour l'accueil et la réinstallation des personnes réfugiées : Fouzia Benelhadj Djelloul (IntroDrummondville), Frey Guevara (Solidarité ethnique régionale de la Yamaska-SERY), Carole Charvet (Carrefour d'intercultures de Laval), Mariam Kabalan (Centre social d'aide aux immigrants-CSAI), Mercedes Orellana, Fadila Saidi et Karyna Enriquez (Service d'aide aux Néo-Canadiens de Sherbrooke-SANC), Noura El Hattak (Service d'accueil des nouveaux arrivants-SANA), Olga Tsegelnyk (Centre d'orientation et formation favorisant les relations ethniques traditionnelles-COFFRET), Jubilee Laraguibel (Maison de la famille des Maskoutains) et Cindy Bélisle (Accueil et intégration Bas Saint Laurent).

Nous souhaitons exprimer notre reconnaissance aux praticiennes et chercheures membres du comité consultatif pour leur précieux temps et leurs commentaires constructifs : Annie Jaimes, psychologue et chercheure postdoctorale au Centre de recherche pour les réfugiés de l'Université York, Rachel Kronick, pédopsychiatre à l'Hôpital Général Juif de Montréal et professeure au département de psychiatrie de l'Université McGill, Garine Papazian-Zohrabian, psychologue et professeure au département de psychopédagogie et d'andragogie de l'Université de Montréal ainsi que Caterina Mamprin, coordonnatrice de l'équipe de recherche interdisciplinaire sur les familles réfugiées et demandeuses d'asile.

Nous aimerions aussi remercier Edwige Lafortune, agente de recherche au CERDA, pour son aide dans la gestion du questionnaire en ligne ainsi qu'Émilie Lemire pour son travail de transcription des verbatimes.

Un grand merci à toutes les personnes avec qui nous nous sommes entretenus ; chacun de leurs témoignages a contribué à éclairer notre regard et notre compréhension de la réalité de leur travail auprès des personnes réfugiées réinstallées au Québec. Nous savons que leur temps est précieux et sur-sollicité et sommes donc grandement reconnaissants de nous avoir partagé leur expérience. Merci aussi à tous les participants ayant répondu au questionnaire en ligne et ainsi contribué à ce projet.

Finalement, nous tenons à souligner la collaboration du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration et son soutien dans la réalisation de ce projet.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements 4
Table des matières 5
Liste des sigles et abréviations 8
Liste des figures 9
Définitions 10
Introduction 13
Chapitre 1 – Recension d'écrits 17
1.1. La santé mentale des personnes réfugiées nouvellement réinstallées 17
1.1.1. Parcours migratoire, bien-être et santé mentale des personnes réfugiées 17
1.1.2. Les facteurs de risque et de protection en phase post-migratoire 20
1.1.3. L'état de santé des personnes réfugiées 23
1.2. Les pratiques prometteuses en matière de santé mentale pour les réfugiés 26
1.2.1. De l'évaluation à l'intervention 27
1.2.2. Un modèle pyramidal par phase adapté en contexte de réinstallation 29
1.2.3. Deux approches transversales complémentaires au modèle pyramidal 32
1.2.4. Le travail en collaboration 35
1.2.5. Interprétation 35
1.2.6. Le soutien aux intervenants qui accompagnent les personnes réfugiées 37
1.3. Les pratiques et les mesures de soutien en santé mentale au Québec 39
1.3.1. Quelques chiffres sur l'accueil de réfugiés au Québec 39
1.3.2. Des services spécifiquement mandatés pour l'accueil des personnes réfugiées 41
1.3.3. D'autres ressources offrant du soutien psychosocial et en santé mentale 43
Chapitre 2 – Résultats de la démarche d'enquête de terrain 49
2.1. Profil sociodémographique 49
2.1.1. Participants au questionnaire en ligne 49
2.1.2. Participants aux entrevues semi-dirigées 52
2.2. La santé mentale des personnes réfugiées vue par les intervenants 53
2.2.1. Le parcours migratoire interrogé par les intervenants 53
2.2.2. Les difficultés vécues au Québec 55
2.2.3. L'état de santé des personnes réfugiées rapporté par les intervenants 60
2.3. L'offre de services décrite par les intervenants 65

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

2.3.1. Les mandats identifiés 66
2.3.2. Les services prodigués 66
2.3.3. Les défis d'accessibilité de l'intervention 71
2.4. Les pratiques facilitantes rapportées par les intervenants 83
2.4.1. L'intérêt des intervenants pour cette population 84
2.4.2. L'utilisation de services d'interprétation 85
2.4.3. La création d'un lien de confiance 86
2.4.5. Les collaborations intra et inter-institutions 91
Chapitre 3 – Discussion 97
3.1. Remise en contexte 98
3.2. Une offre de services spécifique aux personnes réfugiées 99
3.2.1. La stabilisation des besoins de base et de la sécurité 99
3.2.2. Le soutien psychosocial 100
3.2.3. Les interventions en santé mentale 100
3.3. Les éléments contraignant et facilitant l'intervention 101
3.3.1. La complexité des besoins 102
3.3.2. Les barrières linguistiques et culturelles 102
3.3.3. La consolidation du lien de confiance 103
3.3.4. Le manque de services spécialisés en santé mentale 104
3.3.5. Les limites des mandats 105
3.4. Les limites de la présente enquête 105
Chapitre 4 – Recommandations 107
Recommandation 1 107
Bonifier l'offre de services psychosociaux et en santé mentale pour les personnes réfugiées afin de favoriser une prise en charge plus adaptée auprès de cette clientèle. 107
Recommandation 2 108
Promouvoir le bien-être et le soutien à la santé mentale par le biais d'activités psychosociales destinées aux personnes réfugiées et d'un soutien financier conséquent pour la mise en place de ce type activités. 108
Recommandation 3 108
Soutenir le développement professionnel de l'ensemble des intervenants exerçant auprès des personnes réfugiées, par le biais de modalités communes et de modalités spécifiques à des secteurs d'activités. 108

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Recommandation 4 109

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes réfugiées sur leur propre santé mentale en développant, traduisant et diffusant des modalités de transfert de connaissance inspirées de l'approche usager partenaire. 109

Recommandation 5 111

Mobiliser les partenaires en vue d'accroître les collaborations interministérielles et intersectorielles 111

Recommandation 6 112

Mettre en place un système de cueillette systématique des données sur la santé mentale et physique des personnes réfugiées. 112

Recommandation 7 112

Soutenir des projets de recherche afin de contribuer au développement des connaissances sur des sous-groupes de personnes réfugiées plus vulnérables. 112

Recommandation 8 113

Sensibiliser le grand public à la réalité et aux besoins des personnes réfugiées réinstallées au Québec 113

Bibliographie 115

Annexe 1 131

Démarches d'enquête de terrain 131

Démarche quantitative 131

Démarche qualitative 132

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AMEIPH	Association multiethnique pour l'intégration des personnes handicapées
CCR	Conseil canadien pour les réfugiés
CDAR	Clinique des demandeurs d'asile et des réfugiés
CERDA	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile
CISR	Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugié
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CPI	Comité permanent inter-organisations
CRMSM	Centre de ressources multiculturelles en santé mentale
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition
EMDR	Eye Movement Desensitization & Reprocessing (Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires)
ETMISSS	Évaluation des technologies et modes d'intervention en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MHPSS	Mental Health and Psychosocial Support (Soutien psychosocial et intervention en santé mentale)
MIFI	Ministère de l'Immigration de la Francisation et de l'Intégration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OMS	Organisation mondiale de la santé
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
PRAIDA	Programme régional d'accueil et d'intégration des demandeurs d'asile
PSP	Premier secours psychologique
RAMQ	Régie d'Assurance Maladie du Québec
RPCE	Réfugiés pris en charge par l'État
RIVO	Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée
RSSS	Réseau de la santé et des services Sociaux
SAPSIR	Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés
TEN	Thérapie d'exposition narrative
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiés)

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

LISTE DES FIGURES

Figure 1 - Parcours migratoire : vécus et conséquences sur la santé mentale....19
Figure 2 - Modèle pyramidal – Intervention de soutien psychosocial et en santé mentale....33
Figure 3 - Nombre de personnes réfugiées accueillies au Québec de 2014 à 2020, par catégorie....40
Figure 4 - Villes mandatées par le MIFI pour l'accueil de réfugiés....41
Figure 5 - Répartition des répondants au questionnaire, par fonction (%)....49
Figure 6 - Milieux de travail des répondants au questionnaire (%)....50
Figure 7 - Répartition des répondants selon la ville de travail (%)....51
Figure 8 - Langues parlées par les répondants au questionnaire, autre que le français (%)51
Figure 9 - Proportion de participants selon la tranche d'âge de la clientèle desservie (%)...52
Figure 10 - Répartition des participants aux entrevues, par fonction (n)....53
Figure 11 -Fréquence des vécus relevés par les répondants au questionnaire au sein de leur clientèle réfugiée (%)....54
Figure 12 - Fréquence des difficultés rapportées par les répondants chez leur clientèle réfugiée (%)....55
Figure 13 - Proportion de la clientèle ayant présenté des besoins de santé mentale au cours des 3 dernières années, selon les répondants au questionnaire et par milieu (%)....61
Figure 14 - Fréquence des symptômes de détresse rencontrés par la clientèle réfugiée, selon les répondants au questionnaire (%)....62
Figure 15 - Proportion de répondants estimant que sa clientèle réfugiée nécessite une référence vers un service spécialisé en santé mentale (%)....65
Figure 16 - Principaux mandats assignés aux milieux de travail des répondants (%)....66
Figure 17 - Proportion de répondants par milieu offrant des services psychosociaux et de santé mentale (%)....67
Figure 18 - Pourcentage de participants selon le type de services psychosociaux offerts aux personnes réfugiées (%)....68
Figure 19 - Tableau du nombre de participants offrant des services psychosociaux et en santé mentale aux personnes réfugiées selon leur groupe d'âge....69
Figure 20 - Pourcentage de participants par type de services de santé mentale offerts aux personnes réfugiées (%)....70
Figure 21 - Fréquence rapportée d'interventions des répondants au questionnaire en santé mentale (%)....70
Figure 22 - Pourcentage des participants ayant abordé les sujets selon les rencontres (%) 71
Figure 23 - Utilisation de services d'interprétation par les répondants au questionnaire (%)....72
Figure 24 - Pourcentage des répondants ayant reçu des formations en santé mentale / soutien psychosocial et en intervention interculturelle, par milieu de travail (%)....78
Figure 25 - Services vers lesquels les répondants réfèrent leurs clients réfugiés (%)....94

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

DÉFINITIONS

Réfugié. Le concept de réfugié traduit, en premier lieu, la reconnaissance que certaines personnes à travers le monde vivent des persécutions ou des conflits qui menacent leur vie. Fuyant diverses situations d'extrêmes violences, ces personnes cherchent refuge dans un autre pays. Les personnes réfugiées sont protégées par le droit international, selon la Convention de Genève relative au statut des réfugiés. Depuis 1951, cet accord international définit officiellement le terme « réfugié », incluant toute personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays » (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés, 2007). Le Canada est signataire de cet accord depuis 1969. Les personnes réfugiées qu'il accueille ont été 1) sélectionnées à l'étranger par l'entremise d'un programme de réinstallation ou 2) reconnues sur place à la suite d'une demande d'asile.

Programme de réinstallation. Le programme de réinstallation relève du Haut-Commissariat des Nations-Unies pour les Réfugiées (UNHCR) afin d'offrir une solution durable aux personnes réfugiées. Les trois principaux pays de réinstallation sont les États-Unis, le Canada et l'Australie qui, dans les vingt dernières années, ont offert la résidence permanente à 84,5 % de tous les réfugiés réinstallés dans le monde (UNHCR, 2020). Au Canada, le programme de réinstallation comprend les réfugiés pris en charge par l'État (RPCE) et les réfugiés parrainés par le privé (IRCC, 2007). Pendant un an, ces personnes sont soutenues financièrement par le gouvernement du Canada (ou du Québec lorsque leur destination finale est cette province) pour les premiers, et par leur groupe de parrainage pour les seconds. Au Québec, ces personnes bénéficient de la couverture de santé fournie par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec (RAMQ).

Demande d'asile. Certaines personnes arrivent au Canada par leurs propres moyens et déposent une demande d'asile à leur entrée sur le territoire, afin de revendiquer le statut de réfugié. Elles doivent alors présenter les preuves qui font d'elles des personnes réfugiées au sens de la Convention, lors d'une audience à la Commission de l'Immigration et du Statut de Réfugiés (CISR). Si leur demande est acceptée, elles pourront alors présenter une demande de résidence permanente à titre de personne

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

protégée au Canada. Durant l'examen de leur demande, ces personnes sont couvertes par le Programme Fédéral de Santé Intérimaire (PFSI) du gouvernement du Canada.

Bien-être psychologique. Selon l'Organisation mondial de la santé (OMS), « le bien-être fait référence au plaisir, au bonheur vécu et aux capacités d'adaptation de l'individu. Ces capacités peuvent être liées à son sentiment de contrôle sur sa vie et aux relations interpersonnelles positives qu'il entretient avec les gens qui l'entourent ainsi qu'à sa santé mentale » (OMS, 2012). Cette définition dit que le bien-être et la santé sont des concepts interactifs : la santé influence le bien-être général, mais le bien-être affecte également la santé future (Papazian-Zohrabian et al., 2018). D'autres auteurs considèrent le bien-être, non pas comme l'absence de psychopathologie, mais plutôt comme le résultat de la prévalence des facteurs de protection sur les facteurs de risque (Morrison et al., 2009).

Santé mentale. L'OMS définit la santé mentale comme étant : « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, faire face au stress normal de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » (OMS, 2013). Selon le Comité de santé mentale du Québec, la santé mentale est un état d'équilibre psychique d'une personne, à un moment donné, résultant d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels (incluant les facteurs culturels) (INSPQ, 1994). La santé mentale n'est donc pas l'absence de psychopathologie, mais plutôt un état de l'être humain qui varie en fonction des caractéristiques personnelles et contextuelles. Par conséquent, ce n'est pas la présence ou l'absence d'un diagnostic de psychopathologie qui va définir ou décrire la santé mentale d'une personne.

Soutien psychosocial et en santé mentale. En anglais, l'expression Mental Health and Psychological Support (MHPSS), réfère à un large continuum de soins et d'interventions visant à promouvoir le bien-être de manière globale, à prévenir l'émergence des troubles de santé mentale et à soigner les personnes qui en souffrent (UNHCR, 2015). Ce continuum implique de nombreux acteurs dont la complémentarité des approches permet un soutien optimal (CPI, 2017). Également, il suggère de prendre en compte la connexion entre les problèmes de santé mentale, psychologiques, et sociaux, surtout dans le domaine de protection des réfugiés (Im et al., 2020).

Trauma. En grec, le mot « trauma » signifie « blessure ». En médecine, la notion de trauma est utilisée quand le corps est attaqué et endommagé par une force si puissante que ses

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

protections naturelles sont incapables de le défendre et de faire face à l'atteinte sans aide médicale. Freud a été le premier à utiliser le terme « blessure psychique », par analogie à la « blessure physique ». Le trauma fait donc référence à un événement vécu inattendu, autrement dit un événement potentiellement traumatique (expérience personnelle ou exposition directe à la mort, la blessure grave, ou la violence sexuelle) (APA, 2013; Bonanno et al., 2011). Le trauma déclenche une perception de menace à la vie par le sentiment d'atteinte à l'intégrité physique, psychologique ou spirituelle de la personne, de ses proches ou de sa communauté. En réponse, le trauma déclenche aussi une réaction de survie qui accable les capacités d'une personne de réagir et d'intégrer les émotions vécues lors de l'expérience (Klinic Community Health Center, 2013). Cette réaction est appelée un traumatisme.

Traumatisme. C'est la réaction naturelle et adaptative de l'individu à un trauma, ou événement potentiellement traumatique. Le traumatisme est intimement associé à la personne car il constitue son mode de fonctionnement en réponse à l'exposition au trauma. Le traumatisme se manifeste par un état d'activation intense (la réaction de survie) qui vient affecter le fonctionnement global de la personne notamment dans sa relation à son environnement (social, familial, communautaire, etc.). Dès lors, l'origine du stress devient maintenant internalisée. Néanmoins, il est important de noter que le passage du trauma au traumatisme n'est pas déterminé par la nature de l'événement, mais par l'évaluation subjective de la personne qui y est confrontée et de la qualité du processus adaptatif qui suit (Taïeb et al., 2004). Ainsi, toute personne ayant subi un trauma n'a pas nécessairement de traumatisme.

Les personnes réfugiées vivent divers événements potentiellement traumatiques durant leur parcours migratoire (p.ex.: exposition à la guerre, violence sexuelle, pertes et deuils, torture, catastrophe naturelle, etc.) qui risquent d'engendrer des difficultés ayant un impact sur leur bien-être et leur santé mentale. Étant donné la complexité des vécus et de la singularité de chaque personne, chacun aura besoin d'un soutien psychosocial ou d'intervention en santé mentale adapté à sa situation.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

INTRODUCTION

Chaque année, le Canada s'engage à accueillir des personnes déplacées en quête de sécurité et de protection par l'entremise de son programme de réinstallation des réfugiés[1]. Dans le cadre de ce programme, le Québec accueille environ un cinquième de ces personnes venant au Canada, ce qui représente en moyenne 5 700 personnes réfugiées chaque année, depuis 5 ans (IRCC, 2021). Parmi les réfugiés réinstallés en 2019[2], 1 205 (25%) ont été pris en charge par le gouvernement et 3 610 (75%) ont été parrainés par le secteur privé (IRCC, 2021). La réinstallation d'un tel nombre de personnes mobilise le gouvernement québécois, notamment le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), dont les efforts conjoints visent à assurer la pleine intégration de ces nouveaux citoyens.

Problématique. L'intégration des personnes réfugiées réinstallées est grandement influencée par leur bien-être[3] et leur santé mentale[4] (Carswell et al., 2011; Chu et al., 2013; Kronick, 2018a; Li et al., 2016; Porter & Haslam, 2005a). Or cette population est considérée comme étant vulnérable sur ce plan car elle affiche des taux de dépression, de troubles de stress post-traumatique (TSPT) et de symptômes somatiques plus élevés que la population canadienne (Kirmayer et al., 2011a). Certes, la santé mentale des personnes réfugiées est tributaire des traumas[5] vécus dans le pays d'origine, qui sont généralement de l'ordre de la persécution et qui justifient leur statut au Canada. De plus, bien que leur santé mentale soit souvent fragilisée par des difficultés rencontrées durant le transit et l'attente incertaine d'un pays de réinstallation, elle est davantage influencée par les conditions de vie dans le pays d'accueil, qui ont le potentiel de la dégrader ou de la renforcer (Agic et al., 2019; Davidson & Carr, 2010; Hynie, 2018). Dès lors, leur accès à du soutien psychosocial et en santé mentale[6] est d'une importance capitale.

---

[1] Voir les définitions de « réfugié » et « programme de réinstallation » dans la section Définition des concepts.

[2] Étant donné que le contexte de pandémie de la COVID-19 a chamboulé les flux migratoires depuis le début de l'année 2020, nous présentons les chiffres de 2019, qui sont plus représentatifs de la réalité de l'accueil de personnes réfugiées au Québec et au Canada.

[3] Voir la définition de « bien-être psychologique » dans la section Définition des concepts.

[4] Voir la définition de « santé mentale » dans la section Définition des concepts.

[5] Voir la définition de « trauma » dans la section Définition des concepts.

[6] Voir la définition de « soutien psychosocial et en santé mentale » dans la section Définition des concepts.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Au Québec, les personnes réfugiées sont réinstallées dans l'une des quatorze villes d'accueil[7] désignées par le MIFI à travers la province (MICC, 2013). Chacune de ces villes comporte un organisme communautaire chargé d'accueillir et d'accompagner les personnes dès leur arrivée ainsi qu'une équipe de santé des réfugiés mandatée par le MSSS afin d'évaluer leurs besoins de santé physique et psychosociale et de les orienter vers des ressources appropriées (MSSS, 2018). Ensemble, les intervenants[8] de ces deux services spécifiquement mandatés pour desservir cette population sont aux premières loges des difficultés de santé mentale que peuvent vivre les personnes réfugiées. S'ils fournissent des services psychosociaux à cette population, ils sont également la porte d'entrée vers des services plus spécialisés en santé mentale, lorsque les besoins sont plus sévères.

Pourtant, malgré le fait qu'elles aient accès à de tels services en vertu de leur couverture de santé de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les personnes réfugiées utilisent moins les services de santé et les services sociaux que la population canadienne (Kirmayer et al., 2011a; Thompson et al., 2018), particulièrement les services de santé mentale (Gouvernement du Canada, 2021; Kanagaratnam et al., 2017). Cet état des lieux montre donc que l'accès des personnes réfugiées à du soutien psychosocial et en santé mentale mérite une réflexion approfondie afin de suggérer des améliorations dont les retombées ultimes sont de faciliter l'intégration des personnes réfugiées à la société québécoise.

Mandat. Le Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal appuie les efforts concertés au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour favoriser l'établissement des personnes réfugiées et en demande d'asile au Québec. Le CERDA a notamment pour mandat de soutenir les 14 équipes de santé des réfugiés réparties sur le territoire des onze CISSS et CIUSSS mandatés par le MSSS. Il endosse également un rôle de conseiller auprès du MSSS et contribue au rayonnement de l'expertise québécoise aux niveaux provincial, national et international.

[7] Quatorze villes ont été désignées par le MIFI pour accueillir les personnes réfugiées à travers la province. Il s'agit de : Drummondville, Gatineau, Granby, Joliette, Laval, Longueuil, Montréal, Québec, Rimouski, Sherbrooke, St-Hyacinthe, St-Jérôme, Trois-Rivières et Victoriaville.

[8] Dans le but d'assurer une cohérence et une uniformité d'interprétation, l'utilisation du terme « intervenant » fait référence à toute personne qui offre des services psychosociaux ou de santé mentale, quel que soit son titre professionnel (intervenant social, infirmier, travailleur social, conseiller, psychologue, etc.) et son milieu de travail (organismes communautaires, RSSS, pratique privée, etc.).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre d'un mandat du MIFI concernant l'accueil et le bien-être des personnes réfugiées récemment arrivées au Québec. En mars 2020, le MIFI a confié au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et au CERDA la responsabilité de réaliser un projet portant sur le bien-être et la santé mentale des personnes réfugiées afin d'épauler les organismes communautaires qui facilitent l'intégration de ces dernières au Québec. Plus précisément, ce projet sur le bien-être et la santé mentale des personnes réfugiées récemment réinstallées comporte deux volets :

Volet 1 – La réalisation d'une recension des pratiques et des mesures de soutien en santé mentale pour les personnes réfugiées, en portant une attention particulière au Québec ;

Volet 2 – Le développement et l'offre d'activités de transfert de connaissances sur l'accompagnement de personnes réfugiées, notamment celles ayant vécu des événements traumatiques afin de soutenir les intervenants dans leur pratique, tout en prévenant la fatigue de compassion et le traumatisme vicariant.

Présentation du rapport. Ce rapport porte spécifiquement sur le premier volet du projet et vise à dresser un portrait des pratiques et des mesures de soutien en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec. Il comporte quatre objectifs :

1) Recenser les écrits relatifs aux parcours migratoires, aux traumatismes pré, péri et post-migratoires, à l'accès aux soins de santé et aux pratiques prometteuses en santé mentale ;
2) Présenter les pratiques et les mesures de soutien actuelles en santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec ;
3) Identifier les défis de l'intervention ainsi que les pratiques facilitantes en santé mentale pour les personnes réfugiées, à partir du point de vue des acteurs clés ;
4) Formuler des recommandations pour le MIFI et ses collaborateurs sur le développement de bonnes pratiques d'intervention en santé mentale pour les personnes réfugiées.

La démarche méthodologique, entamée à l'automne 2020 et conclue à l'été 2021, était composée d'une recension d'écrits portant sur la santé mentale des personnes réfugiées et leur accès à des services dans les principaux pays de réinstallation ainsi que de deux enquêtes de terrain complémentaires et portant spécifiquement sur le contexte québécois, soit un questionnaire en ligne et des entrevues semi-dirigées auprès d'intervenants et de

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

gestionnaires des différents milieux ciblés (**Erreur! Source du renvoi introuvable.**). Aux différentes étapes de sa réalisation, la démarche méthodologique a été orientée et validée par un comité consultatif composé de représentants des organismes communautaires mandatés par le MIFI ainsi que des praticiens-chercheurs du milieu académique et pratiquant en santé mentale en contexte interculturel.

Le présent rapport se découpe en quatre chapitres. Les deux premiers chapitres présentent les résultats de la recension d'écrits et les résultats combinés des enquêtes de terrain. Ensemble, ils tentent de transmettre la complexité des enjeux de santé mentale auxquels peuvent faire face les personnes réfugiées ainsi que les pratiques actuelles qui entravent ou facilitent leur accès au soutien psychosocial et en santé mentale. Le troisième chapitre est une discussion qui, mettant en dialogue les résultats des deux premiers chapitres, dresse la table pour le quatrième et dernier chapitre de recommandations formulées par le CERDA.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

CHAPITRE 1 – RECENSION D'ÉCRITS

La recension d'écrits fait état de travaux scientifiques ainsi que de sources de la littérature grise telles que des guides de pratique ou des rapports gouvernementaux et non-gouvernementaux. La recherche documentaire a été effectuée dans cinq bases de données bibliographiques (PubMed, PsychINFO, Proquest, Google Scholar et SAGE journals). Les documents sélectionnés ont été publiés entre 2000 et 2021 et étaient disponibles en français ou en anglais.

Cette section présente tout d'abord les enjeux liés au parcours migratoire des personnes réfugiées et décrit comment les différentes phases peuvent affecter leur état de santé. Plus spécifiquement, nous abordons les facteurs de risque et de protection communément documentés en contexte post-migratoire. Puis nous résumons la littérature épidémiologique sur la santé mentale des personnes réfugiées. Dans un second temps, la recension fait le point sur des pratiques prometteuses utilisées afin d'offrir des services de santé mentale plus adaptés aux personnes réfugiées. Finalement, une troisième partie présente les pratiques et les mesures de soutien en santé mentale pour les personnes réfugiées réinstallées au Québec.

1.1. LA SANTÉ MENTALE DES PERSONNES RÉFUGIÉES NOUVELLEMENT RÉINSTALLÉES

Les événements vécus durant le parcours migratoire ainsi que les conditions de vie qui caractérisent leurs déplacements contribuent à fragiliser la santé physique et mentale des personnes réfugiées. Également, l'accueil qu'elles reçoivent ainsi que les difficultés de la réinstallation dans un nouveau pays peuvent exacerber les problématiques antérieures, contribuer au développement de nouvelles problématiques ou, au contraire, apaiser les souffrances. Cette section présente un portrait des facteurs qui influencent l'état de santé des personnes réfugiées.

1.1.1. Parcours migratoire, bien-être et santé mentale des personnes réfugiées

Le parcours migratoire peut être décrit en trois phases distinctes qui ont chacune des répercussions sur le bien-être et la santé mentale des personnes réfugiées. Malgré la diversité des parcours, mieux connaître certains enjeux présentés à chaque phase et ses facteurs qui influencent la santé mentale permet d'orienter les interventions auprès des personnes réfugiées.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

La phase pré-migratoire concerne généralement l'expérience des personnes dans le pays d'origine ou, du moins, avant la période de migration forcée. De par la définition même de la Convention de Genève relative au statut de réfugié, les personnes réfugiées sont susceptibles d'avoir vécu des événements potentiellement traumatiques ayant compromis leur sécurité ou celle de leurs proches : violence organisée, guerre, torture, enlèvement, détention, violences à caractères sexuels, esclavage sexuel, deuils, perte de proches, de repères ou de biens. Ces événements sont à l'origine de la migration.

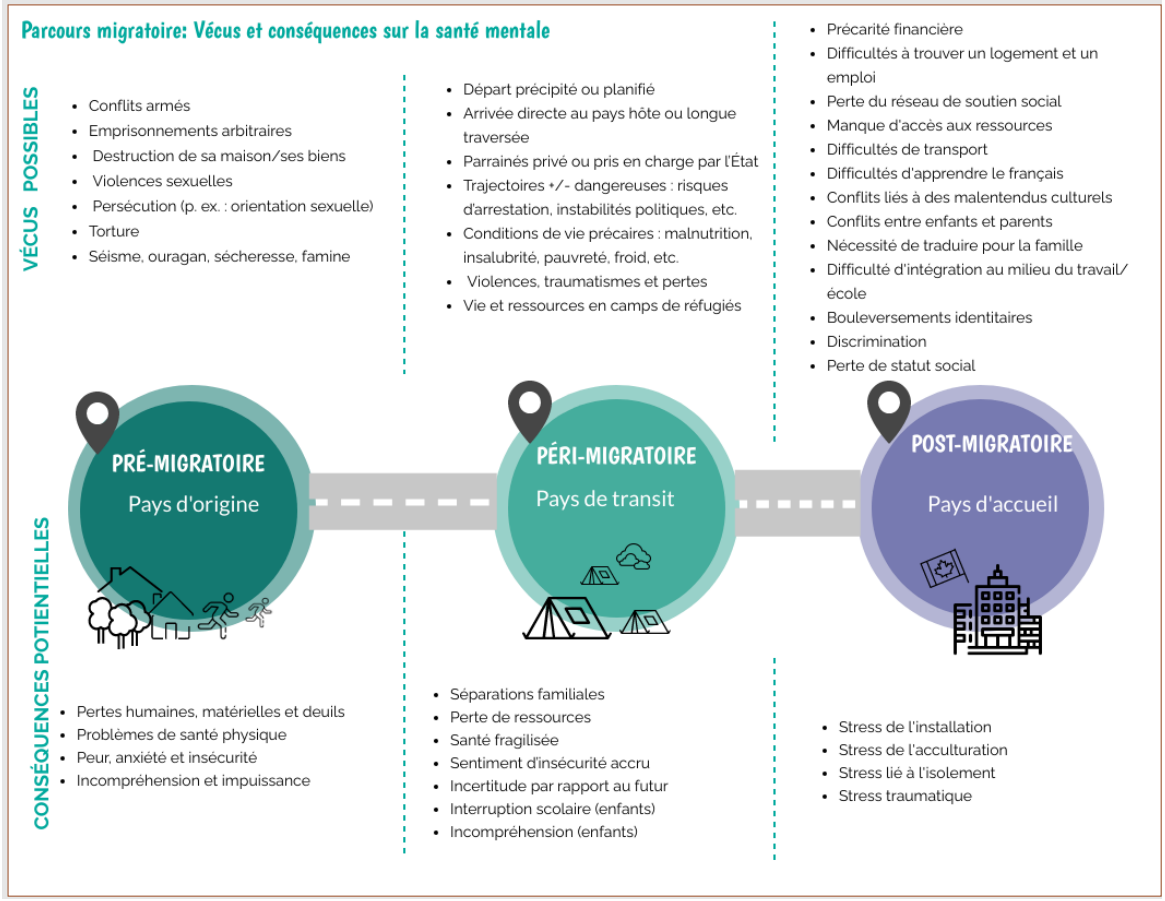
La phase péri-migratoire concerne la période de transit, c'est-à-dire entre le pays d'origine et le pays de réinstallation définitive. Les circonstances difficiles que les personnes peuvent traverser durant cette phase sont également des événements potentiellement traumatiques : départ précipité, vie en camp de réfugiés ou en centre de détention, conditions de déplacement et de vie précaires, durée du transit, séparation familiale, etc. Par exemple, Hassan et collaborateurs (Hassan et al., 2015) indiquent qu'un grand nombre de réfugiés syriens a été confronté à de multiples atteintes à leurs droits fondamentaux lors de leur exil. Notamment, l'accès limité à la nourriture, à l'eau potable, aux installations sanitaires, au logement, aux soins de santé et à l'éducation a eu un impact dévastateur sur cette population.

La phase post-migratoire réfère à la période de réinstallation dans un pays d'accueil. Même si l'arrivée dans un pays d'accueil favorise le rétablissement d'une certaine sécurité, le processus d'adaptation peut lui-même être source de stress, de déception et, parfois, être vécu comme un événement traumatique en soi (Lewig et al., 2010) : barrières linguistiques, perte de ses repères, isolement social, séparations familiales, logement inadéquat, déclassement professionnel, difficultés à trouver un emploi, précarité financière, inaccessibilité des transports en commun, discrimination, etc. (Kirmayer et al., 2011b; Li et al., 2016; McKeary & Newbold, 2010a; Porter & Haslam, 2005a; Pottie, Greenaway, Feightner, Welch, Swinkels, Rashid, Narasiah, Kirmayer, Ueffing, MacDonald, Hassan, McNally, Khan, Buhrmann, Dunn, Dominic, McCarthy, Gagnon, Rousseau, Tugwell, et al., 2011; Rousseau & Frounfelker, 2019a; Thomson et al., 2015).

La Figure 1 récapitule les différents vécus possibles et leurs conséquences potentielles sur la santé mentale des personnes réfugiées.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Figure 1 - Parcours migratoire : vécus et conséquences sur la santé mentale



L'accumulation des traumas tout au long du parcours migratoire fragilise la santé mentale des personnes réfugiées. Cela dit, la littérature suggère que les conditions post-migratoires auraient des conséquences plus importantes sur la santé mentale des personnes que le vécu pré-migratoire, dans la mesure où elles ont le potentiel d'exacerber les traumatismes passés autant que de les atténuer (Agic et al., 2019; Hynie, 2018; Li et al., 2016). Ces conditions, aussi appelées déterminants sociaux de la santé, se déclinent aux niveaux socioéconomique, social et interpersonnel, structurel et sociodémographique. Elles prennent la forme de facteurs de risque et de facteurs de protection et font l'objet de la section suivante.

Facteurs de risque : ensemble des caractéristiques biologiques, psychologiques, familiales, communautaires ou culturelles qui fragilisent le bien-être des personnes et les rend vulnérable au développement de troubles de santé mentale (CAMH, 2012).

Facteurs de protection : ensemble des caractéristiques internes ou externes qui permettent de réduire la probabilité que des troubles se développent, ou qui diminuent l'impact néfaste des facteurs de risque (CAMH, 2012).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

1.1.2. Les facteurs de risque et de protection en phase post-migratoire

La migration forcée implique souvent de nombreuses pertes sur les plans personnel, social et matériel, et l'arrivée dans un nouveau pays peut être considérée comme une période d'adaptation pendant laquelle les personnes réfugiées doivent retrouver des repères dans un environnement qu'elles ne maitrisent pas (Berry, 1997). En phase post-migratoire, plusieurs facteurs influencent leur expérience sur le court et le long terme (Agic et al., 2019).

Des facteurs socioéconomiques. À leur arrivée dans le pays d'accueil, les personnes réfugiées peuvent être dans une situation de précarité financière, non seulement parce que le parcours migratoire a pu décimer leurs économies (Hynie, 2018), mais aussi parce qu'elles peuvent faire face à des difficultés pour trouver un emploi adéquat : barrière de la langue, reconnaissance des diplômes, sous-qualification ou sur-qualification, discrimination, etc. (Farahani et al., 2021; Li et al., 2016). D'ailleurs, des études montrent que les personnes réfugiées présentent des taux plus élevés de sous-emploi et de chômage que les populations des pays hôtes (Agic et al., 2019; Hynie, 2018).

Par conséquent, la précarité financière limite les possibilités de se loger adéquatement et les personnes réfugiées risquent de se retrouver dans des logements insalubres, surpeuplés, éloignés et dans lesquels elles ne se sentent pas en sécurité (Farahani et al., 2021). Ces difficultés peuvent engendrer un changement de statut social qui risque de nuire au bien-être et à la santé mentale des personnes réfugiées.

Des facteurs sociaux et interpersonnels. En plus du manque de repères pour fonctionner dans leur nouvel environnement, les personnes réfugiées manquent souvent d'un réseau social dans le pays d'accueil. Certaines ont vécu des séparations familiales durant leur parcours migratoire, ce qui peut entretenir des préoccupations quant à la sécurité des proches dans le pays d'origine ou de transit (Li et al., 2016). Ainsi, la présence de la famille peut être par moment une ressource facilitant le développement de la vie et l'intégration, alors que son absence peut être une source de souffrance.

Également, la méconnaissance de la langue, le chômage ainsi que les sentiments de discrimination peuvent contribuer à l'isolement social. À ce titre, une étude réalisée au Canada montre que la discrimination est un déterminant plus important de la santé mentale que l'exposition à un trauma pré-migratoire, ce qui suggère que la recrudescence de la xénophobie, de la lutte contre les réfugiés, les sentiments de discrimination perçue ou réelle peuvent miner davantage la santé mentale des réfugiés (Beiser & Hou, 2016). À l'inverse, le

sentiment d'appartenance à un cercle social (ex. : groupe communautaire, communauté religieuse, collègues de travail, etc.) est un facteur de protection (Porter & Haslam, 2005a).

Des facteurs culturels. Les personnes réfugiées se déplacent avec leur bagage culturel qui peut être très éloigné de celui de la société d'accueil et doivent se familiariser avec de nouveaux codes et un mode de vie différent afin de fonctionner dans ce milieu jusque-là inconnu. Ainsi, la personne réfugiée risque de vivre un choc culturel, dû aux barrières linguistiques et aux différences de représentations du monde qui peuvent être des facteurs de risque pour leur santé mentale.

Notamment, les expériences traumatiques vécues, leurs manifestations, leurs expressions, leur évaluation et leur traitement sont ancrées dans des représentations culturelles (L. Kirmayer et al., 2008 ; Anthony, 2010) qui risquent de complexifier les interventions (Coleman, 2000). D'une part, le système de croyances culturelles et spirituelles influence fortement la perception des personnes, ce qui limite leur recherche d'aide au sein d'un autre système de croyances (comme la médecine occidentale) (Torrey & Miller, 2007a). Par exemple, lorsque les troubles de santé mentale sont vécus de manière honteuse par la personne elle-même, la famille, les parents et l'entourage, certaines personnes associent leurs problèmes psychologiques à des troubles physiques (McKeary & Newbold, 2010a; Priebe et al., 2016a).

D'autre part, lorsque des soins sont nécessaire, il est possible que l'intervenant se retrouve incapable d'intervenir d'une façon adéquate (Tseng, 2003). En effet, l'intervenant évalue généralement les problématiques de santé mentale en fonction de ses propres référents culturels, de sa formation professionnelle et du contexte dans lequel il travaille (Qureshi & Collazos, 2011a). En effet, la notion de la maladie mentale n'est pas une expression fréquemment utilisée hors de l'Occident. Certaines personnes réfugiées risquent ainsi d'exprimer les symptômes de dépression, d'anxiété ou encore de TSPT d'une manière très différente et qui ne correspond pas aux critères diagnostiques communément admis (Nickerson et al., 2011a; Sterlin & Dutheuil, 2000; Tseng, 2003). Une sensibilité culturelle de la part des intervenants ainsi que la présence d'un interprète dans la consultation peuvent agir comme facteurs de protection.

Des facteurs structurels. Bien qu'en théorie, les personnes réfugiées ont accès à une variété de ressources publiques et communautaires, en pratique, certains obstacles structurels, les empêchent d'en bénéficier. Entre autres, l'accès aux soins de santé est un important

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

déterminant social de la santé. La littérature montre que les personnes réfugiées sont non seulement de moins grandes consommatrices des services de santé et des services sociaux que les autres résidents canadiens (Gouvernement du Canada, 2021; Kirmayer et al., 2011b; MSSS, 2018; Thomson et al., 2015), mais aussi davantage à risque de recevoir des soins de moindre qualité, des diagnostics erronés et des traitements inappropriés (Giacco et al., 2018; Rousseau & Frounfelker, 2019a), et cela pour des raisons diverses (méconnaissance des services, enjeux linguistiques ou culturels, craintes associées aux institutions publiques, tabou entourant la santé mentale, etc.).

Ces multiples difficultés d'accès peuvent être d'ordre primaire ou secondaire. L'accessibilité primaire est davantage liée aux caractéristiques de la personne réfugiée (p.ex. : méconnaissance des services du pays d'accueil, barrières linguistiques, manque de moyen de déplacement, difficulté logistique du transport, etc.) (CIUSSS, 2019; Cleveland et al., 2014; Laliberté et al., 2021a; Rousseau & Frounfelker, 2019a). L'accessibilité secondaire est déterminée par l'organisation du réseau de la santé et des différentes interactions entre ses professionnels (p.ex.: les longues listes d'attente (Gadalla, 2010; Lai & Surood, 2010, 2013a; McKeary & Newbold, 2010a), l'incompatibilité culturelle des services (Lai & Surood, 2013a; Langille et al., 2012; Sethi, 2013; Wood & Newbold, 2012), les procédures compliquées d'utilisation des services (Lai & Surood, 2010, 2013a), les heures restrictives où les services sont disponibles (Koehn, 2009), la pénurie de professionnels de la santé mentale en région (Fung et al., 2012; Langille et al., 2012; McKeary & Newbold, 2010a; McKenzie Kwame et al., 2016; Sethi, 2013).

À côté des facteurs structurels précédemment énumérés, soulignons également les expériences de racisme et de discrimination comme facteurs transversaux qui contribuent à fragiliser la santé mentale des personnes réfugiées (Edge & Newbold, 2013; Li et al., 2016; Ziersch et al., 2020).

Des facteurs sociodémographiques. Finalement, il est important de rappeler que chaque individu possède des caractéristiques propres qui influencent sa capacité d'adaptation. Par exemple, la littérature reconnait que l'âge a un impact sur la capacité des personnes à apprendre une nouvelle langue, ou encore à trouver un emploi (Farahani et al., 2021). Étant donné que ces conditions facilitent la socialisation, les personnes ainées sont reconnues pour être à risque de vivre de l'isolement social. À l'inverse, les enfants ont tendance à apprendre plus rapidement la langue et à adopter plus facilement les normes culturelles de la société

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

d'accueil. En ce sens, la migration engendre parfois une reconfiguration des rôles au sein de la famille (Li et al., 2016), par exemple quand le pourvoyeur habituel ne trouve pas d'emploi ou que les enfants deviennent des interprètes pour leurs parents, et ces bouleversements peuvent avoir des répercussions sur les capacités d'adaptation des personnes et des familles. Pour boucler la boucle, notons également que les traumatismes peuvent influencer les capacités d'adaptation des personnes en contexte post-migratoire (Li et al., 2016) dans une relation synergique.

L'interaction dynamique entre ces facteurs influence la santé mentale de la personne, tout au long de sa vie.

1.1.3. L'état de santé des personnes réfugiées

La question de l'impact de l'exposition à des expériences d'adversité associées à la migration forcée de même que l'importance des conditions de vie dans la phase post-migratoire sur la santé mentale et physique des personnes réfugiées sont maintenant bien établies dans la littérature (Hynie, 2018; Kronick, 2018a; Miller & Rasmussen, 2010a; Rousseau, 2018). Quelques caractéristiques de l'état de santé des personnes réfugiées sont présentées ci-dessous.

La santé mentale. La recension des écrits met en évidence l'absence de statistique publique concernant spécifiquement la santé mentale des personnes réfugiées au Québec. Toutefois, selon des études canadiennes s'intéressant à la santé mentale des immigrants selon les différentes catégories d'immigration, il apparaît que les personnes réfugiées sont plus à risque de présenter des difficultés émotionnelles et un niveau de stress accru (Ali, 2002; Newbold, 2009; Zhao et al., 2010) ainsi que des taux plus élevés de dépression, de TSPT, de symptômes somatiques ainsi que de troubles psychotiques (Ali, 2002; Bogic et al., 2015; Close et al., 2016; Fazel et al., 2005; Kirmayer et al., 2011a; Lindert et al., 2009).

Au niveau international, les revues systématiques et méta-analyses consultées mettent en évidence la variabilité des taux de prévalence de troubles de santé mentale rapportés dans les différentes études (Blackmore et al., 2020; Bogic et al., 2015; Close et al., 2016; Fazel et al., 2005; Lindert et al., 2009; Turrini et al., 2017). Dans l'ensemble, ces travaux concluent que les personnes réfugiées courent un risque plus élevé que la population générale de souffrir de divers troubles de santé mentale liées à leur exposition à la guerre, à la violence, à la torture, à la migration forcée ainsi qu'à l'exil avec des taux plus accru d'anxiété (variant de

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

4% à 40%), de dépression majeure (5% à 44%), de TSPT (variant de 9% à 36%) et de détresse psychologique globale. Par ailleurs, peu d'études ont évalué la prévalence des troubles psychotiques (Close et al., 2016), mais lorsque ces valeurs étaient disponibles, elles étaient deux à trois fois plus élevées chez les réfugiés et les migrants que dans les populations hôtes (Fazel et al., 2005).

De plus, les données de la recherche suggèrent que l'exposition multiple à des expériences traumatiques est associée à la manifestation et à la gravité des symptômes et des troubles de santé mentale (Hynie, 2018; Polcher & Calloway, 2016). À titre d'exemple, les personnes qui ont vécu dans des camps de réfugiés présentent les taux les plus élevés de dépression et d'anxiété, en raison des conditions de vie extrêmement stressantes (Hynie, 2018). Par ailleurs, l'exposition à la torture semble être un des facteurs les plus fortement associés aux symptômes de TSPT chez les réfugiés (Steel et al., 2009).

Une revue systématique sur la santé mentale à long terme des réfugiés adultes montre également que ce risque plus élevé de problèmes de santé mentale persiste, plusieurs années après la réinstallation (Bogic et al., 2015). Rappelons toutefois que malgré le taux élevé de TSPT reconnu chez les personnes réfugiées, la littérature a longtemps mis l'accent sur ce type de trouble ce qui peut avoir eu un effet de « sur-pathologiser » cette population et ignorer que le stress post-traumatique est une réponse adaptative et normale qui se résoudra, pour la plupart des adultes et des enfants, avec un retour à une sécurité et une stabilité dans leur vie (Kronick, 2018a; Rousseau et al., 2011a).

La santé physique. Il va sans dire que le corps et l'esprit sont liés. Les personnes vivant avec des problèmes de santé physique sont à risque de souffrir de troubles de santé mentale et vice-versa (CMHA, 2008; Mohanan & Maselko, 2010). Ainsi, les effets de la migration forcée sur le bien-être peuvent se traduire par des réactions physiques, telles que des maux de tête, des douleurs à l'estomac, une perte d'appétit, une perte ou prise de poids, des troubles du sommeil, une fatigue intense, etc. L'importance des troubles concomitants associés aux troubles de santé mentale, tels que les problèmes de santé physique (diabète, VIH/sida, neuropathie et cardiopathies etc.) est soulignée dans la littérature (Berthold et al., 2014; Frost et al., 2019). Frost ainsi que Pavli et leurs collaborateurs respectifs (Frost et al., 2019; Pavli & Maltezou, 2017) soutiennent également que les conditions médicales telles que les blessures physiques, la perte de membres, les maladies infectieuses (p.ex.: tuberculose, hépatite), les maladies génétiques, cardiaques et métaboliques chroniques ou congénitales,

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

les carences nutritionnelles et le manque de vaccination peuvent également affecter le bien-être de la personne réfugiée.

La résilience des personnes réfugiées. Bien que les parcours migratoires fragilisent les personnes réfugiées sur le plan de la santé mentale, la littérature nous a montré que les personnes réfugiées affichent un large éventail de niveaux de détresse mais également de résilience (Arnetz et al., 2013; Schlechter et al., 2021). D'ailleurs, des chercheurs canadiens ont estimé que la plupart des personnes vont se rétablir avec le temps et une réinstallation réussie (Kanagaratnam et al., 2017) tandis qu'une personne réfugiée sur cinq développera des troubles de santé mentale qui nécessiteront une intervention spécialisée (Pottie, Greenaway, Feightner, Welch, Swinkels, Rashid, Narasiah, Kirmayer, Ueffing, MacDonald, Hassan, McNally, Khan, Buhrmann, Dunn, Dominic, McCarthy, Gagnon, Rousseau, Tugwell, et al., 2011). Il est toutefois important de rappeler que les conditions post-migratoires jouent un rôle primordial dans l'évolution de l'état de santé des personnes réfugiées et que le soutien psychosocial reste indispensable dans le processus d'accueil et d'accompagnement des personnes nouvellement réinstallées.

Cela dit, pour expliquer cette variabilité, des chercheurs se sont penchés sur les processus adaptatifs de ces personnes, notamment sur la résilience.

> *Résilience* : processus dynamique qui mobilise les ressources internes et externes d'un individu pour faire face à des adversités traumatiques et rebondir pour retrouver un fonctionnement optimal pouvant aller jusqu'à son épanouissement (Cyrulnik & Jorland, 2012).

Les capacités de résilience varient d'un individu à un autre et sont modelées par l'environnement physique et social dans lequel évolue la personne (Ungar, 2013), et donc par les facteurs de risque et les facteurs de protection mentionnés précédemment. La résilience peut donc se construire, se développer, s'entretenir, s'améliorer et se valoriser.

Ainsi, la résilience gagne à être prise en considération dans l'intervention auprès des personnes réfugiées ayant vécu des expériences traumatiques, compte-tenu du fait que ces expériences peuvent parfois mener à une croissance post-traumatique chez la personne. Le terme de croissance post-traumatique (*Posttraumatic Growth*) est également utilisé pour rendre compte des changements psychologiques positifs consécutifs à des événements de vie graves et difficiles (Tedeschi & Calhoun, 2004, 1995; Kretsch et al., 2011), qui sont une opportunité pour la personne de porter un autre regard sur elle-même et sur les autres et de

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

se réorganiser voire de changer certains aspects de sa vie. La croissance post-traumatique peut prendre forme en l'absence d'intervention thérapeutique. Il est donc important de soutenir les stratégies d'adaptation déjà présentes chez les personnes réfugiées, notamment celles qui sont traditionnelles ou culturelles (p. ex. : prière, danse ou rites religieux), d'enseigner de nouvelles stratégies et de restaurer de l'espoir (Sims & Pooley, 2016).

Afin de faciliter l'accès à des soins de santé et à des services sociaux appropriés pour les personnes réfugiées nouvellement réinstallées, des bonnes pratiques identifiées dans la littérature sont présentées.

1.2. LES PRATIQUES PROMETTEUSES EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POUR LES RÉFUGIÉS

À partir de la littérature scientifique et de la littérature grise sur les interventions psychosociales et psychologiques (ou thérapeutiques) pour les personnes réfugiées, nous avons rassemblé quelques pratiques prometteuses identifiées par des chercheurs et praticiens.

> *Pratiques prometteuses* : les « pratiques » font référence tant aux interventions, qu'aux programmes, aux services ou encore aux stratégies mis en place pour faciliter l'accès de ces derniers. On dit que des pratiques sont « prometteuses » lorsqu'elles affichent des résultats positifs mais que ces résultats ne sont pas encore prouvés à grande échelle. Elles ont donc le potentiel de devenir des pratiques exemplaires une fois que des données probantes leur seront attribuées (Agence de la santé publique du Canada, 2015; Drolet et al., 2019).

Bien que certaines pratiques soient recommandées pour guider l'intervention en santé mentale auprès des personnes réfugiées, il importe de souligner qu'il existe peu de modèles et d'études qui se concentrent sur la prestation de services et les approches systématiques pour orienter les services de soutien psychosocial et de santé mentale offerts aux nouveaux arrivants réfugiés. Ainsi, les approches préconisées changent en fonction notamment de l'évolution constante des données, du positionnement des chercheurs et des experts cliniciens ainsi que de la réalité complexe des personnes réfugiées ce qui rend la recherche de pratiques exemplaires très limitée.

Dans cette section nous abordons ainsi 1) l'évaluation ; 2) le modèle pyramidal par phases ; 3) les approches transversales, soit les approches sensible à la culture et sensible au traumatisme ; 4) le travail en collaboration ; 5) les considérations concernant l'interprétation et finalement, 6) le soutien aux intervenants qui accompagnent les personnes réfugiées.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

1.2.1. De l'évaluation à l'intervention

L'évaluation, préalable à l'intervention, est l'occasion de tisser un lien de confiance entre l'intervenant et la personne réfugiée. La littérature prône une approche écosystémique, qui permet de replacer l'individu dans son contexte familial, communautaire et social et ainsi d'avoir une vue d'ensemble de la complexité des besoins et des enjeux qui les sous-tendent (Kronick, 2018a). Dans le cadre de l'évaluation, les intervenants devraient porter une attention particulière aux facteurs de risque de la santé mentale, car ce sont des sujets qui peuvent ne pas sembler appropriés pour la personne réfugiée à discuter avec un médecin. De plus, les lignes directrices canadiennes stipulent qu'il est impératif d'éviter le sur-diagnostic et de restreindre la médicalisation de la souffrance (Pottie, Greenaway, Feightner, Welch, Swinkels, Rashid, Narasiah, Kirmayer, Ueffing, MacDonald, Hassan, McNally, Khan, Buhrmann, Dunn, Dominic, McCarthy, Gagnon, Rousseau, Tugwell, et al., 2011; Pottie et al., 2016). Il importe également de considérer les facteurs de protection, permettant de favoriser les processus d'adaptation et d'orienter les pistes de soutien ou d'intervention. À ce titre, Kronick (2018) rappelle que la résilience et la croissance post-traumatiques ne doivent pas être négligées au profit des pathologies (Kronick, 2018a).

Lors des premières rencontres, où le lien de confiance peut être encore fragile, il n'est pas recommandé de dépister systématiquement les symptômes de TSPT ni de faire un historique détaillé des événement traumatiques vécus (Rousseau et al., 2011a). En effet, il n'existe aucune preuve supportant les bénéfices du dépistage ; au contraire, des répercussions négatives pourraient s'en suivre dans un contexte où les ressources en matière de santé mentale sont rares et insuffisantes pour répondre aux besoins des réfugiés. En outre, des inquiétudes sont soulevées par des experts cliniciens quant aux effets néfastes potentiels du dépistage chez les personnes ne présentant aucune détresse, avec la possibilité de réactiver des symptômes en évoquant une expérience traumatique (Rousseau et al., 2011a), ou encore le risque de participer à la stigmatisation des personnes réfugiées (Kronick, 2018a). Toutefois, Rousseau et Frounfelker (Rousseau & Frounfelker, 2019a) nuancent en rappelant que les cliniciens doivent rester à l'affût des signes et évaluer la possibilité d'un traumatisme chaque fois qu'une détresse psychologique ou des symptômes médicalement inexpliqués sont présents. Enfin, il est à noter que la version du DSM-V inclut un canevas d'entretien de Formulation culturelle ("*Cultural Formulation Interview*") destiné aux professionnels de la santé mentale, et dont l'utilisation est recommandée par les experts. Cet outil incluant 12 modules sur différentes thématiques (niveau de fonctionnement, réseau social, identité

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

culturelle, immigrants et réfugiés, etc.) vise à orienter les professionnels quant à l'organisation des informations cliniques pertinentes à recueillir et la formulation de leurs questions (Lewis-Fernández et al., 2016).

Par la suite, les priorités d'intervention devraient être ancrées dans le contexte de la réinstallation afin de se centrer sur les besoins, les facteurs de protection et les facteurs de risque quotidiens qui sont souvent, à l'arrivée, de l'ordre de l'intégration sociale (Fazel et al., 2012). À cet égard, une fois la sécurité physique, matérielle et socioéconomique assurée, Rousseau (Rousseau, 2018) souligne l'importance de prioriser les interventions psychosociales qui favorisent la sécurité émotionnelle et sociale. En effet, les besoins des personnes réfugiées sont souvent pluridimensionnels. Dans une perspective psychosociale, l'intervention nécessite de porter attention à la souffrance pour apporter la compassion et l'empathie favorisant le rétablissement et l'équilibre émotionnel de la personne réfugiée (Rousseau et al., 2011a, 2013). Dans cette perspective, l'intervenant doit repérer les divers aspects touchant la sécurité et le bien-être de la personne réfugiée (p. ex. : individuels, collectifs, familiaux et communautaires) tout en prenant en considération son processus d'intégration et de rétablissement (Branka et al., 2019; J. Herman, 1997; Rousseau et al., 2011b). Les interventions psychosociales mettent l'accent sur l'impact des stress quotidiens (pauvreté, incertitude, crainte pour le bien-être des proches) sur la santé mentale et le rétablissement des liens sociaux qui ont été interrompus par les situations de guerre, conflit ou persécution (Miller & Rasmussen, 2010a; Ventevogel, 2018). Elles favorisent le pouvoir d'agir des personnes affectées qui leur permet de mobiliser des ressources internes et externes pour combler leurs besoins (Strang & Ager, 2003; Zoua et al., 2015a). Il importe de rappeler qu'à la base de toute intervention, l'empathie de l'intervenant, le soutien émotionnel et la défense des intérêts des réfugiés pour réduire l'adversité sociale constituent des compétences essentielles de l'intervenant (Kronick, 2018a).

Comme nous l'avons vu précédemment, chaque individu sera affecté différemment par la migration forcée et de possibles événements traumatiques; chacun aura donc besoin de soutien et de services adaptés à sa situation. Pour cette raison, les interventions de soutien psychosocial et en santé mentale sont souvent organisées de manière à offrir différents services complémentaires. Tel que décrit dans la section qui suit, le modèle pyramidal des interventions présente une variété de services en différentes phases. La première phase est celle de la stabilisation des individus vers la sécurité et celle-ci est suivie par des

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

interventions de plus en plus spécialisées en santé mentale. Très peu de personnes auront éventuellement besoin des services spécialisés situés en haut de la pyramide (CPI, 2017).

Ce modèle souligne l'importance d'établir un lien de confiance avec les personnes réfugiées de manière graduelle et ce, en répondant d'abord à leurs besoins de base.

1.2.2. Un modèle pyramidal par phase adapté en contexte de réinstallation

À l'échelle canadienne et internationale, les experts recommandent d'adopter un modèle d'intervention pyramidale, qui a démontré son efficacité auprès des personnes réfugiées (CPI, 2009; Im et al., 2020; Kanagaratnam et al., 2017; Pottie, Greenaway, Feightner, Welch, Swinkels, Rashid, Narasiah, Kirmayer, Ueffing, MacDonald, Hassan, McNally, Khan, Buhrmann, Dunn, Dominic, McCarthy, Gagnon, Rousseau, Tugwell, et al., 2011; Rousseau et al., 2011a). Ce modèle comporte quatre phases. Dans cette section, les pratiques prometteuses d'intervention psychosociale et de santé mentale suivant le modèle pyramidal sont abordées.

Phase 1 – Interventions relatives aux besoins de base. Dans un premier temps, les chercheurs et experts cliniciens recommandent de fournir un environnement sécuritaire en répondant aux besoins urgents des personnes réfugiées réinstallées (Alfadhli & Drury, 2016; CAMH, 2020; Hynie, 2018; Im et al., 2020; Miller et al., 2019a; Rousseau et al., 2011b). Selon eux, pendant cette première phase d'intervention, où la relation de confiance entre la personne réfugiée et l'intervenant n'est pas encore établie, les priorités devraient porter sur les besoins essentiels afin d'atténuer l'effet des facteurs de risque quotidiens, assurer la sécurité immédiate et ainsi rétablir une stabilité dans la vie (p. ex. : trouver un logement, inscrire les enfants à l'école, faire une première épicerie, etc.). Les services offerts à la première phase constituent le pilier sur lequel les trois autres phases s'appuient.

Phase 2 – Interventions de soutien familial et communautaire. Les experts recommandent dans un second temps de mettre en contact les personnes ayant des relations significatives avec les personnes réfugiées (p. ex. : les membres de la famille) afin de favoriser la création d'un réseau social et la consolidation d'un système de soutien (J. Herman, 1997). Selon eux, les familles et les communautés d'appartenance sont des sources de soutien importantes pour les personnes réfugiées.

Les interventions liées à cette phase se concentrent également sur le renforcement des mécanismes d'adaptation. Ainsi, des activités telles que des groupes de soutien réciproque,

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

des groupes de bien-être communautaire ou encore d'éducation préventive permettent de renforcer la capacité des personnes réfugiées à faire face aux difficultés de la réinstallation ainsi que de les sensibiliser à d'autres problèmes qui pourraient surgir dans les familles et les communautés (p. ex. : la consommation de substances, la violence familiale, les réactions et symptômes liés aux expériences traumatiques vécues et aux deuils, etc.) (Im et al., 2020). Les activités qui renforcent les systèmes familiaux et le soutien communautaire sont essentielles à la réussite de la réinstallation et de l'adaptation des réfugiés.

Une revue rapide de la littérature portant sur l'efficacité et l'adéquation des programmes de soutien psychosocial communautaire destiné aux personnes réfugiées (Slewa-Younan et al., 2018) met de l'avant quatre types de programmes psychosociaux qui suggèrent des effets positifs sur la santé mentale des personnes réfugiées : 1) les programmes de psychoéducation ou de santé communautaire (dispensés dans la langue des participants ou encore par l'intermédiaire d'interprètes, offerts par des leaders communautaires au sein de la communauté, etc.); 2) des activités physiques ou sportives ; 3) des programmes de soutien par les pairs ou de mentorat (notamment, soutien à l'emploi ou à l'éducation, par des pairs de la même communauté que la personne réfugiée); 4) des programmes scolaires, développés dans les écoles basées notamment sur les arts.

Phase 3 – Interventions de soutien ciblées. Certaines personnes réfugiées présentant des symptômes de détresse psychologique en lien avec des expériences traumatiques vécues, qui peuvent être identifiés précocement, requièrent une intervention ciblée, mais non spécialisée (CPI, 2009; Im et al., 2020). Dans ces cas, les premiers secours psychologiques[9] (Snider et al., 2011) ou des soins de santé mentale de base peuvent être offerts par des cliniques communautaires, des centres pour les personnes réfugiées plus vulnérables (notamment celles ayant vécu de la torture) ou par des psychothérapeutes en pratique privée, lors de sessions individuelles ou de groupe. Pour être efficaces, les interventions de soutien ciblées doivent reposer sur des approches sensibles à la culture et au traumatisme (Tribe et al., 2019) et le rétablissement d'un sentiment de sécurité. Les interventions de soutien ciblées ont démontré leur efficacité dans la réduction des symptômes du TSPT (Nosè et al., 2017).

[9] Bien que provenant du contexte d'intervention en urgence humanitaire, les premiers secours psychologiques ont été implantés dans diverses situations. Ils réfèrent à une prise en charge psychosociale qui peut être réalisée par divers intervenants, sans forcément être spécialisée en santé mentale, face à toutes situations de détresse. Les premiers secours psychologiques constituent une première réponse pour aider les personnes en situation de détresse à se stabiliser et à retrouver leurs capacités à s'adapter et à prendre des décisions.

Phase 4 – Interventions spécialisées en santé mentale. Au moment de leur arrivée, de nombreux réfugiés peuvent présenter des symptômes de stress aigu qui disparaîtront au fil du temps sans intervention spécialisée (Kanagaratnam et al., 2017). Toutefois, pour certaines personnes réfugiées (environ 20 %) les symptômes persistent ou des troubles de santé mentale se manifestent, nécessitant des interventions spécialisées en santé mentale (Kronick, 2018a; Pottie, Greenaway, Feightner, Welch, Swinkels, Rashid, Narasiah, Kirmayer, Ueffing, MacDonald, Hassan, McNally, Khan, Buhrmann, Dunn, Dominic, McCarthy, Gagnon, Rousseau, Tugwell, et al., 2011; Silove, 2013), notamment des approches psychothérapeutiques, qui sont développées ci-dessous.

Les directives du National Institute for Health and Care Excellence recommandent que les cliniciens envisagent des approches psychologiques centrées sur le trauma lorsque la personne est prête et peut s'investir en toute sécurité, ce qui met en lumière l'importance d'une approche progressive (NICE, 2005). Tel que précisé par Kronick (2018), une approche progressive ne se concentre pas uniquement sur la réduction des symptômes, mais aussi sur le rétablissement de la continuité de la vie par l'intégration sociale (Cleveland et al., 2014; Kronick, 2018a).

La littérature reconnaît l'efficacité de différentes approches en psychothérapie sur la réduction des symptômes de TSPT chez les réfugiés (Kronick, 2018a), dont certaines ont été adaptées avec succès à différents contextes et cultures (Rousseau & Frounfelker, 2019a). Une revue systématique de la littérature et méta-analyse (Nosè et al., 2017) a examiné 14 études européennes et américaines portant sur des thérapies cognitive-comportementale, notamment la thérapie d'exposition narrative (TEN) ainsi que d'autres thérapies centrées sur le trauma, et conclut en une réduction des symptômes du TSPT. Néanmoins, bien que les thérapies centrées sur les traumas semblent prometteuses, elles ne sont pas encore largement étudiées auprès de clientèles réfugiées et il manque d'études relatives au maintien de leurs avantages sur le long terme.

D'autres types de thérapie telles que la thérapie de désensibilisation et de retraitement par les mouvements oculaires (*Eye Mouvement Desensitization & Reprocessing* – EMDR) semblent prometteuses auprès des personnes réfugiées, mais les recherches systématiques sont insuffisantes pour tirer des conclusions fermes (Alfadhli & Drury, 2016; Miller & Rasmussen, 2010a; Ventevogel, 2018).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

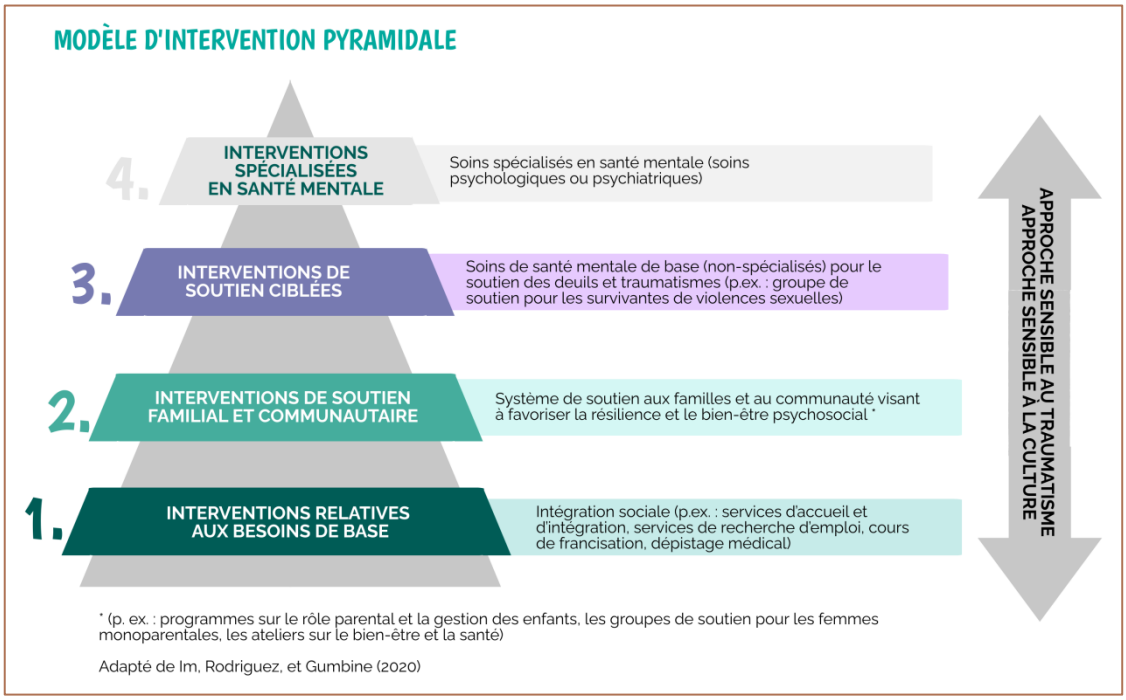
Cela dit, quel que soit le type de thérapie privilégiée par le clinicien, celui-ci doit au préalable s'assurer que la personne réfugiée est non seulement à l'aise, mais aussi prête à procéder avec ce type d'approches plus structurées. En effet, certaines personnes ne sont pas prêtes à réinvestir leur mémoire traumatique, et d'autres ne tolèrent pas les pratiques d'exposition directe, ce qui pourrait donc être préjudiciable (Carlsson et al., 2014).

1.2.3. Deux approches transversales complémentaires au modèle pyramidal

Dans la même perspective, Im et ses collaborateurs (CAMH, 2020) proposent un modèle à niveaux multiples pour le soutien de la santé mentale des réfugiés réinstallés afin d'adresser les écarts entre les interventions psychosociales et psychologiques (spécialisées en santé mentale) illustré par la **Erreur! Source du renvoi introuvable.**. Basé sur le modèle pyramidal du CPI (CPI, 2009), leur modèle incorpore deux piliers transversaux à la pyramide, soit l'approche sensible au traumatisme et l'approche sensible à la culture. Le modèle considère que les services situés sur le premier niveau de la pyramide (p. ex. : services d'installation, aide à l'emploi cours de francisation) prennent trop peu souvent en considération la compréhension des facteurs de risque et de protection favorisant la promotion de la santé mentale ainsi que l'identification des problèmes de santé mentale et des solutions pour référer vers des services spécialisés. Ainsi, ce modèle va au-delà du modèle du CPI en incluant l'importance de la connaissance de l'impact des événements traumatiques (approche sensible au traumatisme) et de l'adaptation culturelle et linguistique (approche sensible à la culture) dans les services et ce, à chaque niveau de la pyramide d'intervention. Ce modèle vise à favoriser la résilience, la prévention des problèmes de santé mentale ainsi que le dépistage précoce des besoins en santé mentale (Im et al., 2020).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Figure 2 - Modèle pyramidal – Intervention de soutien psychosocial et en santé mentale



Approche sensible au traumatisme (*trauma-informed care*)**.** Les interventions d'approche sensible au traumatisme reconnaissent que des expériences traumatiques antérieures engendrent des conséquences dans tous les domaines de vie de la personne (Arthur et al., 2013; Miller et al., 2019a; SAMHSA, 2014a). Cette approche d'intervention est basée sur des principes de base, notamment la reconnaissance de la prévalence des expériences traumatiques vécues au sein d'une clientèle spécifique (p. ex. : les personnes réfugiées) ; la vigilance des professionnels face aux symptômes de stress post-traumatique dans ses différentes manifestations ; l'établissement de sécurité et de la confiance ; l'importance du choix, de la collaboration et de la relation égalitaire dans les interventions ; des interventions basées sur les forces et le développement des stratégies d'adaptation de la personne afin de favoriser un rétablissement post-traumatique et la prévention de la re-traumatisation des personnes réfugiées (Arthur et al., 2013; SAMHSA, 2014a).

Les intervenants psychosociaux sont souvent les premiers à rencontrer les personnes réfugiées et à faire face aux défis liés aux difficultés de santé mentale. Même si le rôle des intervenants en milieu communautaire ne soit pas d'intervenir directement en lien avec les troubles de santé mentale tels que le TSPT, ces professionnels peuvent adopter une approche d'intervention sensible au traumatisme pour être à l'affut des besoins non-dits des personnes réfugiées (SAMHSA, 2014a). Il est important de rappeler que malgré le fait que de

nombreuses personnes réfugiées réinstallées peuvent avoir vécu de multiples expériences traumatiques, il est fortement déconseillé, selon les lignes directrices canadiennes, de questionner et d'encourager un dévoilement des vécus traumatiques (Murray, 2010; Rousseau et al., 2011b).

Approches sensibles à la culture (*culture informed care)***.** Les intervenants psychosociaux accompagnent au quotidien des personnes réfugiées en provenance de divers pays. Cela suppose une bonne compréhension des différences de valeurs, de langue, de pratiques d'intervention en soutien psychosocial et de représentation même de la santé mentale. Pour y répondre, Im et ses collaborateurs (Im et al., 2020) proposent l'approche sensible à la culture, en soulignant l'importance d'avoir recours aux services d'interprétariat dans tout service utilisé, et en rappelant le droit du client de recevoir un soutien qui fait sens pour lui, au regard de sa culture, de sa langue et de ses préférences. En effet, plusieurs auteurs notent qu'il est primordial d'adapter les approches en soutien à la santé mentale des personnes réfugiées selon la culture et l'expérience unique de l'individu (Burchill & Pevalin, 2014; Kanagaratnam et al., 2017; Kirmayer et al., 2008; Robertshaw et al., 2017a). Cela n'implique pas que les intervenants dans la société d'accueil deviennent des experts de la culture de leurs clientèles réfugiées, mais qu'ils adoptent une posture d'ouverture aux représentations culturelles de leurs clients (Kirmayer et al., 2008). À cela, Kirmayer et ses collaborateurs (Kirmayer et al., 2008) rappellent que la culture est individuelle à chacun, et peut être hybride en situation de déplacement et de réinstallation. La mise en œuvre de l'approche sensible à la culture exige donc que les intervenants soient conscients de l'existence de divers modèles explicatifs des problèmes de santé, et soient à l'écoute des idiomes culturels de détresse et des sources de soutien et d'adaptation multiples. Également, l'approche interculturelle insiste sur l'importance pour l'intervenant d'être conscient de ses propres représentations culturelles de la santé mentale et d'être ouvert à négocier un espace de rencontre entre ses propres représentations et celles de la personne réfugiée (Cohen-Émérique, 1993). Cette sensibilité à la culture de chaque client facilitera le diagnostic, la communication, la collaboration et l'alliance thérapeutique avec le client, ainsi que la mise en place du plan d'intervention par la suite (Im et al., 2020; Lawrence & Kearns, 2005). Pour faciliter la prise en compte des enjeux culturels, certains auteurs ont également proposé d'impliquer des médiateurs culturels (*cultural broker*)(Brar-Josan & Yohani, 2014).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

1.2.4. Le travail en collaboration

Les personnes réfugiées réinstallées bénéficient d'une multitude de services offerts par une variété d'intervenants dans une diversité de milieux. Chacun ayant son champ d'action et d'expertise, le travail en collaboration est indispensable et contribue à optimiser l'efficacité des programmes et des interventions par le partage des ressources et des responsabilités. Le travail en collaboration implique non seulement la connaissance des divers services offerts et des mandats de chacun, mais aussi le lien solide entre les différents intervenants et leurs institutions. Notons également qu'il s'agit d'une relation réciproque entre les acteurs.

Par exemple, les bonnes pratiques en santé mentale dans le domaine des soins primaires pour les personnes réfugiées préconisent le travail en collaboration avec les organismes communautaires (Kirmayer et al., 2011b; Kronick, 2018a; Kronick et al., 2021a). Dans leur étude sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés, Kirmayer et ses collaborateurs soulignent l'importance pour le praticien de se familiariser avec les organisations communautaires et religieuses existantes afin de mobiliser un soutien psychosocial (Kirmayer et al., 2011b). En retour, une familiarité des organismes communautaires avec les prestataires de soins primaires, notamment les équipes de santé des réfugiés et les équipes de première ligne dans les CISSS et CIUSSS, peut également faciliter le référencement des usagers qui présentent des signes de détresse.

Le bien-fondé de la collaboration entre les divers prestataires de services est également soutenu par une revue systématique portant sur les défis et éléments facilitants pour les professionnels de la santé fournissant des soins de santé primaires aux réfugiés et aux demandeurs d'asile dans les pays à revenu élevé (Robertshaw et al., 2017a). À ce titre, la connexion avec d'autres services est identifiée comme un facteur facilitant important pour les intervenants car elle permet d'établir des voies d'orientation vers différents services du système de santé et des services au sein de la société civile dans le but d'orienter les personnes réfugiées vers les soins appropriés.

1.2.5. Interprétation

La capacité de l'intervenant à comprendre la personne réfugiée, tant sur le plan de la langue que des repères culturels, peut avoir un impact sur la qualité et l'efficacité des soins. Il est pourtant incontournable que la personne réfugiée nécessitant des soins se sente comprise et respectée (Sterlin & Dutheuil, 2000). Brisset et Léanza insistent même sur l'aspect éthique de l'accès à l'interprétation ainsi que sur la réduction des dépenses sur le long terme (Brisset &

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Leanza, 2015). Ainsi, la littérature suggère le recours aux interprètes et aux médiateurs culturels pour faciliter la communication entre la personne réfugiée et son intervenant et par conséquent l'accès à des services psychosociaux et de santé mentale appropriés (Brisset & Leanza, 2015; Kirmayer et al., 2011b; Kirmayer, 2012; Rousseau & Frounfelker, 2019a). En effet, nombre de chercheurs recommandent de travailler avec un interprète professionnel plutôt qu'informel afin d'éviter les malentendus culturels et de favoriser une traduction de qualité (Gopaul-McNicol, 1998; Legault, 2000), car le rôle de l'interprète ne se limite pas à la traduction des mots, mais il contribue à la compréhension culturelle du problème et aide l'intervenant à répondre aux besoins du client (McKeary & Newbold, 2010a), tout en transmettant à ce dernier le discours biomédical dans lequel s'inscrit la relation d'aide (Brisset & Leanza, 2015).

Cependant, le travail avec des interprètes comporte certains défis tant pour les intervenants que pour les interprètes et les personnes réfugiées. En effet, les attentes des intervenants quant au rôle de l'interprète sont multiples et ne semblent pas faire l'objet d'un consensus (Briand-Lamarche et al., 2017). Ces attentes sont modelées par des enjeux de confiance, de contrôle et de pouvoir dans la mesure où l'introduction d'une tierce personne vient chambouler la dynamique relationnelle (Brisset & Leanza, 2015). Les enjeux de confiance concernent l'alliance thérapeutique, les enjeux de contrôle réfèrent à la capacité de l'une des parties d'orienter la consultation et de vérifier l'exactitude des échanges verbaux, tandis que les enjeux de pouvoir sont les contraintes institutionnelles dans lesquelles prennent place les interventions (p. ex. : temps alloué aux consultations, prise en charge de la rémunération de l'interprète, etc.).

Toutefois, quelques stratégies sont identifiées dans la littérature (Briand-Lamarche et al., 2017) pour répondre aux attentes tant de la part des personnes réfugiées que des intervenants et des interprètes : transmission d'information aux personnes réfugiées des avantages de recourir à un interprète, clarification du rôle à la fois pour les clients mais aussi avec l'intervenant, établissement de règles de communication, etc. Des formations relatives aux bonnes pratiques d'intervention en présence d'un interprète ainsi qu'une sensibilisation des professionnels de la santé et des services sociaux concernant les dangers de travailler sans interprète ou en présence d'interprètes informels sont également préconisées (Brisset & Leanza, 2015). Dans le cas où le recours à un interprète formel n'est pas possible, un

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

intervenant qui maîtrise la langue maternelle de la personne réfugiée peut également être d'une grande utilité (Legault, 2000; Leman & Gailly, 1991; Tsang et al., 2003, 2011).

1.2.6. Le soutien aux intervenants qui accompagnent les personnes réfugiées

La littérature précise que les intervenants desservant des personnes ayant vécu des expériences traumatiques peuvent en être profondément affectés (Bride, 2004; Kjellenberg, 2014a; Lusk, 2015a; Musa & Hamid, 2008a; B. Stamm, 1995), que ce soit de manière douloureuse ou positive (Hernandez-Wolfe et al., 2015; Posselt et al., 2020). L'intervention auprès des personnes réfugiées souffrant d'importants traumatismes et deuils demande de l'empathie et de la compassion, et peut générer un état d'épuisement émotionnel après un certain temps (Posselt et al., 2020). Des études portant sur l'impact du travail d'intervenants et de thérapeutes sur leur propre santé mentale ont mis en évidence plusieurs réactions douloureuses telles que la fatigue de compassion et le trauma vicariant. D'autres études ont également relevé des expériences de résilience vicariante chez les intervenants (Hernandez-Wolfe et al., 2015).

La fatigue de compassion. Elle peut toucher les intervenants exposés de façon répétée à des degrés de souffrance intense. Elle fait référence à une usure profonde et douloureuse à la détresse d'autrui et est caractérisée par l'érosion de la compassion au fil du temps, courante chez les intervenants travaillant auprès de personnes ayant vécu des traumatismes. Autrement dit, il s'agit d'un épuisement qui ne permet plus à l'intervenant d'être en état d'écoute et d'avoir de l'empathie envers la personne. La fatigue de compassion se traduit par une hypersensibilité aux états émotionnels de l'autre ou à la violence en général, un sentiment de vide et d'incapacité à aider, soutenir et donner. Les clients deviennent des sources de stress et d'évitement pour l'intervenant où le fait d'aider l'autre est devenu synonyme de souffrance et dont la responsabilité est au-dessus de ses forces. L'intervenant peut alors se sentir désinvesti et impuissant dans son travail (B. H. Stamm, 2010). La fatigue de compassion risque d'affecter à long terme la santé physique et psychologique des intervenants (Lusk, 2015a). Toutefois, de nombreux intervenants demeurent engagés de manière empathique dans la relation d'aide (Arnold et al., 2005; Bauwens & Tosone, 2010; Charney & Pearlman, 1998; J. L. Herman & Harvey, 1997; Hernandez-Wolfe Pilar Killian et al., 2015; Radley & Figley, 2007; Tosone et al., 2003).

Trauma ou traumatisme vicariant. De même, entendre de manière récurrente des histoires horribles et des détails bouleversants confronte l'intervenant à un sentiment d'impuissance,

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

d'injustice et de perte de contrôle propices au développement d'un traumatisme vicariant (Pearlman, 1995)**.** Le trauma vicariant réfère à une réaction traumatique à des informations spécifiques présentées par un usager et qui se développe exclusivement chez les intervenants travaillant avec les survivants de traumatisme (McCann & Pearlman, 1990). Ces intervenants développent des symptômes de stress post-traumatique (i.e reviviscences, évitement au contact des histoires traumatiques des usagers, état d'alerte) (D. P. %J P. Q. Brillon, 2013). Des changements importants dans les croyances fondamentales sont également observables en lien avec la confiance, le sentiment de contrôle, les enjeux d'intimité, les besoins d'estime, les préoccupations de sécurité ainsi que les pensées intrusives (D. P. %J P. Q. Brillon, 2013; Pearlman, 1995).

Résilience vicariante. Si les conséquences négatives sont très bien documentées, il importe de garder en tête que certaines conséquences positives peuvent également découler de ce type d'expérience. À ce propos, Hernández et ses collaborateurs (Hernández et al., 2007) emploient le concept de résilience vicariante afin d'illustrer l'effet positif du travail auprès des personnes ayant vécu des traumatismes. Selon eux, le contact avec des histoires de résilience, ou encore le courage dont font preuve les personnes rencontrées face à l'adversité, amène certains intervenants à transformer positivement leur perception de la vie et de leur profession (Bauwens & Tosone, 2010; J. L. Herman & Harvey, 1997; Tosone et al., 2003).

Afin de prévenir les conséquences négatives de l'intervention en santé mentale auprès de personnes réfugiées, des études recommandent que l'intervenant soit sensibilisé aux risques possibles de développer des symptômes de fatigue de compassion afin de prendre conscience de ses habiletés et d'entretenir constamment sa vitalité et ce, autant dans les étapes de formation que de supervision (P. Brillon, 2020; Hernandez-Wolfe et al., 2015). Une étude australienne a interrogé 41 intervenants sur les stratégies mises en place pour préserver leur bien-être tout en travaillant auprès des personnes réfugiées (Posselt et al., 2020). Plusieurs facteurs facilitants ressortent de cette étude, parmi lesquels le soutien des collègues et de l'équipe mais aussi le soutien de la famille et des amis, la thérapie, les activités physiques et mentales (méditation, respiration, pleine conscience, etc.), la spiritualité, l'accès aux opportunités de croissance professionnelle telles que la supervision et les formations ou encore la capacité à délimiter la vie personnelle et la vie professionnelle.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

1.3. Les pratiques et les mesures de soutien en santé mentale au Québec

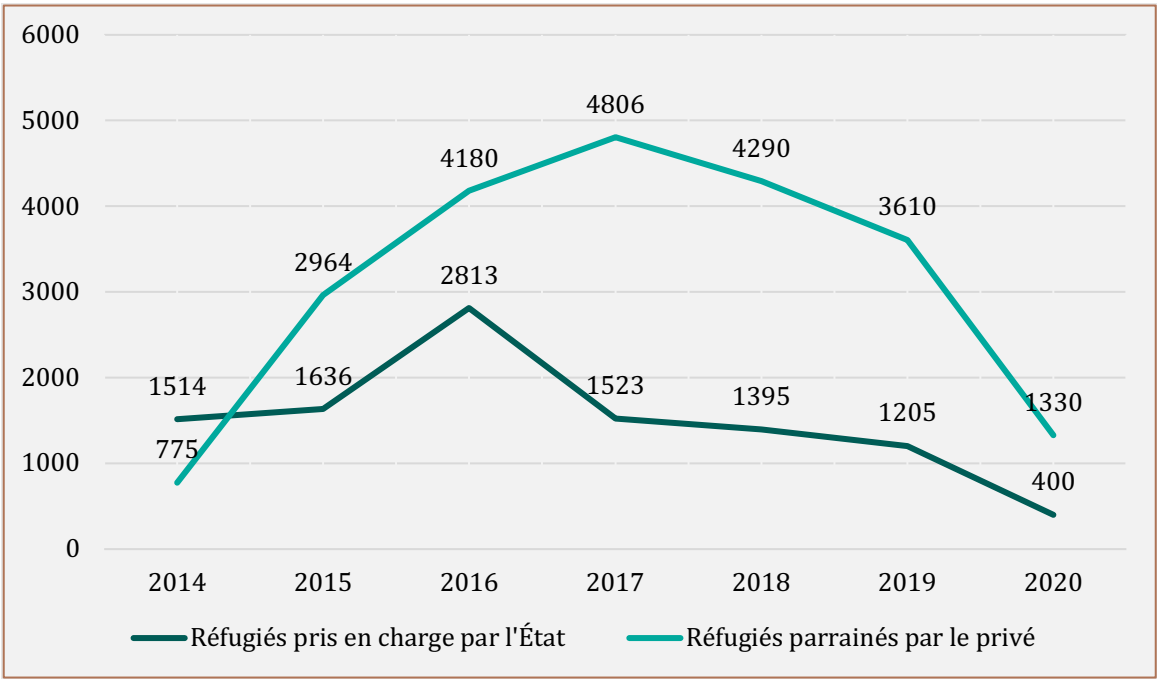
Au regard de la santé mentale et des pratiques prometteuses de l'intervention auprès de personnes réfugiées présentées ci-dessus, la province du Québec présente une réalité propre en ce qui concerne l'accueil des personnes réfugiées et les pratiques et mesures de soutien en santé mentale à leur endroit. Cette dernière section de la recension des écrits est ancrée dans le contexte québécois. Notons qu'il existe peu de littérature scientifique relative à ce sujet et que la majorité des références de cette section sont issues de la littérature grise. Nous présentons quelques chiffres de l'accueil des réfugiés au Québec, puis les ressources dont le mandat est dédié aux personnes réfugiées. Ensuite, elle présente d'autres initiatives qui ne sont pas spécifiquement orientées pour desservir cette population ou agir en santé mentale mais qui contribuent toutefois à soutenir le bien-être et la santé mentale de ces personnes nouvellement réinstallées et qui collaborent les unes avec les autres pour faciliter leur intégration.

1.3.1. Quelques chiffres sur l'accueil de réfugiés au Québec

L'accueil de personnes réfugiées au Québec fluctue dans le temps en fonction des événements internationaux. Les pays de provenances et les langues parlées varient et avec eux les réalités vécues se déclinent en une multitude d'enjeux, du pays d'origine au pays d'accueil. Comme l'illustre la Figure 3, l'année 2015 a marqué un tournant dans l'accueil des réfugiés au Québec : non seulement le nombre de personnes réinstallées a doublé par rapport aux années précédentes, passant de 2289 à 4600 personnes, mais également le nombre de réfugiés parrainés par le privé a, pour la première fois, dépassé le nombre de RPCE.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Figure 3 - Nombre de personnes réfugiées accueillies au Québec de 2014 à 2020, par catégorie



Cette réalité s'explique en grande partie par la mobilisation citoyenne autour de l'accueil de réfugiés syriens : l'année 2016 a connu un pic de 2813 RPCE accueillis au Québec et l'année suivante s'est soldée par un record de 4806 parrainages privés (IRCC, 2021). Finalement, et sans surprise, l'année 2020 a été marquée par une baisse drastique du nombre de personnes réfugiées accueillies au Québec, en raison de la pandémie de COVID-19.

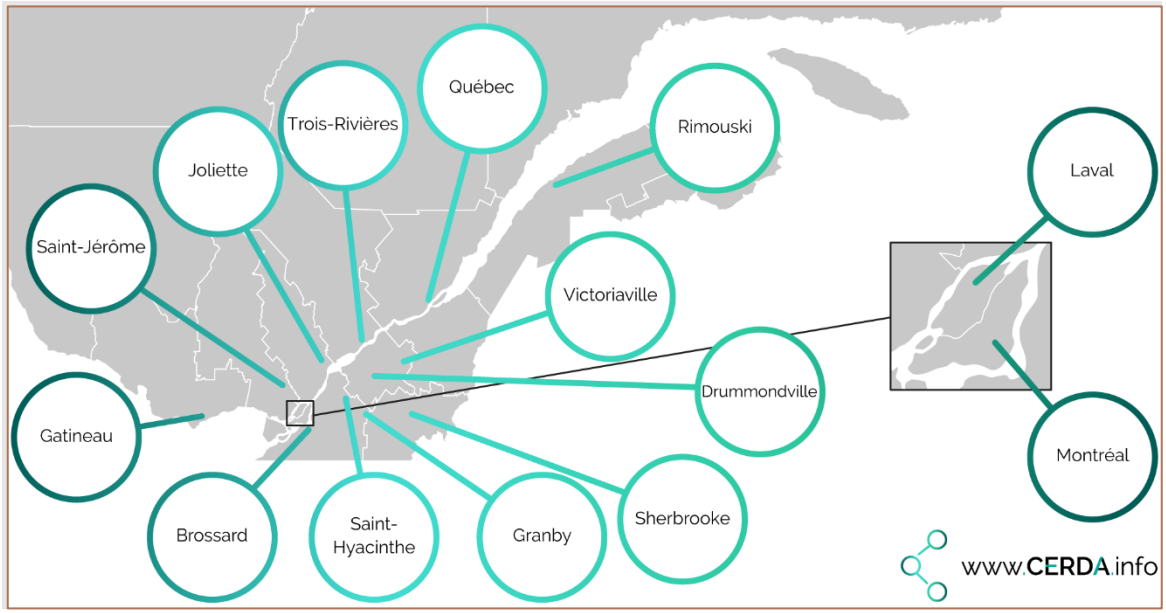
Depuis 2015, la Syrie est le principal pays de naissance des réfugiés accueillis au Québec, dans les deux catégories. Hormis la Syrie, les pays de naissance des RPCE sont principalement des pays africains tandis que ceux des RP sont principalement des pays du Moyen-Orient et d'Asie Occidentale (MIFI, 2021a). Par conséquent, leur connaissance des langues officielles varie en fonction des pays de naissance et de provenance, mais aussi selon les catégories de réfugiés. Ainsi, de 2015 à 2020, la proportion de personnes ne parlant aucune des langues officielles était plus élevée chez les RPCE (65,7%) que chez les réfugiés parrainés par le privé (41,5%). Par contre, une plus forte proportion de RPCE (18,5%) maitrisait le français alors que les réfugiés parrainés par le privé maitrisaient davantage l'anglais (47,1%). Cette réalité risque de compliquer l'installation et l'intégration des personnes réfugiées qui arrivent dans la province.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

1.3.2. Des services spécifiquement mandatés pour l'accueil des personnes réfugiées

Afin de favoriser l'intégration des personnes réfugiées et de réduire les impacts de certaines difficultés, le MIFI et le MSSS offrent des services complémentaires à travers les organismes communautaires et les équipes de santé des réfugiés, situés dans l'une des 14 villes désignées par le MIFI pour l'accueil des RPCE (Figure 4).

Figure 4 - Villes mandatées par le MIFI pour l'accueil de réfugiés



Les organismes communautaires mandatés par le MIFI. Au Québec, l'accueil des RPCE relève en grande partie de services spécialisés offerts par les organismes communautaires mandatés par le MIFI pour l'accueil de ces personnes dès leur arrivée et l'accompagnement dans leur intégration. Les lignes directrices guidant les services offerts aux RPCE sont balisées par le *Programme d'accompagnement et de soutien à l'intégration* du MIFI (MIFI, 2021b). Notons que l'accueil et l'accompagnement des réfugiés parrainés par le privé est de la responsabilité des parrains.

Bien que l'objectif de cette section ne soit pas de détailler les services offerts aux RCPE de manière exhaustive, nous précisions ici quelques étapes. Une fois arrivés au Québec, les personnes RCPE sont dirigées vers l'une des 14 villes désignées et accueillies par l'organisme communautaire local mandaté par le MIFI. Dans les premiers temps, un hébergement temporaire leur est fourni et les personnes sont accompagnées par les intervenants pour les premières démarches d'installation (obtention d'un numéro d'assurance sociale, de la carte d'assurance maladie, de l'aide financière de dernier recours, d'un compte bancaire ainsi que

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

la recherche de logement et la signature d'un bail, trouver des biens essentiels tels que de la nourriture et des vêtements, etc.).

Les intervenants assurent également un soutien pendant la période d'aménagement afin de comprendre le fonctionnement de la vie en logement et, une fois cette étape terminée, les personnes réfugiées sont accompagnées pour l'aide avec l'inscription des enfants à l'école et des adultes à la francisation (si nécessaire), ainsi que pour d'autres démarches administratives afin d'obtenir les allocations gouvernementales auxquelles elles ont droit (MIFI, 2021b).

Finalement, les personnes réfugiées bénéficient d'un soutien de la part des intervenants de l'organisme communautaire mandaté, pendant encore quelques années après leur arrivée. Elles peuvent participer à diverses activités organisées, notamment des séances d'information sur des thèmes variés (p.ex. : déclaration d'impôts, système scolaire, etc.), des activités familiales et de loisirs, etc.

Les équipes de santé des réfugiés mandatées par le MSSS. Dans les jours suivant leur arrivée, les personnes réfugiées sont également mises en lien avec l'équipe de santé des réfugiés de leur ville d'accueil, dans l'un des 11 CISSS et CIUSSS au Québec mandatés par le MSSS. Ces équipes offrent une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique aux personnes réfugiées nouvellement réinstallées et leurs services sont balisés par des orientations ministérielles nommées *Une passerelle vers un avenir en santé* (MSSS, 2018). Ces services sont offerts autant aux RPCE qu'aux réfugiés parrainés par le privé.

L'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique vise à dépister d'éventuelles problématiques physiques (par ex. : maladies infectieuses et chroniques) et psychosociales (par ex. : symptômes d'anxiété, de dépression, de stress post-traumatique) afin de mieux orienter les personnes réfugiées vers les services de santé et les services sociaux appropriés. Elle comporte deux volets : un volet santé physique qui est réalisé par un infirmier ainsi qu'un volet psychosocial qui est réalisé par un travailleur social. Chacun des deux volets se déroule en deux visites. Les premières visites consistent en une analyse du besoin et de la demande (1ère étape) alors que les secondes visites permettent de mener une évaluation de l'état de santé physique et du bien-être (2ème étape). Depuis le 1er juillet 2021, les orientations ministérielles recommandent que la première visite de chacun des volets soit effectuée dans les 30 jours suivant l'arrivée des personnes réfugiées dans leur ville d'accueil et que la

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

seconde visite ait lieu dans les 90 jours suivant l'arrivée. Les orientations ministérielles prévoient également que les personnes réfugiées peuvent se prévaloir des services jusqu'à six mois après leur arrivée au Québec.

Cela dit, s'agissant d'une offre de services volontaire, il est possible que les personnes n'utilisent pas la totalité des services qui leur sont offerts. De plus, il est important de noter que les services d'évaluation offerts par les équipes de santé des réfugiés ne constituent pas une prise en charge, mais viennent plutôt agir comme passerelle : dans une période où les personnes réfugiées ne sont pas encore familières avec le fonctionnement du système, ces services visent à favoriser l'intégration des personnes réfugiées au sein de la société québécoise en étant une porte d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Ainsi, dès l'arrivée des personnes réfugiées et pendant leurs premières années au Québec, les intervenants des milieux communautaires et de la santé veillent à leur soutien psychosocial et psychologique. De plus, au-delà de ces ressources spécifiques mandatées, d'autres organismes communautaires ainsi que les communautés locales sont sollicités par les personnes réfugiées et se mobilisent en mettant sur pieds divers services et initiatives adaptés aux besoins de ces personnes. Cela dit, malgré la mobilisation des organismes communautaires et le travail crucial des intervenants, force est de constater que la préparation des milieux aux enjeux psychosociaux et de santé mentale qui touchent plusieurs personnes réfugiées ainsi que l'accès à des services spécialisés, reste encore un défi.

1.3.3. D'autres ressources offrant du soutien psychosocial et en santé mentale

Les organismes communautaires mandatés et les équipes de santé des réfugiés, dont les services décrits précédemment sont spécifiquement dédiés aux personnes réfugiées, font le constat de certaines limites, que ce soit dans leurs mandats ou dans leur localisation. En effet, si les personnes RPCE sont réparties dans les 14 villes d'accueil, les personnes réfugiées parrainées par le privé peuvent s'établir dans d'autres villes de la province où ces services n'existent pas. De plus, même si les personnes réfugiées peuvent bénéficier de services psychosociaux et de santé physique et mentale offerts par le RSSS (Arsenault S., 2019) par le biais de leur PFSI et/ou de leur carte RAMQ, la littérature a montré qu'elles pouvaient rencontrer des obstacles et, par conséquent, se tourner vers d'autres ressources.

Pour pallier à ces limites, les intervenants travaillent en collaboration avec d'autres acteurs qui couvrent des sphères complémentaires. De plus, les personnes réfugiées elles-mêmes

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

fréquentent divers milieux et rencontrent divers acteurs selon leurs besoins. Ces acteurs, qu'ils soient spécialisés en santé mentale ou auprès d'une clientèle culturellement diversifiée, reçoivent des personnes réfugiées et certaines ont mis en place des initiatives afin d'adapter leurs interventions à cette population spécifique. Cette section présente, bien que de façon non exhaustive, quelques exemples d'initiatives d'intervention psychosociale ou en santé mentale développées pour les personnes réfugiées par des ressources 1) communautaires, 2) d'intervention ciblée et 3) spécialisées (i.e cliniques ethnoculturelles spécialisées).

Des ressources communautaires. Sur le territoire québécois, deux instances regroupent un grand nombre d'organismes communautaires susceptibles de rencontrer des personnes réfugiées. La Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) est vouée à la défense des droits et à la protection des personnes réfugiées et immigrantes dans leur parcours d'établissement et d'intégration au Québec ; l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS) représente les intérêts des communautés ethnoculturelles auprès des instances décisionnelles en matière de santé et de services sociaux.

Ces organismes affichent une diversité de profils : certains offrent des services à l'ensemble de la population immigrante tandis que d'autres ciblent des groupes (p. ex. : jeunes, femmes monoparentales, sans-abris, personnes handicapées, ainés, communautés spécifiques, etc.) et d'autres encore ciblent des secteurs (p. ex. : emploi). Par exemple, la Maison Bleue est spécialisée en périnatalité sociale et offre un accompagnement et un soutien aux femmes en contexte de vulnérabilité, dont celles avec un statut migratoire précaire ou manifestant des problèmes de santé mentale. L'association multiethnique pour l'intégration des personnes réfugiées (AMEIPH) a pour mission de contribuer au développement du plein potentiel et du pouvoir d'agir des personnes sans discrimination de handicap ou de statut. Bien que les personnes réfugiées soient fondues dans la clientèle plus large de ces organismes, certains ont développé des services spécifiques à cette population.

Dans tous les cas et même si ce n'est pas leur mandat initial, ces organismes contribuent à soutenir les personnes réfugiées sur le plan psychosocial et agissent donc, de manière informelle, sur leur santé mentale. Que ce soit à travers des services de base tels que l'aide au logement ou à la recherche d'emploi, ou à travers des services spécifiques à une problématique en particulier tels que du répit parental ou de l'accompagnement périnatal, leurs interventions se situent dans les deux premières phases du modèle pyramidal décrit

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

précédemment et peuvent rétablir les réseaux de soutien social, promouvoir le partage des problèmes afin d'identifier des solutions et ainsi renforcer les stratégies d'adaptation positives auprès des personnes réfugiées. À ce titre, l'exemple de la Maison Bleue a fait l'objet d'une recherche sur la façon dont ces services renforcent la résilience chez les mères immigrantes vivant à Montréal (Aubé et al., 2019).

D'autres organismes dont la mission est centrée sur le soutien en santé mentale ont également élargie leur offre de services afin de répondre à la clientèle des personnes réfugiées. La Maison Multiethnique Myosotis est un organisme à but non lucratif qui œuvre dans le domaine de la santé mentale et qui offre des services auprès des communautés culturelles à Montréal. Cet organisme offre des services de consultation psychologique et d'art thérapie pour les individus, les familles et les couples en plusieurs langues. Les thérapies sont offertes avec un tarif en fonction du revenu du client. L'organisme offre également à ses membres des services de référence dans la communauté afin d'aider à l'intégration sociale, aux soins et à l'autonomie.

Des ressources d'intervention ciblées. Bien que peu nombreuses, certaines ressources se situent au troisième niveau du modèle pyramidal soit les interventions ciblées.

Basé à Montréal, le Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée (RIVO) a pour mission de favoriser la réhabilitation et l'intégration de nouveaux arrivants et de toute personne ayant été traumatisée, avant leur arrivée au Canada, par la violence organisée, spécifiquement les personnes réfugiées et en demande d'asile (RIVO, 2021). Le RIVO fonctionne comme un réseau de fournisseurs de services, notamment des psychologues et des travailleurs sociaux qui offrent un soutien psychologique. Les interventions comprennent la psychothérapie individuelle, familiale et de groupe, la massothérapie et la formation pour les travailleurs de première ligne. Bien que la majorité des membres du RIVO travaillent à Montréal, il arrive que certains soient installés dans d'autres villes du Québec et offrent des services hors de Montréal.

Également, le Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke (CIPUS) est un centre de formation pour les étudiants au doctorat en psychologie, qui offrent des services de consultation et d'intervention psychologique. En 2019, le CIPUS a obtenu un financement lui permettant de penser un élargissement de ses services aux personnes réfugiées présentant des troubles psychotiques ou des TSPT (Radio-Canada, 2019).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Les cliniques ethnoculturelles spécialisées. Plusieurs initiatives relèvent de la clinique culturelle et de l'ethnopsychiatrie[10] qui ont commencé à voir le jour dans les années 90 suite à des préoccupations de praticiens qui se sont mobilisés afin de développer des services accessibles pour la clientèle immigrante dont les personnes réfugiées, ainsi que pour les intervenants. Ces cliniques sont majoritairement centrées sur la prise en compte des problématiques liées à la culture et aux parcours migratoires dans les soins de santé mentale.

À Montréal, nous avons recensé cinq cliniques basées sur le modèle de l'ethnopsychiatrie. La clinique de psychiatrie transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon (Chiasson & Baillargeon, 2017) est la première clinique à avoir vu le jour, suivie de la Clinique de l'Hôpital de Montréal pour enfant, la Clinique transculturelle de l'Hôpital Général Juif (Measham et al., 2019), ainsi que la Clinique de pédiatrie transculturelle de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2017). De plus, basé sur ces modèles, une clinique a également vu le jour à Québec, soit le Service d'aide psychologique spécialisé aux immigrants et réfugiés (SAPSIR) (Chenouard, 2019; Measham et al., 2019). Le SAPSIR est affilié au CIUSSS de la Capitale-Nationale selon une entente avec l'Université Laval (CIUSSS-CN, 2021). Les psychologues détiennent une expertise dans le traitement des problèmes complexes en santé mentale et basent leurs interventions cliniques sur l'approche interculturelle. La clientèle est prioritairement composée de personnes ayant été exposées à des situations extrêmes telles que génocide, torture, guerre et susceptible de présenter des symptômes sévères de détresse psychologique. Le SAPSIR a également un volet destiné aux intervenants, à travers des formations en intervention interculturelle ainsi que du coaching clinique.

Bien que les objectifs, les clientèles et l'organisation puissent différer d'une clinique à l'autre, toutes s'inspirent des principes de l'ethnopsychiatrie et présentent des fondements communs. Ainsi, de façon générale, ces cliniques ont pour mission de soutenir la clientèle présentant des problèmes de santé mentale ou d'adaptation pouvant être en lien avec des traumatismes de guerre, des processus de deuils et des angoisses, dont la composante culturelle doit être prise en compte.

Elles offrent également des services de consultation auprès d'intervenants ayant des préoccupations concernant des diagnostics ou des problématiques de santé mentale

[10] L'ethnopsychiatrie est un modèle de soins et de prise en charge des problématiques liées à la migration et à la psychopathologie des migrants en prenant en compte dans le processus thérapeutique les représentations culturelles des parties en présence. Ce modèle favorise la parole et l'expression des émotions dans la langue maternelle.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

complexes ou encore des questions portant sur les traitements culturellement appropriés. Les consultations culturelles requièrent la collaboration de plusieurs professionnels. Finalement, ces cliniques travaillent également à sensibiliser, informer et former les intervenants.

Même si l'ethnopsychiatrie demeure marginale dans les services de santé mentale et dans les institutions de santé et de services sociaux, cette approche propose des modes d'intervention pour intervenir dans des situations complexes pour lesquelles les services conventionnels n'ont parfois pas de réponse. Ainsi, la pratique ethnopsychiatrique au Québec montre l'engagement des professionnels de la santé, notamment les médecins et psychiatres, à favoriser une approche allant à l'encontre de la tendance nord-américaine à médicaliser les problèmes de santé mentale, et à mettre de l'avant des approches multidisciplinaire favorisant la complémentarité des points de vue ainsi que la co-construction de sens et de solutions entre les personnes réfugiées et les professionnels de la santé.

Pour terminer, mentionnons que le Centre de ressources multiculturelles en santé mentale (CRMSM) de l'Université McGill offre une plateforme d'information en santé mentale pour les personnes de diversité culturelle et ethnique dont les personnes réfugiées (obtenir de l'aide en santé mentale, ressources multilingues, etc.) ainsi que pour les intervenants auprès de cette clientèle (formations, outils cliniques, etc.) (CRMSM, 2021). Le CRMSM est composé d'une équipe multidisciplinaire de professionnels de différents milieux ethnoculturels à travers le Canada. Il a développé un site web regroupant diverses ressources dans le but d'améliorer la qualité et l'accessibilité aux services de santé mentale pour les personnes d'origine culturelle et ethnique diverse.

En guise de conclusion, concernant les ressources québécoises, cette recension des écrits nous a permis de dégager trois principaux constats :

- Premièrement, peu de ressources ont pour mission d'intervenir spécifiquement en santé mentale auprès des personnes réfugiées, et les organismes communautaires tendent à assumer ce mandat bien que ce ne soit pas leur rôle.
- Deuxièmement, nous remarquons une inégalité de la répartition des services entre la ville de Montréal et les autres villes de la province. Pourtant, rappelons que les personnes réfugiées sont réparties dans 14 villes d'accueil selon une politique de

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

régionalisation de l'immigration, mais aussi que certaines villes ont des programmes, notamment dans le domaine de l'emploi, pour attirer de la main d'œuvre.

- Troisièmement et pour finir, il y a un manque de littérature concernant les pratiques et les mesures de soutien en santé mentale auprès des personnes réfugiées réinstallées au Québec. Ainsi, afin de bonifier nos recherches et de consolider nos recommandations, nous avons entrepris une démarche de collecte de données auprès des acteurs de divers milieux au Québec. Les résultats du questionnaire en ligne ainsi que des entrevues semi-dirigées sont présentés dans la prochaine section.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

CHAPITRE 2 – RÉSULTATS DE LA DÉMARCHE D'ENQUÊTE DE TERRAIN

Tel que mentionné dans la section relative à la méthodologie, la démarche d'enquête de terrain a impliqué un volet quantitatif s'appuyant sur un questionnaire en ligne ainsi qu'un volet qualitatif basé sur des entrevues semi-dirigées. Nous présentons ici les résultats combinant les données quantitatives et qualitatives. La première partie dresse le profil sociodémographique des répondants et des participants[11], la seconde partie traite du parcours et de l'état de santé des personnes réfugiées, la troisième partie expose les services en santé mentale et les défis d'accès à ces services et, finalement, la dernière partie présente les pratiques qui facilitent l'intervention selon les participants.

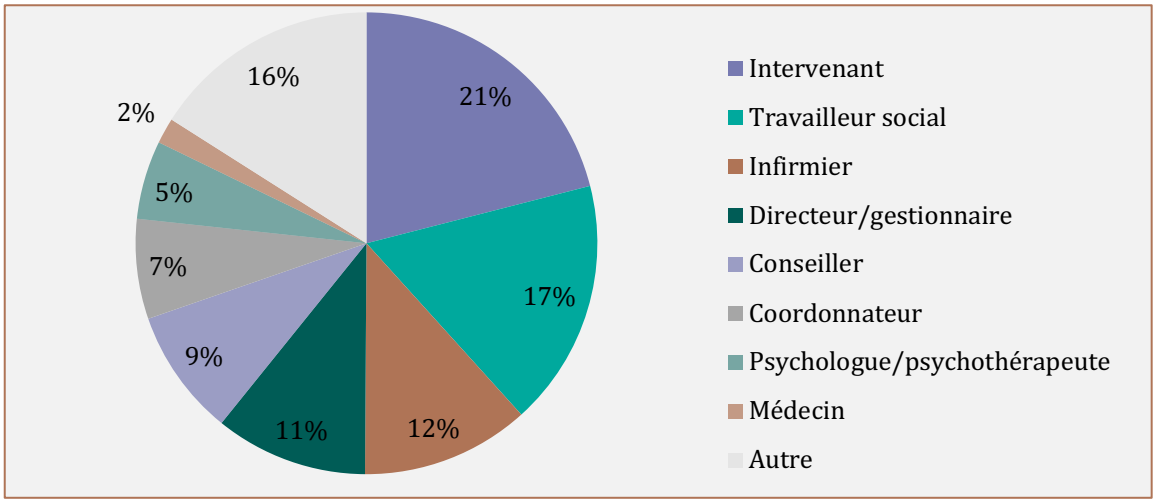
2.1. PROFIL SOCIODÉMOGRAPHIQUE

2.1.1. Participants au questionnaire en ligne

Au nombre de 271, les répondants au questionnaire en ligne sont majoritairement de sexe féminin, soit 81,9% de femmes, contre 17% d'hommes. Les autres répondants (1,1%) ont coché « autre » ou n'ont pas répondu à la question du genre. Leur âge varie entre 20 ans et 75 ans, avec une moyenne de 41 ans.

Fonctions. Les fonctions qu'ils occupent sont variées, comme l'illustre la Figure 5 :

Figure 5 - Répartition des répondants au questionnaire, par fonction (%)



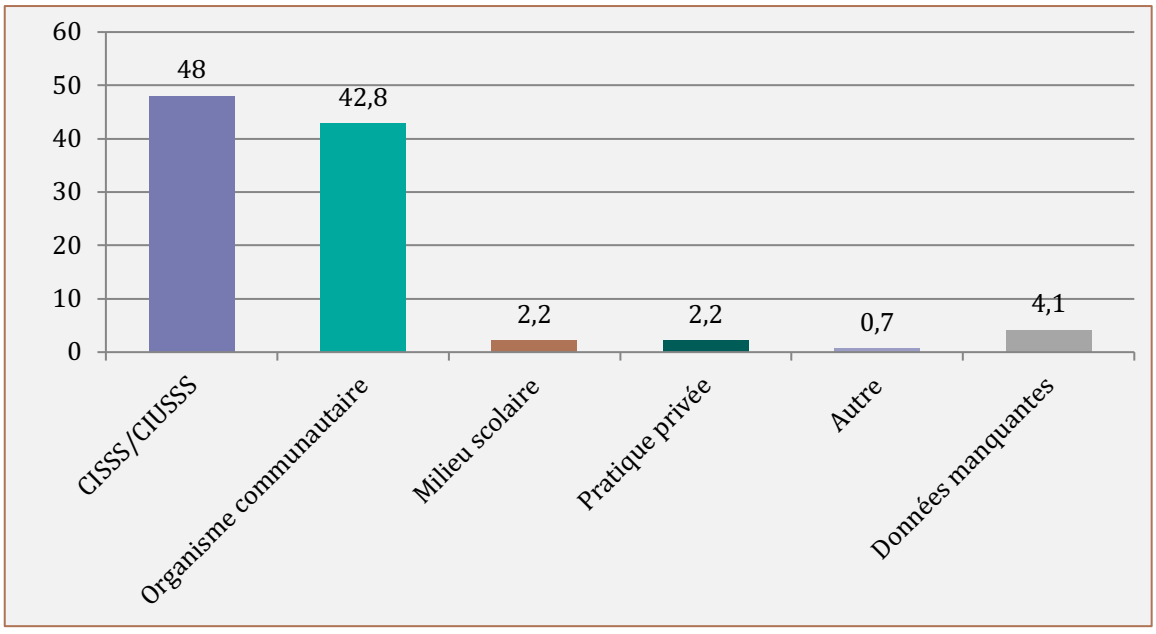
[11] Dans la section des résultats, par le terme « répondant » nous référons aux personnes ayant répondu au questionnaire en ligne alors que l'utilisation du terme « participant » fait référence aux personnes ayant participé à une entrevue semi-dirigée.

Les autres répondants sont des agents de liaison, des agents de développement, des psychoéducateurs, des éducateurs, des étudiants, etc. Aux fins de compréhension de la suite de cette section, notons que les médecins, psychologues et psychothérapeutes font parfois l'objet de résultats ou de commentaires les regroupant car ils sont considérés comme travaillant spécifiquement en santé mentale.

Concernant l'ancienneté professionnelle des répondants, elle est en moyenne de neuf ans, avec une médiane estimée à cinq ans. Les données révèlent également que deux participants sur cinq ont moins de cinq années d'expérience professionnelle.

Milieux de travail. Tel qu'illustré dans la Figure 6, la grande majorité des répondants au questionnaire en ligne travaille au sein d'un CISSS ou CIUSSS (48%), et parmi ces derniers la plupart dans des CLSC (39,5% de tous les répondants). Également, 42,8% des répondants travaillent au sein d'organismes communautaires dont la plupart œuvrent dans l'un des organismes mandatés par le MIFI dans l'une des 14 villes d'accueil de personnes réfugiées (88%), ce qui représente 37,6% de tous les répondants au questionnaire en ligne.

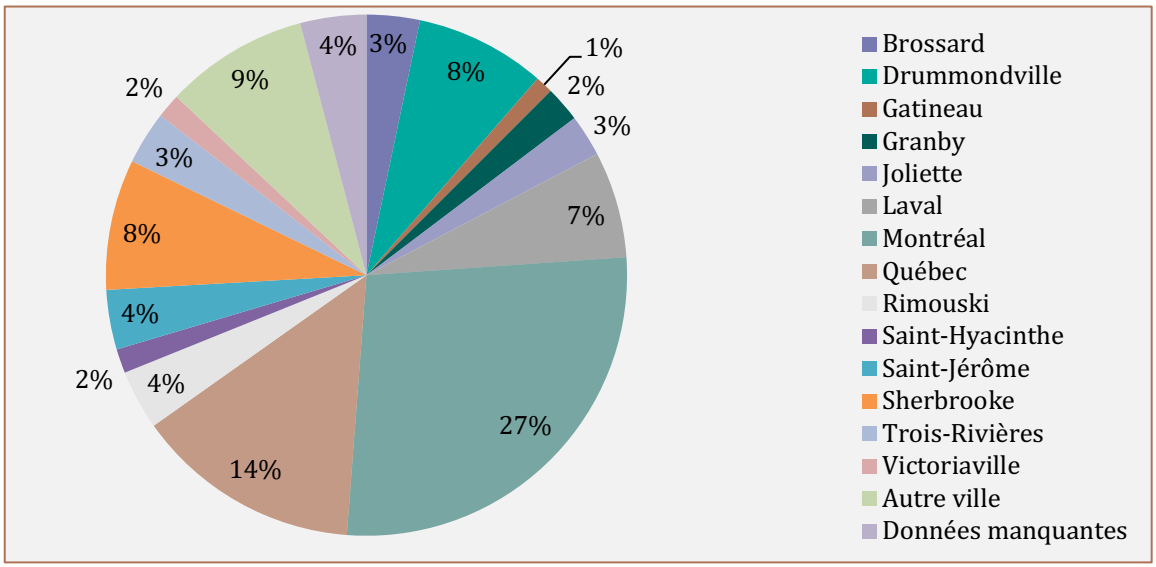
Figure 6 - Milieux de travail des répondants au questionnaire (%)



Villes. Chacune des 14 villes d'accueil est représentée, à savoir : Brossard, Drummondville, Gatineau, Granby, Joliette, Laval, Montréal, Québec, Rimouski, Saint-Hyacinthe, Saint-Jérôme, Sherbrooke, Trois-Rivières et Victoriaville (Figure 7).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

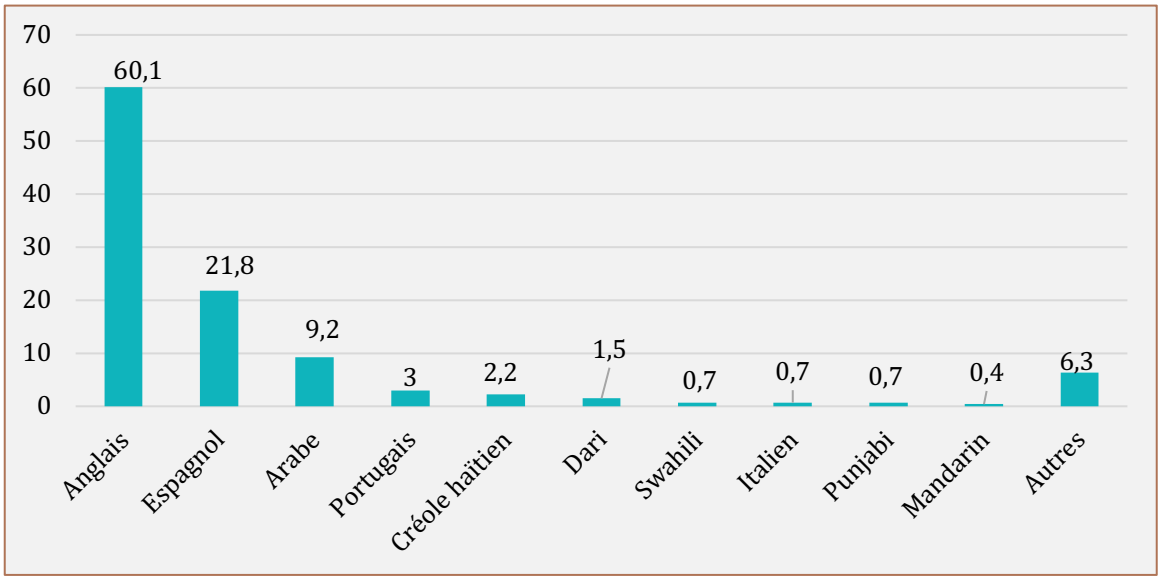
Figure 7 - Répartition des répondants selon la ville de travail (%)



Il est à noter également qu'un peu plus du quart des répondants (27,3%) exerce à Montréal, et plus spécifiquement que plus de la moitié des médecins, psychologues/psychothérapeutes et psychoéducateurs ayant répondu au questionnaire en ligne exerce à Montréal.

Connaissances linguistiques. Mis à part la maitrise du français qui était un prérequis pour compléter le questionnaire, 60,1% parle l'anglais, 21,8% l'espagnol et 9,2% l'arabe. D'autres langues étaient représentées en faible proportion parmi les participants (portugais, créole haïtien, dari, swahili, italien, punjabi, mandarin) (Figure 8).

Figure 8 - Langues parlées par les répondants au questionnaire, autre que le français (%)

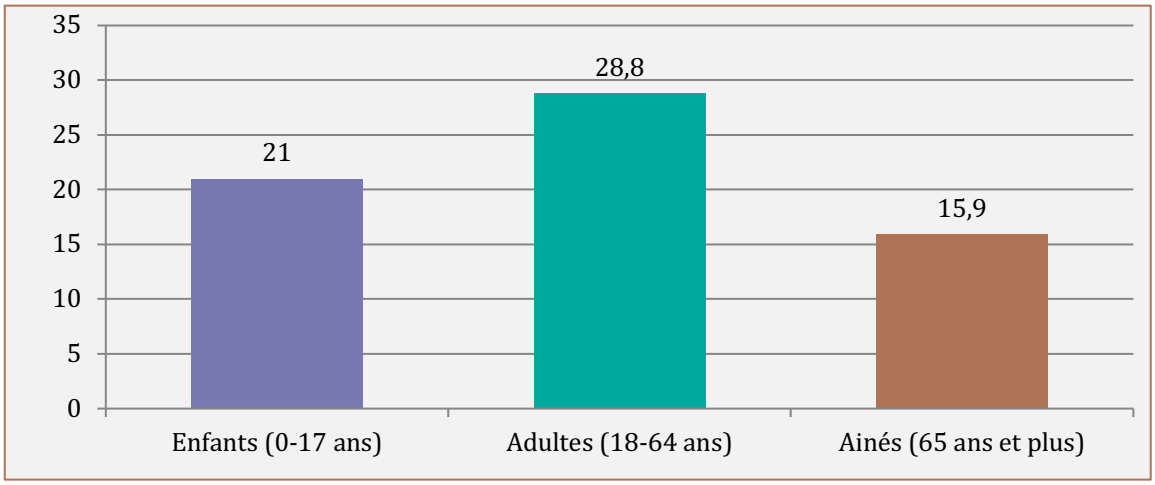


© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Notons également que la proportion de répondants parlant plus qu'une langue est plus élevée dans le milieu communautaire (71,6%) que dans les CISSS et CIUSSS (62,8%).

Clientèle desservie. Au sein de leurs organisations, dont les clientèles sont multiples, la grande majorité des répondants au questionnaire (81,5%) s'occupent spécifiquement des personnes réfugiées ou en demande d'asile. Comme l'illustre la Figure 9, les participants qui desservent une clientèle enfant et une clientèle ainée sont moins nombreux que ceux qui desservent une clientèle adulte.

Figure 9 - Proportion de participants selon la tranche d'âge de la clientèle desservie (%)



On note que 16,6% des répondants offrent des services à une ou des communauté(s) ethnique(s), culturelle(s) ou religieuse(s) spécifique(s). Il s'agit le plus souvent :

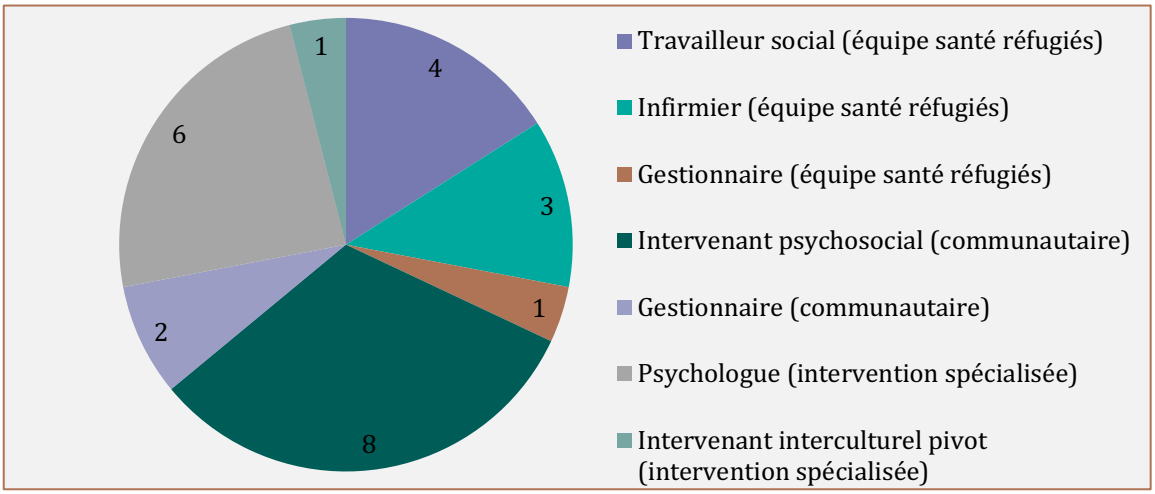
- De communautés en provenance d'un lieu géographique bien défini (Afghanistan, Syrie, Asie du Sud-Est, Afrique, Amérique latine, Inde, Pakistan, Bangladesh ou Sri Lanka) ;
- De communautés utilisant une même langue (arabophone, hispanophone, dari, etc.);
- De communautés religieuses (juive, catholique, musulmane, etc.).

2.1.2. Participants aux entrevues semi-dirigées

Les participants aux entrevues individuelles sont au nombre de 25, dont 10 en provenance du milieu communautaire, 8 d'une équipe de santé des réfugiés et 7 en intervention spécialisée (Figure 10).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Figure 10 - Répartition des participants aux entrevues, par fonction (n)



De plus, plusieurs participants ont occupé plusieurs fonctions professionnelles au cours de leur carrière ou même encore actuellement (p. ex. : travailleur social, psychothérapeute, formateur, enseignant-chercheur, bénévole).

Concernant l'ancienneté et l'expérience auprès de personnes réfugiées, les intervenants ont évoqué leur ancienneté au poste actuellement occupé, mais aussi la variabilité des contextes professionnels où ils ont exercé (p. ex. : public, privé, type d'organismes), ainsi que leur formation académique dans le domaine.

2.2. La santé mentale des personnes réfugiées vue par les intervenants

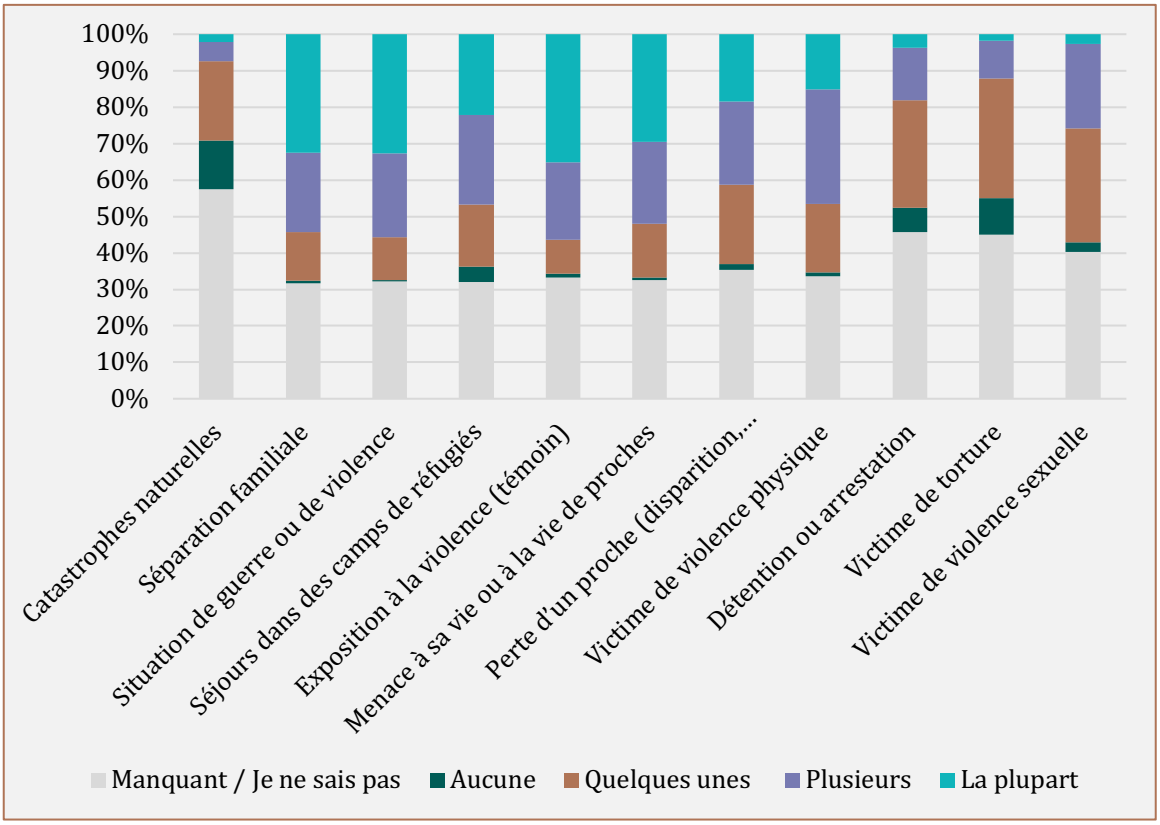
Les personnes réfugiées que rencontrent les répondants au questionnaire ainsi que les participants aux entrevues arrivent au Québec avec le bagage souvent difficile de leur parcours migratoire. Cependant, les répondants et les participants rapportent aussi les difficultés d'installation et d'intégration des personnes réfugiées dans un contexte de perte de repères et d'adaptation.

2.2.1. Le parcours migratoire interrogé par les intervenants

Plus de la moitié des répondants au questionnaire rapportent que les vécus auxquels la plupart ou plusieurs personnes réfugiées font face sont d'être témoins de violence (56,5%), d'avoir vécu des situations de guerre ou de violence organisée (55,7%), d'avoir été victimes de séparation familiale (54,3%) et/ou d'avoir reçu des menaces à leur vie ou à celle d'un proche (52%) comme le montre la Figure 11 ci-dessous.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Figure 11 -Fréquence des vécus relevés par les répondants au questionnaire au sein de leur clientèle réfugiée (%)



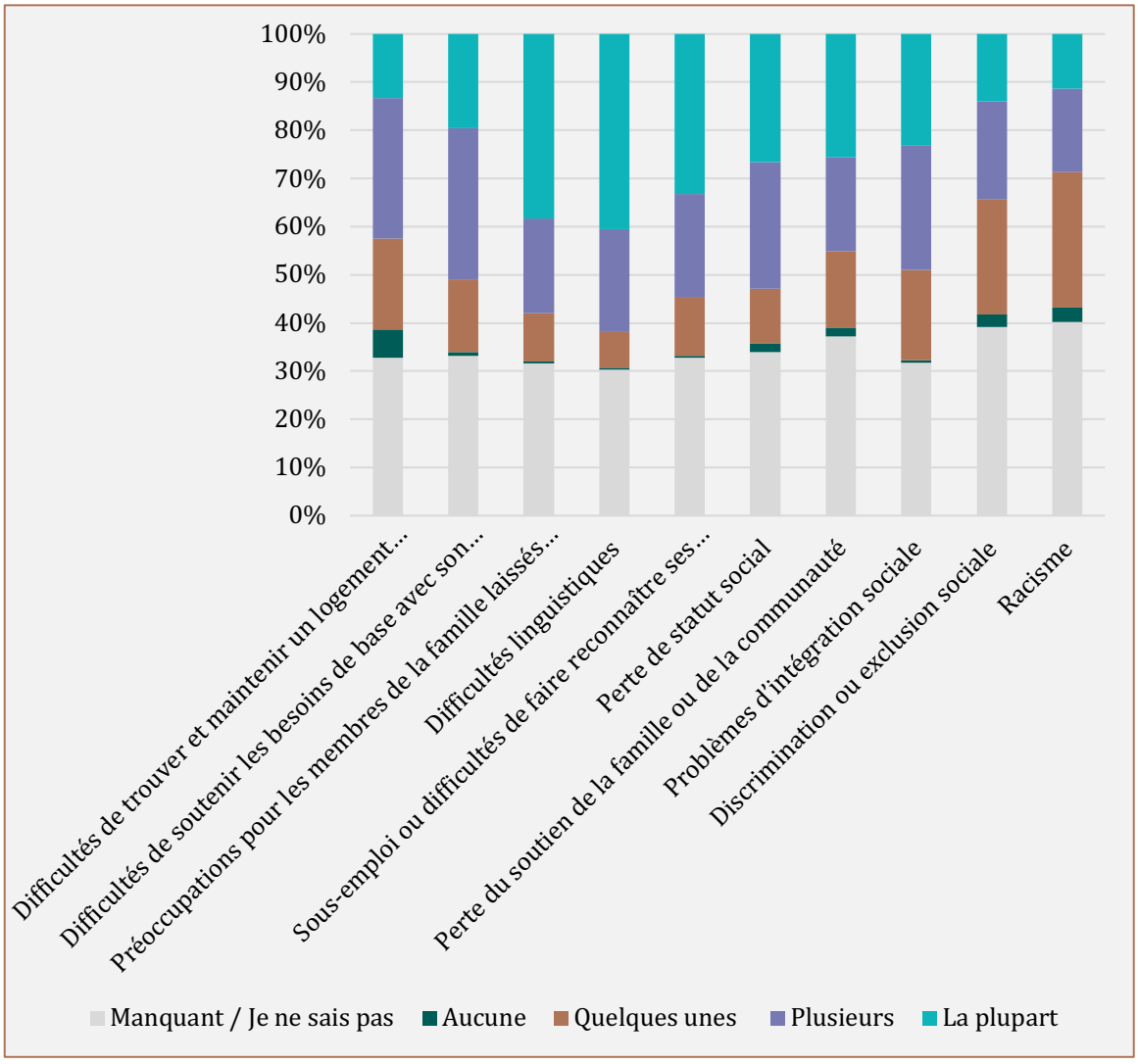
Cependant, on observe également qu'au moins un tiers des répondants a indiqué ne pas connaitre le vécu pré-migratoire des personnes réfugiées rencontrées ou n'a pas répondu à la question. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le dévoilement des vécus traumatiques ne s'inscrit pas dans l'interaction avec l'intervenant, ou que les personnes réfugiées ne les dévoilent pas. Il se pourrait également que les personnes réfugiées soient principalement préoccupées par des besoins de base de l'ordre de l'installation, tel que rapporté par certains participants aux entrevues.

> *C'est rare comme je vous ai dit, c'est rare où les familles quand ils arrivent, ils parlent de ça, c'est rare. Ce qu'ils veulent c'est vraiment des besoins urgents, maison, on a besoin d'habits par exemple, des habits parce qu'on n'en a pas ou on a besoin de ça […]. Une fois qu'ils ont toutes ces choses-là, une fois qu'ils sont installés chez eux, c'est là qu'ils nous parlent. Quand il y a par exemple, ils ont laissé un membre de la famille, ça ils le disent dès que j'arrive le soir pour leur montrer le fonctionnement de la chambre d'hôtel, ils m'en parlent : J'ai mon frère, mon fils ou ma mère, ça c'est tout de suite. Mais leur vécu à eux, jamais, jamais quand ils arrivent, jamais.*
>
> - Gestionnaire, organisme communautaire mandaté par le MIFI

2.2.2. Les difficultés vécues au Québec

Plus de la moitié des répondants au questionnaire estime que les difficultés post-migratoires auxquelles la plupart ou plusieurs personnes réfugiées sont confrontées sont des difficultés linguistiques (62%), des préoccupations pour les membres de la famille laissés derrière (58%), des situations de sous-emploi ou des difficultés pour faire reconnaître leurs équivalences d'études et exercer leur profession (54,6%), la perte de statut social (52,8%), des difficultés pour subvenir aux besoins de base avec leur revenu (51%). Plus du tiers des répondants relève des problèmes d'intégration sociale (49%), la perte du soutien de la famille ou de la communauté (45,1%) et des difficultés pour trouver et maintenir un logement salubre, abordable et approprié (42,5%) (Figure 12).

Figure 12 - Fréquence des difficultés rapportées par les répondants chez leur clientèle réfugiée (%)



© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Les entrevues ont permis d'affiner notre compréhension des difficultés citées par les répondants au questionnaire et qui sont classées ici selon les mêmes facteurs de risque relevés dans la recension des écrits.

Les facteurs socioéconomiques

Malgré des conditions de vies meilleures dans le pays d'accueil, les insatisfactions associées à la situation économique sont souvent rapportées aux intervenants par les personnes réfugiées. Il semble que le soutien financier offert par le gouvernement canadien ne leur permette pas de subvenir aux besoins de base de tous les membres de la famille, en particulier les familles nombreuses. Assister aux cours de francisation tout en assurant les besoins économiques de la famille peut être un enjeu de taille. Le sentiment d'urgence pour faire face au manque de revenu, notamment chez les réfugiés parrainés par la famille, les pousse à accepter des emplois précaires, selon le matériel recueilli. Dans de telles conditions, ces personnes pourraient se retrouver à vivre des situations d'abus par l'employeur qu'elles n'osent pas dénoncer, notamment si elles occupent un emploi non déclaré.

> *Mais c'est toute l'adaptation… trouver un travail…c'est ça qui génère vraiment le stress et la détresse. […] C'est un profil qu'on voit par exemple chez les érythréens. Quelques membres de familles qui se sont mis ensemble et qui ont parrainé une personne. Et là, la famille dit, nous on parraine là. Mais une fois que tu arrives ici, il faut que tu te débrouille parce que nous on n'a pas l'argent pour te soutenir. Ça fait qu'ils habitent plusieurs dans un même appartement. Et là, la personne n'a pas la chance d'aller prendre des cours de francisation parce qu'il faut qu'elle travaille. Parce que la famille qui l'a parrainé a pas de sous. […] Ils travaillent dans les entrepôts aux Dollarama dans des conditions vraiment difficiles. Ils parlent pas du tout la langue, on ne sait pas quand est-ce qu'ils vont vraiment pouvoir prendre des cours de francisation, parce que c'est vraiment. Ils n'ont pas le choix, pis en même temps c'est comme ils sont vraiment très reconnaissants.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

Plusieurs participants aux entrevues ont évoqué les préoccupations des personnes réfugiées nouvellement réinstallées en lien la réalisation des démarches administratives, la procuration des biens essentiels, la recherche d'un logement adéquat et permanent ou encore la recherche d'un emploi qualifié.

> *Souvent les choses qui les dérangent en général c'est des conflits avec les voisins, un propriétaire qui n'est pas correct ou des irritants avec d'autres réfugiés ou peu importe. Donc, c'est vraiment plus des choses sur le moment, ça c'est comme plus à l'arrivée, donc c'est vraiment des histoires de mon matelas, il n'est pas confortable,*

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *ma laveuse, sécheuse. C'est vraiment des choses de la vie de tous les jours on dirait qu'ils nous parlent puis qu'ils nous reparlent et qu'ils nous re-reparlent à toutes les fois qu'on les voit. Des choses sur lesquelles on n'a pas vraiment de contrôle dans le sens que c'est des organismes communautaires qui aident mettons pour les matelas ou pour les sécheuses-là. […] j'ai l'impression que les problèmes, […] les besoins ça ressort plus tard là quand ils sont installés puis que la vie dans le fond reprend son cours, un nouveau cours, mais un cours quand même, là.*
>
> - Infirmière clinicienne, équipe de santé des réfugiés

Les facteurs sociaux et interpersonnels

Les préoccupations pour des proches sont la deuxième difficulté que les personnes réfugiées rapportent le plus fréquemment aux répondants au questionnaire. Ces enjeux ont également été soulevés en entretien. Selon le point de vue des participants, les situations de séparation familiale occasionnent une forme de détresse et de culpabilité qui semble altérer la capacité pour la personne qui la vit de prendre soin d'elle-même. À titre d'exemple, une intervenante raconte l'histoire d'une femme réfugiée qui avait fui sa communauté où elle subissait de la violence pour se réinstaller en Turquie, et qui ne se permettait jamais de prendre soin d'elle. Son conjoint avait mentionné à l'intervenante :

> *Elle ne se repose jamais. Elle va dans les organisations, elle veut participer, elle dit : « Moi j'ai la chance d'être ici, je dors bien ». Mais dormir bien, c'est relatif, elle ne dormait pas bien. Et je suis dans une certaine sécurité donc je ne me permets pas. Donc je pense qu'il y a des enjeux de cette nature-là*.
>
> - Travailleuse sociale, CIUSSS

En plus de se sentir coupable d'être en sécurité, il arrive que la séparation familiale engendre une pression financière sur ces personnes, tel que rapporté par des participants.

> *Ils vivent encore beaucoup de pression, plus souvent qu'autrement, envoyer de l'argent à l'extérieur à leur famille, alors lorsque tu dis, tu constates que la famille, je ne sais pas moi, afghane, bien le mari travaille, les 4 enfants travaillent, madame se cherche un emploi. Ils ont vraiment besoin du côté financier, mais en même temps ils envoient la moitié de leurs revenus en Afghanistan ou au Pakistan pour la famille ou la belle-famille qui est là-bas.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

Finalement, l'incertitude relative au fonctionnement des programmes de réunification familiale et de parrainage, de même que les longs délais d'attente pour obtenir la réponse des services d'immigration accentuerait, selon certains participants, le stress de la séparation.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *J'ai une madame. Je ne sais pas qu'est-ce qu'elle va faire pour avoir son fils ici. Son fils, ou ils l'ont considéré adulte parce qu'il est marié, il a des enfants, mais quand on parle des familles syriennes, c'est des enfants qui se marient à 15-16 ans. Elle vraiment, je ne sais pas qu'est-ce qu'elle va faire pour l'avoir à côté d'elle parce que c'est le seul qui reste et puis elle sait qu'il est toujours menacé dans le pays de transition. À chaque fois, on le menace, de lui dire : Tu vas retourner en Syrie, mais il sait qu'en Syrie, il ne serait pas en sécurité. Ça, je sais qu'ils vivent ça.*
>
> - Intervenante, organisme communautaire

En parallèle de la perte de proches et des enjeux de la réunification familiale, certains participants aux entrevues soulignent l'isolement et le manque de soutien social au Québec, ce qui contribuerait selon eux à exacerber le sentiment d'isolement de certaines personnes réfugiées. Une participante aux entrevues rapporte l'exemple des femmes réfugiées qu'elle rencontre qui se sentent isolées au Québec.

> *Il y a aussi l'autre question qui est importante en termes de santé mentale qui est beaucoup l'anxiété liée au stress, au surmenage. C'est comme le trop-plein finalement de tout ce que le quotidien demande et d'avoir des choses du passé ce qui fait qu'on n'a pas l'énergie pour répondre à ces quotidiens. Parce qu'il y a beaucoup de femmes réfugiées que leurs conditions de vie ont complètement changées, ont complètement changé ici et elles se retrouvent avec des responsabilités multiples finalement et c'est trop sur elles, et elles n'ont pas le réseau finalement qui les aide à digérer ces multiples responsabilités et dans beaucoup de cas, elles n'ont pas le soutien de la part de leur conjoint pour ça. Donc c'est toute cette question de l'anxiété, la colère que ça génère, la frustration, c'est quand même quelque chose qui affecte beaucoup la santé, et la santé physique aussi des femmes.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

Les facteurs structurels

Les participants mentionnent également que la perte de repères culturels ainsi que la barrière de la langue engendrent des difficultés chez les personnes réfugiées. D'une part, accomplir les démarches administratives de réinstallation est décrit comme une préoccupation majeure. Des incompréhensions en lien avec les documents du gouvernement à remplir, les formulaires d'inscription à l'école pour les enfants ou encore les demandes pour obtenir certaines prestations peuvent ajouter à l'anxiété. Même quand les personnes réfugiées bénéficient d'un accompagnement procédural, elles se retrouvent souvent désorientées par la complexité du système, selon les participants.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *Beaucoup d'anxiété aussi qui est vécue par ces personnes-là. Puis je pense qu'entre autres il y a tout l'aspect administratif puis la compréhension des thèmes puis de l'administration au Québec, puis ça c'est très, très complexe, ce n'est pas du tout adapté aux personnes immigrantes. Ça leur prend beaucoup de temps à comprendre ce système-là parce que même nous qui sommes nés ici, on ne comprend pas nécessairement. C'est super compliqué. Souvent ils vont faire des erreurs, ils vont avoir des dettes financières ou ils ne comprendront pas ça fait que ça va devenir un gros, gros stress pour eux, puis après tout ce qu'ils vivent, ça rajoute une grosse couche de préoccupation et de stress.*
>
> - Travailleuse sociale, organisme communautaire

D'autre part, la difficulté d'accéder à un emploi adéquat s'explique en partie par les barrières linguistiques qui semblent limiter les opportunités professionnelles, comme en témoigne cette travailleuse sociale :

> *C'est vraiment l'emploi. […] comment je vais trouver un emploi ? La préoccupation aussi première c'est la langue, comment je vais apprendre la langue ? C'est vraiment les 2 principales préoccupations des gens que je vois à la clinique. C'est vraiment ça, parce qu'ils ne parlent pas la langue puis ils veulent parler puis il y a une attente pour la francisation puis en attendant bien ils n'ont pas accès à un emploi pour qu'ils puissent être comme vivre, avoir un revenu.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

De plus, selon les répondants, les personnes réfugiées s'attendent à trouver un emploi adéquat qui correspond à leurs compétences et expériences professionnelles dès l'arrivée au Québec. Malheureusement, ces acquis ne sont pas toujours reconnus par les employeurs. Ceci explique leurs difficultés pour accéder au marché du travail, ce qui semble mener à beaucoup de stress et de détresse psychologique.

> *La situation financière, ça s'en est une. La situation d'emploi, énormément, surtout au niveau des [réfugiés parrainés] privés. On a eu des dentistes qui arrivaient, qui s'étaient fait dire : « Au Canada là, on a besoin de médecins, on a besoin de dentistes », ils arrivent ici et qui finalement se font dire : « Ben, il faut que tu fasses des examens, il faut que tu refasses des études ». Mais la personne, elle a 55 ans là. Alors, c'était un facteur, je te dirai énorme, de déception, de stress. J'ai eu des gens qui étaient des chirurgiens, qui me disaient : « moi là, c'est comme un luxe opérer des personnes, si je ne l'exerce pas, je vais le perdre. Alors, il faut que je me remette au travail, mais je ne peux pas le faire. Il faut que j'apprenne la langue, ou bien il faut que je retourne à l'école, ça demande beaucoup de sous. Je n'ai pas les sous ». Donc, emploi et situation financière ça c'est vraiment des enjeux majeurs.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Les facteurs sociodémographiques

Les participants rapportent que la perte des repères combinée au choc culturel génèrent beaucoup de stress, alors que chaque situation vécue durant les premières semaines d'arrivée est nouvelle. Par exemple, certains participants aux entrevues expliquent que les rôles de genre auxquels leurs clients sont familiers et qui font partie de l'ordre socioculturel naturel dans leur pays d'origine peuvent être remis en question dans le pays de réinstallation.

> *Donc on a là évidemment ce qui ressort de temps en temps, c'est des problèmes d'adaptation au niveau mettons des Syriens, des problèmes d'adaptation sur le rôle de chacun ici, le rôle de la femme, le rôle d'un homme. [...] On serait « garroché » dans un autre pays avec tout le vécu, changer de culture, c'est sûr que ça vient causer des frictions, puis de voir ce qui se vit ici, ce qu'on vit à la maison, des fois ça peut venir chercher.*
>
> - Infirmière clinicienne, équipe de santé des réfugiés

Finalement, les analyses des entrevues montrent que les difficultés s'accumulent tout au long de la trajectoire migratoire et que les besoins de soutien psychosocial peuvent être multiples. Le témoignage d'une participante résume la situation :

> *Je traite les problèmes de santé mentale, la détresse psychologique causée soit par l'expérience de violences qui se sont produites dans le pays d'origine, mais aussi parfois, les problèmes de santé mentale sont déclenchés par les stress et les défis une fois dans le pays d'accueil. Il y a beaucoup de défis à relever une fois que la personne arrive dans le pays. Tout n'est pas rose, tout est à refaire, tout est à reconstruire. Des vies entières qui sont à reconstruire dans un système qui est complètement différent de ce que ces personnes connaissent en général.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

Selon plusieurs participants, il semble donc que l'accumulation de ces multiples difficultés soit propice à l'apparition de symptômes de détresse chez les personnes réfugiées. Ils perçoivent que les changements dans la situation financière et sociale en intersection avec les réajustements dans le style et les conditions de vie socioéconomiques exercent une influence considérable sur le bien-être et la santé mentale des personnes réfugiées.

2.2.3. L'état de santé des personnes réfugiées rapporté par les intervenants

Si l'historique migratoire des personnes réfugiées comprend souvent le vécu d'événements potentiellement traumatiques, les intervenants constatent que les personnes réfugiées présentant ce type de vulnérabilité peuvent demeurer asymptomatiques tant que la situation

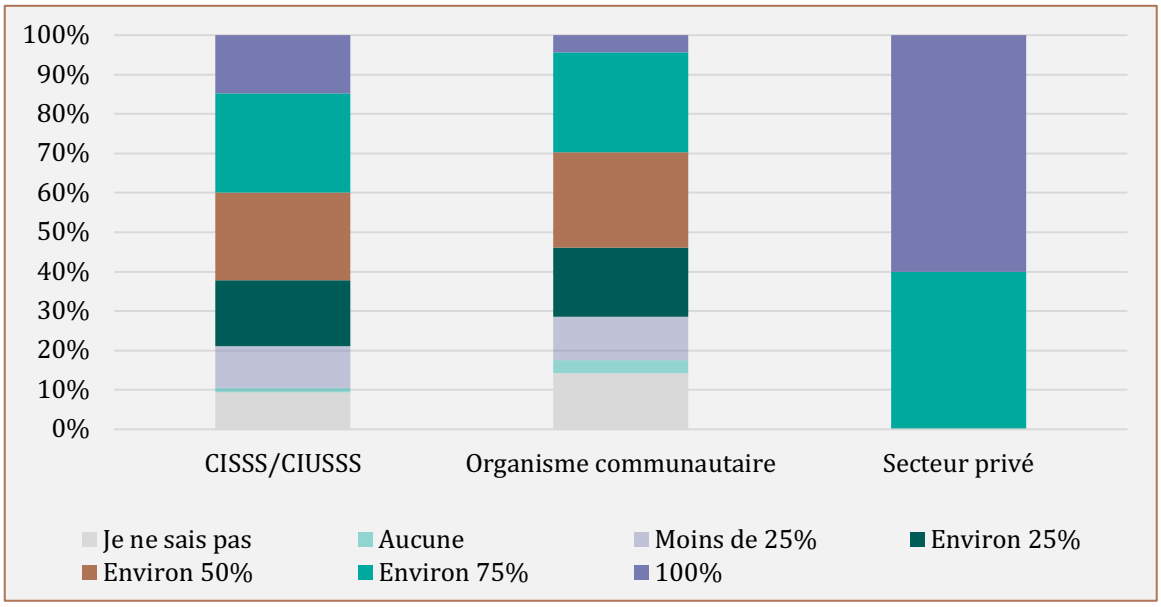
© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

est stable dans leur vie ou qu'ils sont en mode « survie », mobilisant leurs ressources internes pour l'adaptation. Toutefois, plusieurs notent qu'en présence de difficultés quotidiennes, leur capacité d'adaptation peut être fragilisée et la souffrance psychique peut faire surface.

Symptômes de détresse

De manière générale, plus du tiers des répondants (43%) estime que la moitié de la clientèle a présenté des besoins de santé mentale au cours des 3 dernières années. Cependant, les proportions varient en fonction des répondants, comme l'illustre la Figure 13. D'abord, 60% des répondants du secteur privé estiment que 100% de leur clientèle réfugiée présente des besoins de santé mentale, ce qui était un résultat attendu. Par contre, cette proportion descend à 14,7% chez les répondants des CISSS et CIUSSS et à 4,4% pour les répondants des organismes communautaires qui estiment que 100% de leur clientèle réfugiée présente des besoins de santé mentale. Notons toutefois que pour un quart des répondants des CISSS et CIUSSS et des organismes communautaires, 75% de leurs clients réfugiés présentent des besoins de santé mentale.

Figure 13 - Proportion de la clientèle ayant présenté des besoins de santé mentale au cours des 3 dernières années, selon les répondants au questionnaire et par milieu (%)

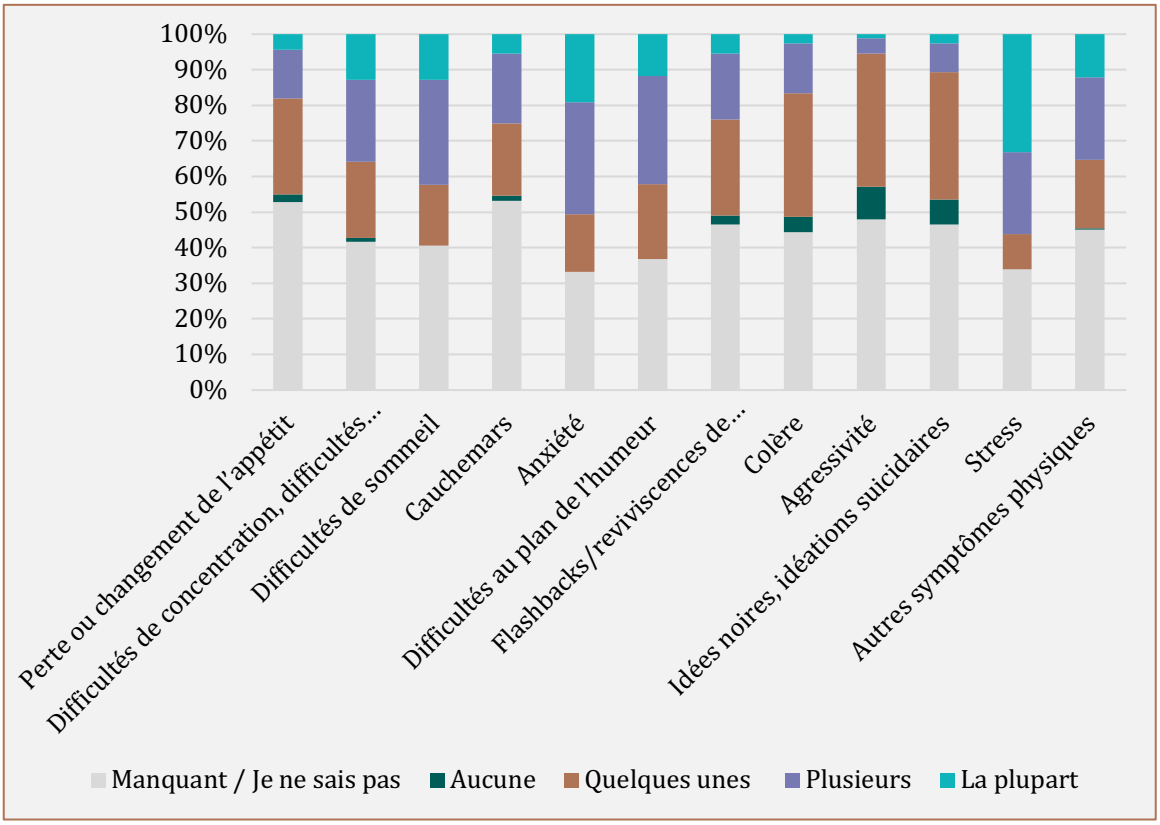


Questionnés sur les difficultés que vivent les personnes réfugiées rencontrées, les répondants au questionnaire ont identifié un total de 11 principales difficultés, dont les plus fréquentes chez plusieurs ou la plupart des personnes réfugiées sont le stress (56,1%), suivi par l'anxiété

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

(50,6%), les difficultés de sommeil (42,4%) et les difficultés sur le plan de l'humeur (42,1%) (Figure 14).

Figure 14 - Fréquence des symptômes de détresse rencontrés par la clientèle réfugiée, selon les répondants au questionnaire (%)



Expressions de la détresse

Il est possible que la perception des répondants envers les difficultés des personnes réfugiées soit reliée au moment où l'intervention a lieu, durant le processus d'intégration. En effet, les participants aux entrevues soulignent que lorsque les personnes réfugiées se réinstallent, durant les premières semaines d'arrivée au Québec, les symptômes de détresse ne font pas surface. De nombreux participants font référence à la « lune de miel » en décrivant la période de réinstallation.

> *Quand, moi je vois les gens, c'est souvent très tôt dans le processus, donc ils sont encore dans l'espèce de lune de miel. Ils viennent d'arriver, on leur donne plein d'informations, tout le monde les rencontre, tout le monde leur donne plein d'informations, puis ils sont quand même contents d'être arrivés, d'avoir un nouveau chez-soi. Donc, il n'y a pas encore autant de problèmes ou d'irritants qui sont arrivés dans leur vie. Donc, tout le monde est très, très, très, très, très content de nous voir et de nous parler. Donc, ça je dirais que ça fausse un petit peu la donne.*

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

- Infirmière clinicienne, équipe de santé des réfugiés

Bien souvent, les premières semaines après l'arrivée sont vécues comme une période de soulagement. Il arrive que des expériences traumatiques vécues viennent bouleverser le fonctionnement de la personne au cours de cette période de réinstallation, mais les intervenants semblent s'accorder pour dire qu'il leur est difficile de saisir les problèmes de santé mentale dès l'arrivée des personnes réfugiées.

> *Ça dure à peu près entre 1 mois et 4 mois. C'est comme ils sont en train de découvrir, ils doivent savoir découvrir, puis tout est beau, tout est nouveau, toutes les choses sont permises, tout va bien aller. […] on n'a vraiment pas accès à leur santé mentale […]. Ils sont optimistes, tous les espoirs sont permis, tous les rêves sont réalisables, ça fait que c'est comme on n'a pas accès à leur souffrance.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

Plusieurs participants suggèrent que la détresse liée aux vécus en contextes pré et péri-migratoires seraient possiblement occultés pour un temps par les stress liés à l'installation. En effet, le fait de se réinstaller dans un pays sécuritaire peut être souvent une expérience excitante, mais celle-ci peut s'accompagner de conditions de vie difficiles qui peuvent également avoir un impact sur le bien-être et la santé mentale. Un participant rapporte qu'une période de difficulté émotionnelle semble faire suite aux efforts d'adaptation aux alentours de six mois après l'arrivée.

> *Alors arrivée dans un pays de réinstallation, il y a toute cette poussière-là qui redescend, donc elle redescend. Certains traumatismes peuvent commencer à émerger à la surface. Les principaux besoins moi je pourrais dire c'est souvent faire face à certains traumatismes, ce n'est pas tout le monde, mais il en arrive. […] On reçoit certains cas où certains problèmes commencent à émerger après 6 mois, après une année dans le pays de réinstallation, c'est-à-dire ici. Donc, les principaux besoins justement c'est, en matière de santé mentale c'est face à tous ces traumatismes.*
>
> - Intervenant, organisme communautaire

Bon nombre de personnes réfugiées sont contraintes de trouver leurs repères dans un contexte inconnu sans maitriser la langue ni pouvoir exprimer ce qu'elles ont vécu. Dans de telles situations, il est fréquent que les enfants trouvent leurs repères plus rapidement que les parents. Cela facilite parfois la compréhension psychosociale de ce que vivent leurs parents. Certains participants aux entrevues confirment que les enfants sont les premiers «

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

haut-parleurs » de la détresse des parents, notamment de ce dont ils ont été témoins ou de ce qu'ils ont subi durant le parcours migratoire.

> *Souvent ça va être par les difficultés des enfants à l'école, ce qu'ils nomment, ce qu'ils parlent et ce qu'ils dessinent, va m'amener tranquillement à faire ressortir le trauma […] vécu par l'enfant et là que tranquillement je peux venir à comprendre le trauma du parent.*
>
> - Intervenant, organisme communautaire

De plus, les participants rapportent que les personnes réfugiées vivant une détresse expriment leurs difficultés de manière détournée, parfois difficile à interpréter pour les intervenants. Il arrive en outre qu'après un certain temps, les intervenants observent des indices de traumatisme, notamment à travers la demande du service d'accueil et d'aide à l'intégration, de manière indirecte. Certains participants soulignent que les réfugiés ayant besoin de se sentir soutenus se présentent fréquemment au service pour exprimer des besoins qui peuvent s'avérer banals à première vue. À titre d'exemple :

> *En général, les femmes sont peut-être un peu plus capables que les hommes de revenir chercher les services à ma travailleuse sociale. Ça fait que souvent, ils repassent par elle pour dire, puis ça passe beaucoup par : Ah, j'ai de la difficulté à dormir, je ne sais pas pourquoi. Puis en cherchant, en creusant là on se rend compte que c'est plus que ça*.
>
> - Infirmière, équipe de santé des réfugiés

Certains participants notent également que la détresse peut s'exprimer par des symptômes physiques, ce qui est parfois plus concret et facile à aborder pour la personne réfugiée. Toutefois, d'autres notent que lorsque les souvenirs traumatiques surgissent de manière inattendue, soit sous forme de flashbacks ou de cauchemars, qu'ils envahissent les pensées de la personne ou encore altèrent son fonctionnement quotidien, le traumatisme apparaît plus évident. Par conséquent, rencontrer des personnes réfugiées ayant des traumatismes peut s'avérer complexe pour les intervenants puisque cela exige une grande connaissance des interventions centrées sur le trauma, tel que rapporté. Dans ces situations, une prise en charge spécialisée s'impose, mais il arrive que malgré la disponibilité du service, la personne ne soit pas prête à parler de sa souffrance, selon certains.

> *Des fois, il y a des traumatismes qui restent non résolus, parce que c'est tellement souffrant. Que la personne n'a pas pu les aborder vraiment. J'ai un monsieur là, sa mère a été tuée dans les conflits socio-politiques là-bas. Et puis, ça jamais été possible de l'aborder vraiment. Des fois, on l'aborde, il se met à pleurer. C'était*

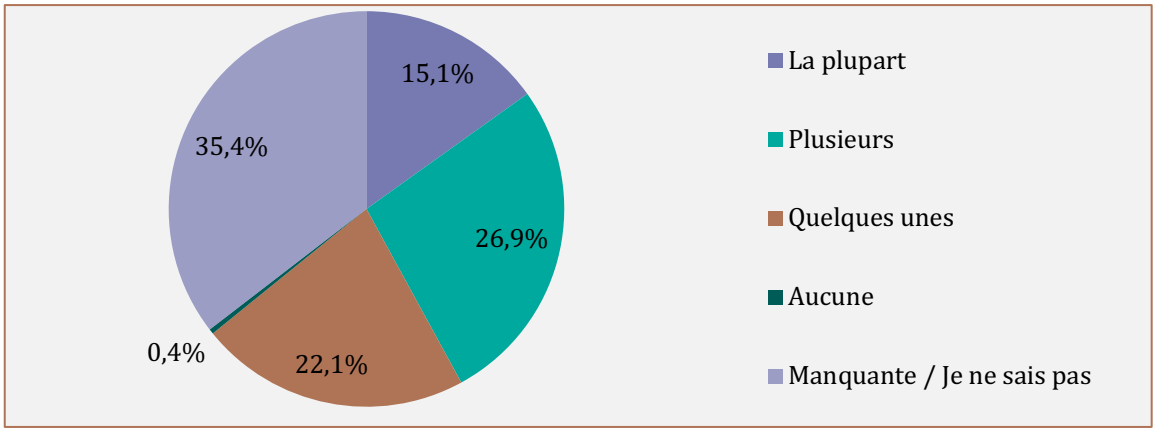
© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *vraiment souffrant que l'on finissait par passer à autre chose. Il y a des blessures, c'est plus que des blessures, mais il y a des traumatismes qui demeurent non résolu avec leur impact socio-professionnel, qui s'accumulent.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, CIUSSS

Besoins de références en santé mentale

Quatre répondants sur dix (42%) estiment que la plupart ou plusieurs personnes réfugiées qu'ils rencontrent nécessitent une référence vers des services spécialisés en santé mentale. Notons également qu'un seul participant a répondu qu'aucune personne réfugiée ne nécessitait de référence (Figure 15).

Figure 15 - Proportion de répondants estimant que sa clientèle réfugiée nécessite une référence vers un service spécialisé en santé mentale (%)



Si un grand nombre de personnes réfugiées a vécu des expériences potentiellement traumatisantes, ce sont les difficultés vécues pendant la période d'installation qui sont mises de l'avant par les participants aux entrevues. La détresse traumatique liée aux événements passés semble resurgir plus tard, une fois que les besoins de base des personnes sont comblés et que la situation est stabilisée. Cependant, les conditions d'accueil peuvent aussi influencer l'expression des traumatismes et impliquer dans certains cas des références vers des services spécialisés en santé mentale.

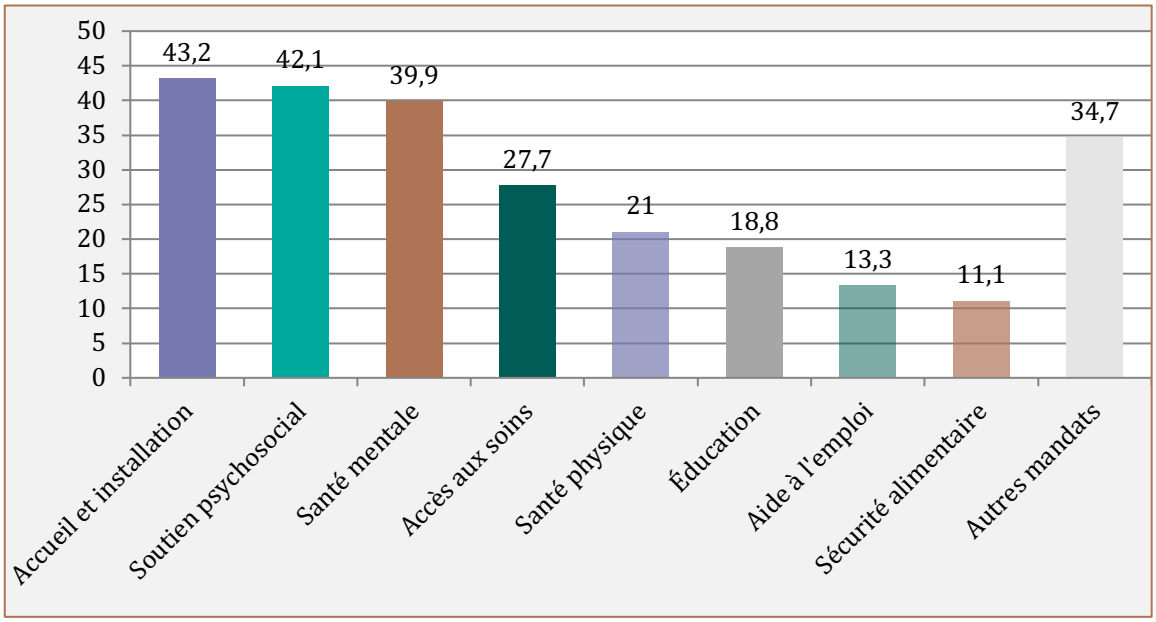
2.3. L'OFFRE DE SERVICES DÉCRITE PAR LES INTERVENANTS

Comme illustré dans le portrait sociodémographique des intervenants ayant participé à l'enquête de terrain, les milieux de travail sont variés, bien que complémentaires sur le plan des services psychosociaux et de santé mentale visant à répondre aux besoins des personnes réfugiées énoncés dans la section précédente.

2.3.1. Les mandats identifiés

Accueillir et installer les nouveaux arrivants, leur apporter du soutien psychosocial, faciliter leur accès aux soins de santé et veiller sur leur santé mentale et physique sont les mandats les plus fréquemment rapportés par les participants. Au moins un participant sur cinq les a mentionnés comme faisant partie d'un des principaux mandats assignés à leurs organisations (Figure 16). Les autres mandats font référence à la défense de droits (8,5%), l'hébergement d'urgence (7%), la lutte contre le racisme et la discrimination (5,9%), la protection de l'enfance (1,5%) et la prévention (0,7%).

Figure 16 - Principaux mandats assignés aux milieux de travail des répondants (%)



Plus spécifiquement, la majorité des répondants des CISSS et CIUSSS estiment avoir un mandat de soutien psychosocial, de facilitation de l'accès aux soins et d'intervention sur la santé physique (60%) ; les répondants du milieu scolaire identifient un mandat d'éducation et les répondants du milieu communautaire soutiennent majoritairement (81,9%) qu'ils ont un mandat d'accueil et d'installation des nouveaux arrivants, mais également de facilitation de l'accès aux soins de santé (20,7%), d'aide dans le domaine de l'emploi (25%), d'éducation (25,9%) et de soutien psychosocial (26,7%).

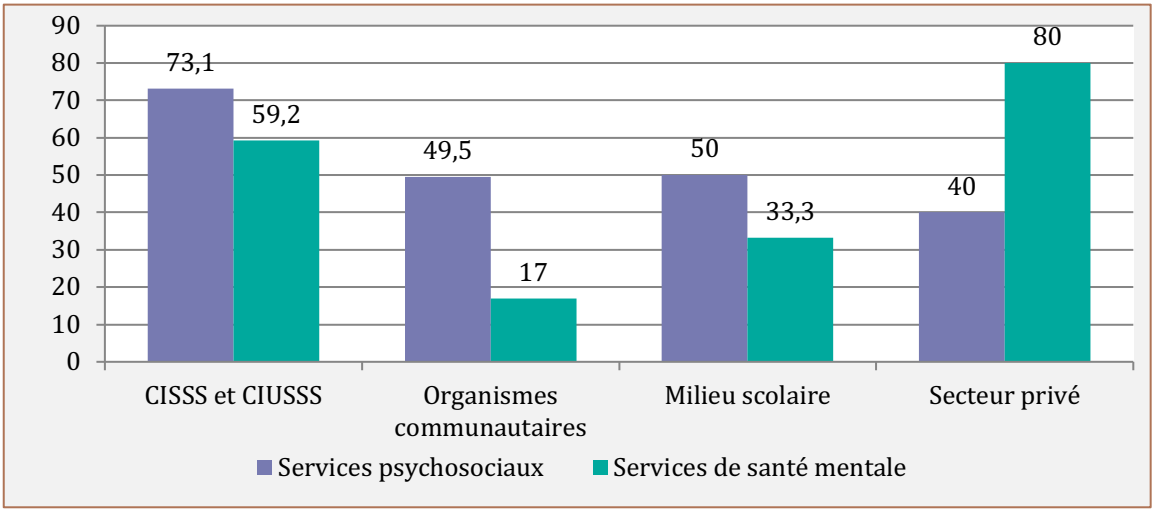
2.3.2. Les services prodigués

Parmi les répondants au questionnaire, les services offerts varient selon les milieux de travail : des services psychosociaux sont offerts par les trois quarts des répondants des CISSS

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

et CIUSSS et la moitié des répondants des organismes communautaires et du milieu scolaire, tandis que les services en santé mentale sont plutôt du ressort des répondants du secteur privé suivi des CISSS et CIUSSS comme l'illustre la Figure 17.

Figure 17 - Proportion de répondants par milieu offrant des services psychosociaux et de santé mentale (%)



L'analyse des entrevues a permis de raffiner notre compréhension des rôles des intervenants par milieu. Par exemple, la pratique d'accueil des organismes communautaires mandatés par le MIFI est incontournable lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins de base des personnes réfugiées.

> *[Mon rôle] c'est d'accompagner et d'aider cette personne-là à rentrer dans le nouveau système de santé. Donc notre rôle c'est vraiment l'écoute et l'accompagnement. C'est vraiment écouter. Moi par exemple, si j'ai un monsieur réfugié qui arrive, maintenant je vois qu'il est installé. Je fais une rencontre pour voir comment ça se passe ? Comment vous vivez les défis par rapport à votre sœur handicapée, tout cela ? Ok, à travers ça je vois qu'il est anxieux, il me dit : « Ah, moi je stresse ». Je lui explique, je dis non, c'est long le système, la prise en charge, c'est long. S'il me dit : « Non, moi je stresse, je ne comprends pas, ma sœur est délaissée. Qu'est-ce que je fais ? » Automatiquement je le réfère à l'organisme [communautaire] de ma région.*
>
> - Intervenante, organisme communautaire

Les équipes de santé de réfugiés, quant à elles, visent à rendre les services de santé et les services sociaux plus accessibles, mais n'assurent toutefois ni la prise en charge ni le suivi post-évaluation.

> *Je travaille dans le contexte de la clinique des réfugiés, donc l'accueil des réfugiés dans les 10 jours suivant leur arrivée et puis le 30 jours suivant le 10 jours pour*

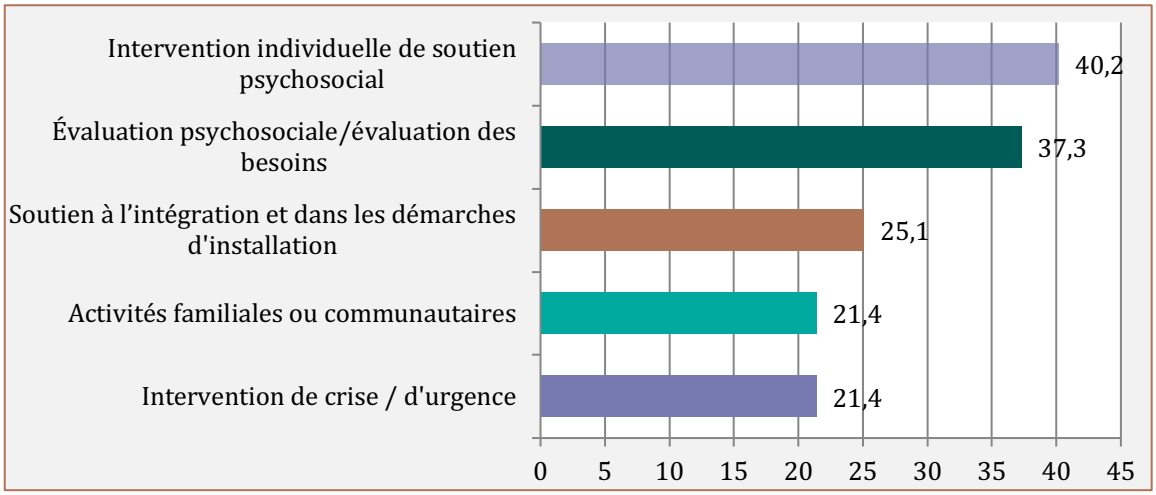
> *l'évaluation de base. Donc, c'est certain que je travaille de concert avec une travailleuse sociale. Donc c'est pas mal ça là dans le fond. La travailleuse sociale les voit peut-être plus à long terme, moi je vois les gens juste à long terme quand il y a des suivis particuliers, mais sinon c'est vraiment du court terme.*
>
> - Infirmière, équipe de santé des réfugiés

Par la suite, les personnes réfugiées ayant besoin d'un suivi sont orientées vers les services adéquats (guichet de médecin de famille, vaccination, services psychosociaux ou autres services spécialisés).

Les services psychosociaux

Près de la moitié des répondants au questionnaire offre des services psychosociaux à leur clientèle réfugiée, soit de l'intervention individuelle de soutien psychosocial (40,2%) et de l'évaluation psychosociale/évaluation de besoins (37,3%). À ces deux types de services psychosociaux s'ajoutent le soutien à l'intégration et aux démarches d'installation (p.ex.: aide au logement, à l'emploi, francisation, etc.), les activités familiales ou communautaires (p.ex.: sorties, activités culturelles, échanges, etc.) ainsi que les interventions de crise/urgence offertes par plus d'un participant sur cinq (Figure 18).

Figure 18 - Pourcentage de participants selon le type de services psychosociaux offerts aux personnes réfugiées (%)



D'autres services psychosociaux sont offerts en plus faible proportion, tels que des sessions d'information, des activités pour des groupes spécifiques (enfants, adolescents, femmes, hommes, etc.), des groupes de soutien ou encore des programmes de jumelage.

Par ailleurs, les résultats obtenus montrent que les services psychosociaux offerts par les répondants aux personnes réfugiées couvrent tous les groupes d'âge (Figure 19) : un quart

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

des répondants dessert les tout-petits en services psychosociaux (0-5 ans), un répondant sur cinq dessert les enfants de 6 à 12 ans (19,9%), presque un quart dessert les adolescents (23,6), un peu moins de la moitié les adultes (45,8) et finalement moins d'un tiers des répondants dessert les ainés de 65 ans et plus (28,8%).

Figure 19 - Tableau du nombre de participants offrant des services psychosociaux et en santé mentale aux personnes réfugiées selon leur groupe d'âge

Groupes d'âge desservis	Services psychosociaux		Services en santé mentale	
	Effectif	%	Effectif	%
Tout-petits (0-5 ans)	68	25.1	28	10.3
Enfants (6-12 ans)	54	19.9	32	11.8
Adolescents (13-17 ans)	64	23.6	41	15.1
Adultes (18-64 ans)	124	45.8	82	30.3
Ainés (65 ans et plus)	78	28.8	56	20.7

Les services de santé mentale

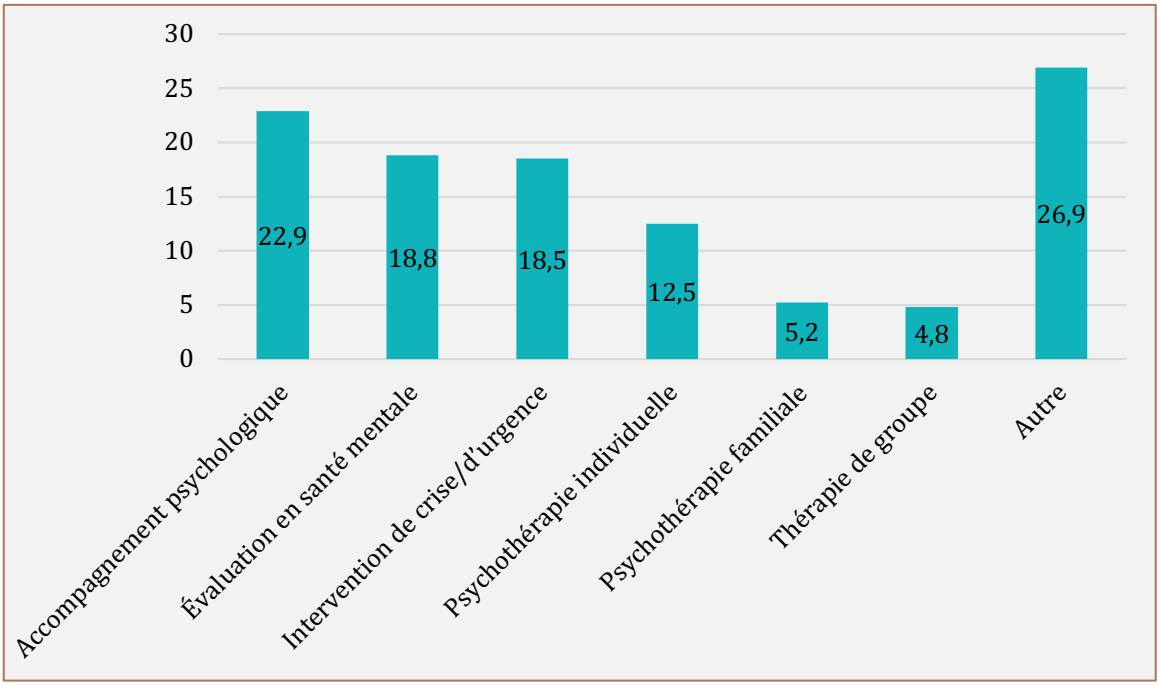
D'après les résultats obtenus, seuls 31,7% des répondants au questionnaire en ligne offrent des services de santé mentale aux personnes réfugiées. Un tiers (32,5%) de ces professionnels exerce à Montréal. La grande majorité d'entre eux sont des travailleurs sociaux (33,30%), des intervenants (20,8%), des infirmiers (10,8%) et des directeurs/gestionnaires (10,8%).

Les adultes (18 à 64 ans) représentent le groupe d'âge pour lequel la plus forte proportion des répondants offre des services de santé mentale (30,3%). Les autres tranches d'âge sont desservies par moins d'un répondant sur cinq (Figure 19).

Selon la Figure 20, parmi les 86 répondants qui offrent des services en santé mentale aux personnes réfugiées, les trois principaux services sont de l'accompagnement psychologique (22,9%), des services d'évaluation en santé mentale (18,8%) et de l'intervention de crise d'urgence (18,5%).

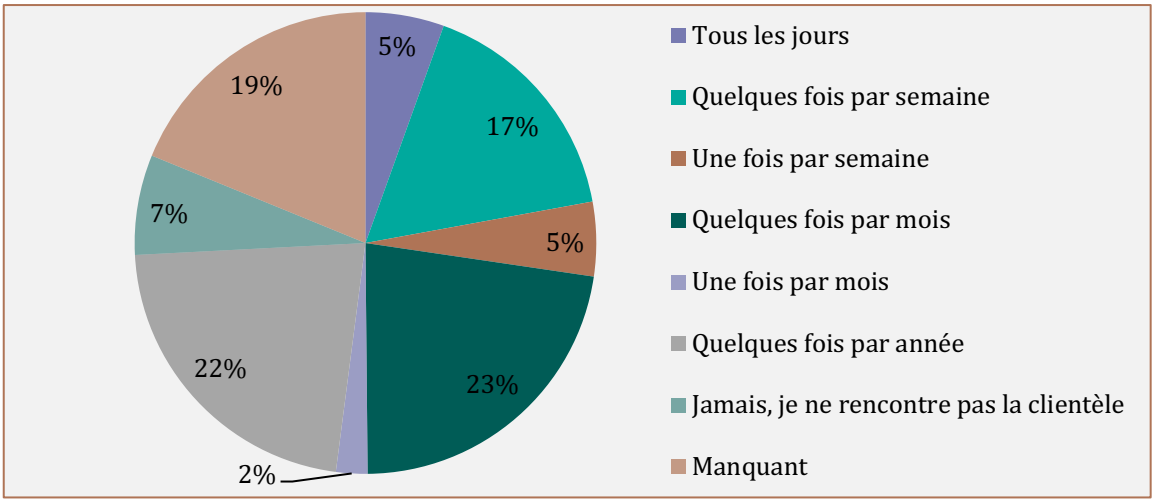
© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Figure 20 - Pourcentage de participants par type de services de santé mentale offerts aux personnes réfugiées (%)



La Figure 21 illustre la fréquence rapportée par les répondants au questionnaire d'interventions en santé mentale auprès des personnes réfugiées. La moitié intervient en santé mentale plus d'une fois par mois.

Figure 21 - Fréquence rapportée d'interventions des répondants au questionnaire en santé mentale (%)



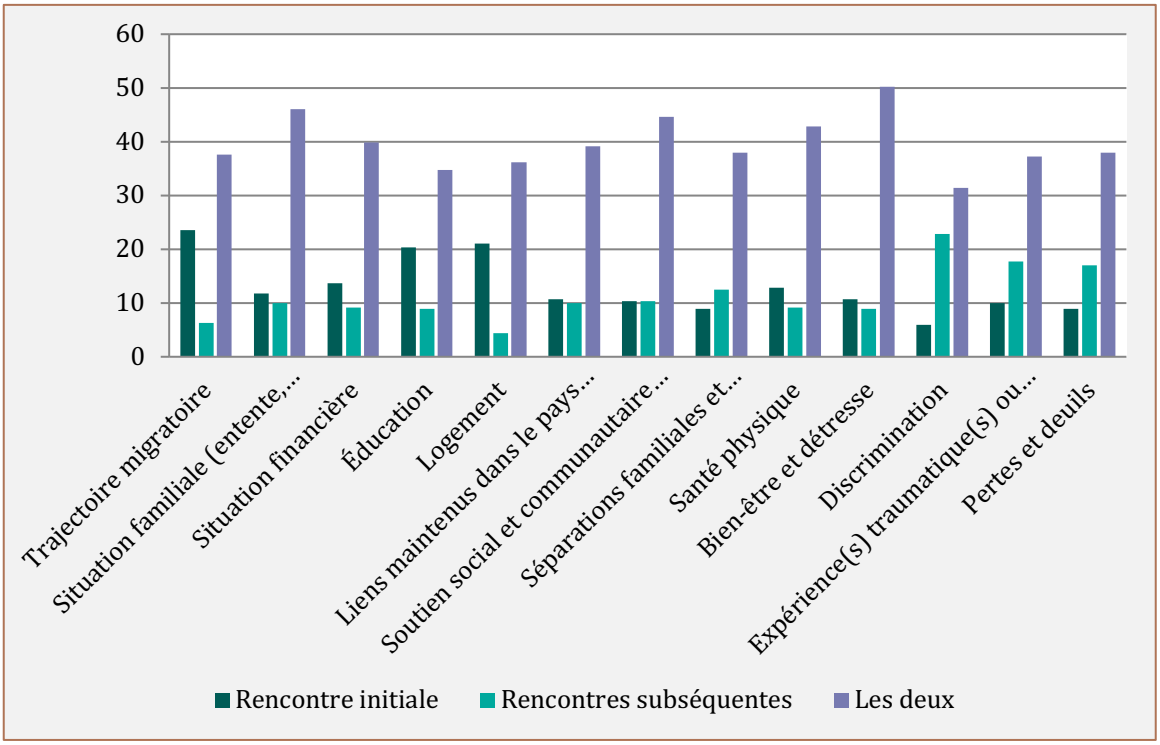
Sujets abordés lors des rencontres avec les intervenants

La trajectoire migratoire, le logement et l'éducation sont les principaux sujets abordés lors de la première visite avec la clientèle réfugiée, par au moins un répondant sur cinq. À ces thématiques s'ajoutent la situation financière (13,7%), la santé physique (12,9%), la situation

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

familiale (11,8%), les liens maintenus dans le pays d'origine (10,7%), le bien-être et la détresse (10,7%). La discrimination, les expériences traumatiques ou de violence ainsi que les pertes et les deuils sont davantage abordés lors de rencontres subséquentes
Figure 22).

Figure 22 - Pourcentage des participants ayant abordé les sujets selon les rencontres (%)



2.3.3. Les défis d'accessibilité de l'intervention

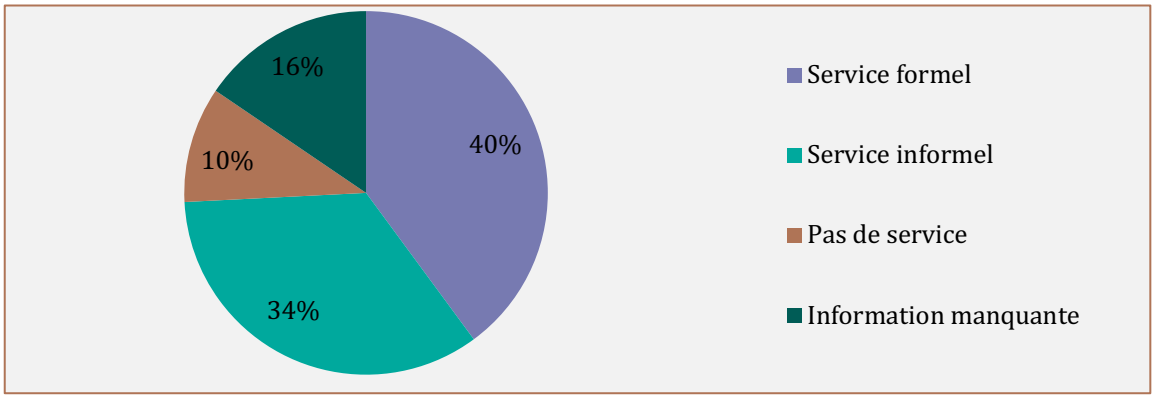
Les intervenants ayant participé aux entrevues individuelles reconnaissent qu'ils sont confrontés à une multitude de défis qui pèsent lourd sur leur travail auprès des personnes réfugiées. Les défis de communication et d'incompréhension culturelle sont identifiés comme étant le problème le plus important, allant de la barrière de la langue à la méfiance à l'égard de l'intervenant. Il est pertinent de mentionner qu'un nombre significatif d'intervenants soulignent que la méconnaissance des personnes réfugiées quant aux services offerts, amplifiée par le manque d'information permettant la compréhension de ceux-ci, rend difficile l'évaluation ainsi que l'accompagnement. Cinq principaux défis relatifs à la pratique d'intervention auprès des personnes réfugiées ont été mentionnés par les intervenants lors de l'enquête de terrain.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

La barrière de la langue

Près de la moitié des répondants au questionnaire dessert une clientèle allophone (48,3%), tandis que 27,3% d'entre eux ont des clients francophones et 8,5% des clients anglophones. Lorsqu'on s'attarde uniquement aux répondants exerçant au sein des organismes communautaires mandatés par le MIFI, le pourcentage de répondants travaillant avec une clientèle allophone augmente à 78,7%. De plus, dans 74,2% des cas, les répondants au questionnaire ont recours à des services d'interprétation, dont 53,7% utilisent des services formels et 46,3% des services informels (Figure 23).

Figure 23 - Utilisation de services d'interprétation par les répondants au questionnaire (%)



Ces répondants sont principalement des travailleurs sociaux (22,0%), des intervenants (19,2%), des infirmiers (15,3%) et des directeurs/gestionnaires (11,3%). Environ 30% d'entre eux exercent à Montréal, tandis que les autres se retrouvent dans les 13 autres villes restantes d'accueil des personnes réfugiées.

Parmi les répondants qui n'ont pas recours aux services d'interprétation, les principaux motifs invoqués sont le manque d'accès à un service d'interprétation formel (46,4%) ainsi que la maitrise de la langue par l'intervenant (25%).

Le travail avec un interprète. Les participants aux entrevues développent les défis qu'engendre le travail avec des interprètes, tant pour les personnes réfugiées que pour les intervenants. D'abord, le choix de l'interprète peut s'avérer primordial pour le confort de la personne à parler de ses difficultés :

> *Quand on est avec un interprète, oui ça aide, mais aussi ils [les personnes réfugiées] sentent la méfiance. Donc ça cette partie-là, il faut être capable de la comprendre aussi, quand ils se sentent, oui, ça va l'aider, mais ils ne sentent pas bien. On voit quelqu'un quand il ne se sent pas bien là. C'est sûr qu'on va privilégier aussi c'est un*

> *homme, d'aller chercher un homme pour faire l'interprétariat, la même chose si c'est une femme, aller chercher une femme pour faire l'interprétariat.*
>
> - Gestionnaire, organisme communautaire

À l'unanimité, les participants soulignent que la confidentialité est une condition nécessaire au bon déroulement de la relation d'aide puisqu'elle permet à la personne réfugiée d'exprimer librement ses émotions et son expérience. Ils font mention du fait que l'interprète représente une forme de collaboration pour l'intervenant, et qu'il peut ainsi être perçu comme une menace pour la personne réfugiée. Par exemple, tel que précisé par un participant : dans certains cas où l'interprète est issu de la même communauté que la personne réfugiée, cette dernière peut sentir un malaise dont l'intervenant peut ne pas être conscient.

> *Il arrive par moment que le client trouve que cette personne est beaucoup trop proche de la communauté ou qu'il ne se sente pas à l'aise ou qu'il ne se sente pas en confiance. Je suis toujours très à l'écoute de ça. Et puis des fois c'est justifié, des fois ça ne l'est pas. Mais peu importe. Si le client n'est pas à l'aise, il n'est pas à l'aise. Si des fois, il demande à changer, mais de manière générale, je vous dirais qu'on est gagnant de le faire. Et puis, moi j'aime travailler avec les interprètes.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, CIUSSS

Également, certains participants précisent qu'en favorisant la communication avec les personnes réfugiées, il y a eu des situations de bris de confidentialité où l'interprète était à l'origine d'expression ou d'interprétation à contresens.

Les enfants comme interprètes. Les participants soulignent que les risques associés à une interprétation à contresens sont plus élevés si c'est un enfant qui traduit les paroles du parent. Occuper la place d'un adulte, traduire certains problèmes complexes ou être exposé à certains témoignages délicats peuvent avoir des répercussions potentiellement stressantes pour un enfant, selon certains participants.

> *Des enfants et mêmes des jeunes adolescents ou des jeunes adultes, ça devient très facile pour eux d'apprendre la langue, mais le danger qui est là c'est que ces enfants deviennent parentifiés trop tôt. C'est eux qui vont répondre, je ne sais pas moi, aux courriels de leurs parents. […] Ils deviennent des parents en quelque sorte. Les rôles peuvent être inversés souvent, donc c'est un peu ça*.
>
> - Intervenant, organisme communautaire

Bien que la mise à contribution d'un enfant puisse favoriser la compréhension du point de vue de la personne réfugiée, elle risque de créer une confusion des rôles :

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *C'est comme prendre le rôle des parents à la place des parents puis les parents deviennent comme la charge en fait des enfants, mais qui ne sont pas prêts à avoir cette responsabilité-là sur les épaules en plus de leurs responsabilités. Je pense à des jeunes qui sont à l'école, qui doivent aller à l'école, qui doivent apprendre, qui ont leur vie sociale, qui développent des habiletés sociales, des relations avec d'autres personnes, mais qui en même temps en rentrant à la maison, leur travail n'est pas terminé parce qu'il faut que je prenne en compte tous les papiers que mes parents ne sont pas capables de prendre en compte parce qu'ils ne comprennent pas la langue par exemple. Donc, moi je pense qu'il y a vraiment cette notion-là qu'ils ne sont pas prêts pour prendre des responsabilités qu'on leur donne et que bien oui, ça peut quand même avoir un impact sur leur santé mentale, la fatigue, la pression. La pression de bien j'ai tout ça qui pose sur mes épaules puis je n'ai pas le choix de le faire. Donc je pense que ça a quand même un gros impact sur la santé mentale.*
>
> - Intervenant, organisme communautaire

Finalement, certains participants mentionnent que même pour certaines personnes qui parlent français, la présence d'un interprète les rassure.

> *Peut-être que vu qu'il y a un interprète qui joue un rôle pour palier à nos lacunes, ça l'aide un peu ou qu'on perçoit moins l'incompréhension ou le manque de compréhension à cause de la barrière de langue, mais parfois les gens qui arrivent et qui parlent français, on se rend compte qu'on parle la même langue mais qu'on ne se comprend absolument pas*.
>
> - Infirmière clinicienne, équipe de santé des réfugiés

On comprend ainsi que les représentations culturelles de la santé mentale ainsi que des rôles des intervenants qui soutiennent la santé mentale des personnes peuvent entraver non seulement la reconnaissance de telles difficultés mais également la façon de les exprimer et d'adhérer à une intervention.

Les barrières culturelles

Lorsque l'incompréhension culturelle s'insère dans la relation, l'intervention devient plus complexe et il peut être plus difficile pour l'intervenant d'effectuer son travail d'aide. La compréhension des services de santé ainsi que les rôles des intervenants sont modelés par la culture, ainsi que les représentations de la santé mentale chez les personnes réfugiées.

La compréhension du rôle de l'intervenant. Les intervenants sont conscients du choc vécu et de l'écart culturel entre le pays d'origine et le pays d'accueil. Selon eux, ces deux facteurs affectent négativement la perception de soins de santé mentale. Les participants aux

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

entrevues rapportent que les personnes réfugiées ont besoin de beaucoup de temps pour leur faire confiance et plusieurs facteurs peuvent expliquer cette méfiance.

D'abord, le rôle de l'intervenant peut être méconnu de la personne réfugiée, ce qui peut l'amener à développer un sentiment de méfiance à son égard.

> *Ils ne nous connaissent pas. En Syrie, un travailleur social, ça n'existe pas. Même, si j'explique vraiment bien mon rôle, ça se peut que la personne, elle ne se sente pas à l'aise de dévoiler les difficultés qu'elle va rencontrer. Donc des fois, j'ai l'impression qu'à moins que les difficultés soient très importantes ou que la personne ait déjà, peut-être été sensibilisée dans son parcours à des intervenants psychosociaux. Oh, il y a une bonne part de cette clientèle-là qui va nous dire, oui ça va bien parce qu'ils n'ont pas envie d'ouvrir le sujet avec nous. Ils ne nous connaissent pas, ils ne nous font pas confiance, ce n'est pas le bon moment. Ça c'est vraiment un gros enjeu.*
>
> - Travailleuse sociale, CIUSSS

Ensuite, plusieurs participants attribuent cette méfiance à l'effet des expériences traumatiques vécues tout au long du parcours migratoire qui tend à les fragiliser sur le plan relationnel : la gravité des événements traumatiques, la perception de la menace telle que la peur et l'insécurité ou encore la détresse émotionnelle. Par exemple, certains participants mentionnent que les intervenants peuvent incarner, dans les représentations des personnes réfugiées, un expert qui a du pouvoir et qui peut être en relation avec l'immigration. À cet égard, une travailleuse sociale précise qu'afin d'apaiser cette méfiance, il est nécessaire de définir son rôle :

> *Le temps, mais aussi le lien de confiance, parce que quand tu arrives dans un pays, puis souvent ils ont été persécutés dans leur pays, souvent ils ont été victimes de violence. […] ils sont très méfiants, ça fait que quand ils arrivent, quand ils arrivent dans un pays puis ils voient la travailleuse sociale puis ils ne savent même pas ça fait quoi, même si j'explique mon rôle. Mais oui, mais une travailleuse sociale, ça fait quoi ? Ça fait que j'essaie de leur dire, de leur expliquer, de faire la différence entre ce que moi je fais puis la police, puis tout ça, puis je prends le temps de leur dire, de leur expliquer ça au début du consentement, mais en même temps, ils sont méfiants. Il y a 10 jours, ils étaient encore là, ils étaient encore dans leur pays, ça fait que, ils ne vont pas comme vouloir se dévoiler.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

La peur de la stigmatisation. La santé mentale n'est pas bien perçue chez certaines communautés de réfugiés. Il ressort des entrevues que certaines personnes réfugiées ne

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

reconnaissent pas qu'elles vivent des difficultés de santé mentale, et refusent d'aller consulter un professionnel spécialiste pour en discuter.

> *J'entends tellement souvent mes clients me dire : « avant de venir te voir, je ne voulais pas venir te voir ». Les personnes qui viennent me voir pensent aux fous, et toute la question de la santé mentale dans ces pays-là est extrêmement stigmatisée, ou tu es fort ou tu es bon pour l'asile, mais il n'y a pas d'entre-deux. Donc d'aller chercher de l'aide et du soutien psychologique c'est très tabou.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

La peur d'être soigné ou étiqueté comme une personne « folle » semble plus répandue chez cette population, selon les participants, et il semble y avoir eu parfois confusion entre la notion de la santé mentale et de la maladie mentale.

> *Dans beaucoup de pays dans le monde, on va parler de maladie mentale principalement au lieu d'aborder la santé mentale. Donc, il y a déjà cette image-là que si on parle de santé mentale, on va parler de maladie mentale automatiquement parce qu'il y a cette croyance qu'il n'y a pas, il n'y a pas cet aspect de bien-être mental qui peut être pris en compte.*
>
> - Intervenante, organisme communautaire

La peur des répercussions néfastes sur leur image au sein de la communauté d'appartenance peut les pousser à banaliser le problème et dire qu'ils sont sûrs de le maîtriser.

> *La personne ne reconnaît jamais qu'elle a un besoin, qu'elle a un besoin de faire un suivi. Je veux dire ils ne reconnaissent pas, ils ne reconnaissent pas qu'ils ont un besoin d'un soutien. Nos clients ne le reconnaissent pas. Ça veut dire qu'il y a des personnes à qui ont dit : Mais non, je suis bien, non, non. Pour eux quand on parle d'un soutien psychologique, ça veut dire ils sont fous. C'est des personnes qui sont malades, mais ils ne pensent pas que c'est problématique. Ils disent que c'est juste qu'on vit une certaine épreuve qui est un petit peu douloureux, que peut-être qu'on a besoin de ça, c'est peut-être que […] Des fois, c'est ça. C'est le défi c'est vraiment quand on leur explique par exemple vous vivez une situation assez compliquée, idéalement on va vous référer à une personne-ressource qui pourra vous accompagner dans ça, qui pourra vous accompagner. Des fois pour eux quand on parle de ça : « Ah non, je suis bien, je ne suis pas là, non, non, je n'ai pas besoin, je suis bien ».*
>
> - Intervenante, organisme communautaire

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Des répondants rapportent que comme l'utilisation de services en santé mentale peut être stigmatisante pour certaines communautés, certains réfugiés préfèrent aborder les symptômes physiques et consulter le médecin de famille.

> *Le fait d'avoir des craintes par rapport à notre dossier en général d'immigration, d'école, d'emploi, tout ça, ça c'est un des facteurs. Stigmatisation en lien avec la santé mentale, c'est comme si on admettait, pour plusieurs ils disent : « De venir ici, c'est comme si j'admettais que j'étais fou ». Puis là je trouve que le mot est vraiment gros, mais c'est le mot qui est utilisé quand même par la plupart là des gens. Ça fait que je ne suis pas fou, ma situation, mon problème, pourquoi je viendrais voir des psychologues alors que mon problème c'est mon logement ou c'est ma gorge ou c'est ma tête, parce que j'ai des douleurs à la tête. Souvent ça ce n'est pas bien, c'est difficile, les gens ne peuvent pas nécessairement comprendre pourquoi ce n'est pas un médecin qui les rencontre pour des problèmes de santé.*
>
> - Travailleuse sociale, CIUSSS

Afin de démystifier ces craintes, les intervenants doivent adapter leurs façons de faire.

> *Si une mère me dit : « Ah, mais mon enfant il est fou ». Bien je vais reprendre avec la maman puis je vais lui expliquer : « Bien ton enfant, il n'est pas fou, il vit des difficultés. Il a beaucoup de difficultés dans sa tête. Donc c'est sûr que présentement il n'arrive pas à dormir, parce que lorsqu'il dort, il ne pense qu'à la guerre qu'il a vu auparavant ».*
>
> - Intervenant, organisme communautaire

La conception de la santé mentale. Les intervenants rapportent être parfois déroutés par certaines croyances qui sont attribuées à des difficultés de santé mentale :

> *[Les personnes réfugiées] n'ont pas les mêmes croyances, ils n'ont pas les mêmes pratiques dans leur pays puis on ne peut pas savoir, c'est ça, la référence aux démons, qu'est-ce que c'est ? Puis ici, ils peuvent avoir un diagnostic […], mais justement pour eux, ce n'est pas de la maladie mentale, c'est dans leurs croyances qu'ils ont été, qu'il y a un démon vraiment sur eux dans leur corps.*
>
> - Travailleuse sociale, clinique psychiatrie transculturelle

Également, les difficultés peuvent être exprimées par les personnes réfugiées de manières inhabituelles pour les intervenants :

> *Parce que souvent les populations des réfugiés et tout qui viennent de cultures différentes, elles ne vont pas nommer la santé mentale de la même façon. Ils vont dire : « Je suis fatigué dans la tête », des choses comme ça. Donc être sensible aux différents codes que les gens amènent pour parler de leur santé mentale. Qu'est-ce*

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

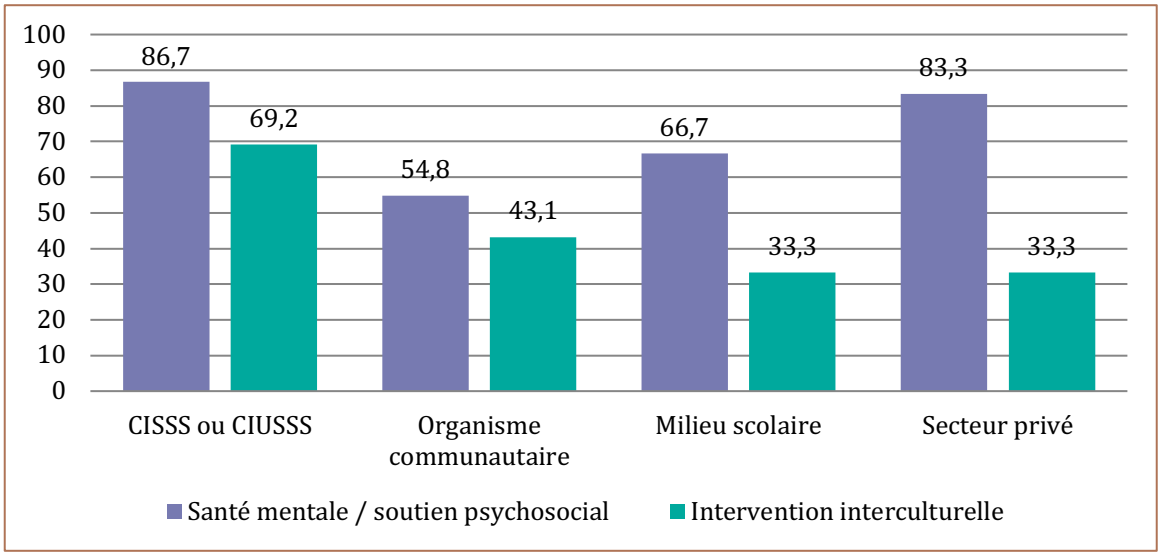
> *qu'ils veulent dire par là ? Ce n'est pas forcément 'j'ai de la déprime' ce n'est pas forcément ça qui va sortir.*
>
> - Travailleuse sociale, clinique psychiatrie transculturelle

Ces croyances peuvent être inhabituelles pour les intervenants, mais cela n'empêche pas de les prendre en considération dans la pratique d'intervention pour ne pas dissuader la personne de consulter mais plutôt l'inciter à s'ouvrir. Offrir un accompagnement psychosocial et des soins de santé mentale aux réfugiés peut exiger d'acquérir des connaissances interculturelles afin de répondre à leurs besoins. Certains participants soulignent ces défis et mentionnent avoir le sentiment d'être pris au dépourvu, parfois dépassés, lorsqu'ils viennent en aide aux personnes réfugiées, ce qui nous mène au sujet des besoins de formation des intervenants.

Le manque de formation des intervenants

Questionnés sur leurs formations reçues, 27,3 % des répondants au questionnaire ont déclaré ne pas avoir reçu de formation en santé mentale ou soutien psychosocial et 35,4% rapportent ne pas avoir suivi de formation en intervention interculturelle. La Figure 24 montre le pourcentage de répondants ayant reçu ces deux types de formation, par milieu de travail. Alors que la majorité des répondants des CISSS et CIUSSS (86,7%) et du secteur privé (83,3%) ont reçu une formation en soutien psychosocial ou santé mentale, les répondants des organismes communautaires sont les moins formés. Par contre, les répondants du secteur privé sont peu formés en intervention interculturelle (33,3%).

Figure 24 - Pourcentage des répondants ayant reçu des formations en santé mentale / soutien psychosocial et en intervention interculturelle, par milieu de travail (%)



© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Bien que l'analyse des entrevues individuelles témoigne d'une forme de sensibilité culturelle chez les participants, certains d'entre rapportent qu'ils ne se sentent pas assez outillés sur le plan professionnel relativement à leur intervention auprès des personnes réfugiées. Les participants aux entrevues ont été invités à discuter de leurs perceptions relatives à la compréhension du vécu des réfugiés et de leurs relations avec ces derniers. Des enjeux tels que la méconnaissance de la réalité des personnes réfugiées et de leurs besoins spécifiques en santé mentale ont été mentionnés. Ces sujets ne sont pas nécessairement abordés dans les formations plus générales en santé mentale.

> *Certains suivis peuvent être plus difficile des fois malgré qu'il y ait une bonne collaboration au CLSC par le fait qu'il y a certaines travailleuses sociales qui sont moins habituées avec la clientèle immigrante ou qui sont, qui rencontrent plus de défis, qu'ils se sentent plus facilement surpassées par cette clientèle-là parce qu'ils la connaissent moins, ça peut devenir un petit peu difficile.*
>
> - Travailleuse sociale, organisme communautaire

De plus, certains répondants indiquent que l'une des compétences importantes dans l'intervention auprès des personnes réfugiées est la capacité de travailler avec une clientèle fragilisée sur le plan de la santé mentale. Il a été également rapporté que la complexité des problèmes de santé mentale présentés par certains réfugiés, particulièrement ceux ayant vécu des expériences de violence hors norme, peut amener certains intervenants à se questionner sur leur efficacité professionnelle notamment quand ils rencontrent des problèmes psychologiques auxquels ils ne sont pas habitués.

> *C'est certain que les gens qu'on rencontre ont des situations traumatisantes auxquelles on n'est pas nécessairement habitué ou qu'on n'a pas nécessairement de référents. Et donc les gens à qui on réfère n'en ont pas non plus nécessairement [les compétences]. On n'est pas à Montréal, on n'a pas suffisamment de gens. Les psychologues, c'est des psychologues là de la vie de tous les jours, ce n'est pas des psychologues qui ont des formations spécifiques avec les traumas ou les réfugiés ou les parcours migratoires assez houleux.*
>
> - Infirmière, équipe de santé des réfugiés

La présence de traumatismes semble être l'un des principaux défis des intervenants. Les intervenants qui ne se sentent pas assez outillés peuvent ne pas questionner la personne réfugiée sur certains vécus, de peur de ne pas pouvoir intervenir adéquatement dans le cas d'un dévoilement.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *Il y a des intervenants qui ne sont pas à l'aise de s'ouvrir sur le parcours migratoire, parce que : Oh, ça va être traumatique si j'ouvre ça, je ne sais pas comment je vais refermer et tout.*
>
> - Travailleuse sociale, clinique de psychiatrie transculturelle

Également, certains intervenants n'abordent pas les traumatismes car ils sont conscients qu'ils ne seront pas en mesure de référer en cas de besoin.

> *Déjà qu'ici pour voir un psychologue, c'est très long, c'est un processus très long. Donc, je n'étais pas en mesure de référer ces personnes-là et je n'ai pas pu aller approfondir en ces problèmes de santé mentale parce que je n'ai pas la solution immédiate pour eux malheureusement. Ce qui fait que ces gens restent avec leurs problèmes, soit que ça va s'aggraver et ils vont terminer comme en psychiatrie comme c'était le cas pour un réfugié qui est originaire du Burundi.*
>
> - Intervenante, organisme communautaire

En effet, il semblerait que les possibilités de référence en santé mentale soient limitées, et que ces références soient plus difficiles encore hors de Montréal.

Le manque de services de santé mentale

Bien que l'orientation des réfugiés ayant des besoins spécifiques vers des services spécialisés s'avère la meilleure solution, il parait impossible pour ces services de répondre à tous les besoins.

Les difficultés à référer. Des participants affirment que certaines de leurs demandes de référencement ne trouvent pas de réponse et ce, parfois même au sein de leur CISSS ou CIUSSS. Cette absence de service peut avoir un effet néfaste sur la santé mentale de la personne réfugiée qui est en attente.

> *Lorsque moi je dis : Bien telle personne elle a besoin d'un suivi en santé mentale parce qu'elle souffre d'un choc, d'un semblant de choc post-traumatique, puis je la réfère, je la mets sur une liste d'attente. Quand la personne du programme de santé mentale contacte la personne réfugiée, elle va lui poser des questions puis dépendamment des questions ou parfois de la façon dont elle pose les questions, elle va dire qu'elle n'a pas besoin de suivi puis ils vont fermer la demande. Donc souvent, très souvent, je dois comme rappeler nos départements de santé mentale pour redemander à ce qu'on rouvre les demandes parce que la personne est encore souffrante, la personne elle a encore besoin d'aide. Mais parce que pour n'importe quelle raison, la demande a été fermée.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

De plus, comprendre le fonctionnement du système de santé n'est pas évident pour les personnes réfugiées, ce qui pose régulièrement des problèmes. Les participants indiquent que des malentendus quant aux transferts des personnes réfugiées vers d'autres services peuvent compromettre l'accès aux soins demandés.

> *En santé mentale, j'ai vécu une situation où la personne a été orientée vers les urgences en psychiatrie, on lui a donné un 2ème rendez-vous, son rendez-vous tombait un dimanche. Elle a dit bien non, le médecin n'est pas là le dimanche. Donc c'est comme si la personne ne s'était jamais présentée donc elle n'a jamais été enregistrée pour être contactée et cette personne-là a eu un trou de service puis finalement ça a été re-solliciter la clinique externe, ça a été de faire un suivi. Donc là il y a un suivi à refaire pour être sûr que cette personne-là va être recontactée, parce qu'il y a une médication qui a été donnée, mais il n'a jamais eu de suivi.*
>
> - Travailleuse sociale, CIUSSS

Selon un participant, le manque d'accès aux services spécialisés n'est pas toujours relié à l'incompréhension des personnes réfugiées, cela peut également être attribué à la résistance de certains thérapeutes de prendre en charge des personnes réfugiées qui ne savent pas naviguer dans le système de santé québécois.

> *Il y a beaucoup de professionnels, des collègues qui trouvent ça super intéressant quand je présente des cas, mais ils me disent : « moi je ne prendrais pas ces cas-là parce qu'évidemment c'est des personnes qui connaissent moins le système, qui sont un petit plus dépendant, parce qu'ils ne connaissent pas le système, c'est difficile d'y accéder ».*
>
> Psychologue/Psychothérapeute, pratique privé

En ce sens, les participants aux entrevues constatent des différences entre les milieux, les villes ainsi que les régions. Selon certains participants, l'expérience des intervenants est influencée par la clientèle type desservie permettant de détenir des aptitudes d'adaptation et d'ouverture nécessaires pour améliorer la pratique d'intervention.

> *[Ici] on n'a pas la même réalité qu'à Montréal aussi, le pourcentage de personnes immigrantes […] n'est pas très élevé, donc il y a beaucoup de gens qui travaillent dans le réseau de la santé, entre autres en psychiatrie, en pédopsychiatrie avec les enfants qui n'ont pas beaucoup de connaissances par rapport aux différentes manifestations des symptômes ou de ce qui peut appartenir aussi à la culture là dans certaines situations.*
>
> - Travailleuse sociale, CIUSSS

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Cette réalité inquiète de nombreux intervenants, telle qu'une psychologue/ psychothérapeute qui explique qu'en région les besoins sont très grands et les services sont rares, voire absents. Le manque de professionnels spécialisés a amené son organisme à référer seulement des cas ayant un parcours traumatique spécifique tel que des expériences de torture ou de viol. Les participants ajoutent qu'il existe également des complications de communication et de collaboration entre les services de référence, ce qui cause des problèmes au sein de l'organisation. L'un des problèmes majeurs repose sur le manque de clarté de l'information.

> *La communication entre la santé, […] ce n'est pas la meilleure communication. On essaie au maximum de vraiment communiquer plus, mais c'est très difficile, surtout quand nous on voit les problématiques qui sont là. Les services ne sont pas adaptés malheureusement, ils ne sont pas tous adaptés en santé mentale.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

Les limites des mandats. Selon certains participants, le mandat, limité par les institutions et les organismes communautaires, qui régit les gestes posés par l'intervenant compte parmi les facteurs ayant un effet sur l'issue de cette relation. À titre d'exemple, certains participants mentionnent que le suivi à court terme ou à temps partiel n'est pas optimal puisqu'intervenir auprès des personnes réfugiées peut demander beaucoup de temps.

> *Moi là comme travailleuse sociale à la clinique des réfugiés, ça ne fait pas super hyper longtemps que je suis ici, que j'ai un poste ici, mais quand je suis arrivée, ce qu'on m'a dit de faire c'est que : Tu t'occupes de l'évaluation, de la référence, tu as 6 mois maximum, tu fermes le dossier, that's it. Donc, la fonction de la travailleuse sociale mais aussi de l'infirmière à la clinique des réfugiés c'est comment elle est perçue par la gestion ici, c'est comme très limité à ça. Donc, tu fais la première rencontre, tu fais la 2ème rencontre, tu fermes le dossier, c'est fini.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

Ainsi, il arrive que certains intervenants élargissent leur mandat pour pallier aux barrières d'accès à des services spécialisés. Les participants confirment que l'accès à ces services en temps opportun est une problématique. Le manque des ressources spécialisées fait en sorte que les listes d'attente s'allongent. Il semble que la gestion de ces listes n'est pas une tâche facile autant dans les services interne qu'à l'externe.

> *C'est bien beau, on propose une évaluation, mais après ça ce n'est pas si facile que ça les références, ça peut prendre du temps, ça fait que on ouvre des choses des fois*

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *puis là il y a de l'attente après, mais là on a ouvert puis là ça reste là parce qu'il y a de l'attente parce que le service n'est pas là…*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

La santé mentale des intervenants. Face à ces défis, les intervenants peuvent éprouver de la détresse : lorsque la souffrance de la personne réfugiée qu'il rencontre est récurrente ou s'aggrave, la santé mentale de l'intervenant peut être impactée. Une participante aux entrevues souligne que l'engagement sincère et l'empathie l'amènent souvent à oublier de prendre soin d'elle-même.

> *On est tellement passionné, dévoué pour ce qu'on fait, qu'on s'oublie. Ça, c'est les grands défis de l'intervenant, on s'oublie. On veut toujours se donner au maximum, et à un moment donné la personne qui est la plus affectée, c'est nous-mêmes. Alors, il faut s'arrêter, il faut savoir qu'on a une vie après l'horaire de travail, qu'il y a une famille qui nous attend.*
>
> - Intervenante, organisme communautaire

Sentir ce que la personne réfugiée ressent, de même que de se mettre à sa place risque d'engendrer une sorte de surcharge émotionnelle pouvant transformer l'intervenant.

> *J'essaye de me contrôler moi-même, de me mettre une armure présentement devant la personne pour me protéger, de ne pas tomber en pleurant avec elle. […]. Mais pour moi, les conséquences que ça m'a fait sur moi-même, c'est vraiment quand je quitte de chez la personne, c'est là où ça me traumatise un peu, mais j'essaie toujours de prendre l'air, de faire une petite marche, de partager avec mon équipe ce que je ressens et après ça y est.*
>
> - Intervenante, organisme communautaire

Bien que les défis soient nombreux, certains intervenants ont identifié des pratiques qui facilitent leur intervention auprès des personnes réfugiées. Ces pratiques facilitantes font l'objet de la dernière section du chapitre de résultats.

2.4. LES PRATIQUES FACILITANTES RAPPORTÉES PAR LES INTERVENANTS

La pratique en santé mentale auprès des personnes réfugiées exige de porter une attention particulière aux fondements psychologiques et culturels de la personne. Cette attention doit être ancrée dans une approche centrée sur les besoins spécifiques de la personne permettant de comprendre son vécu sans jugement et dans un souci de rétablissement psychologique.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

L'analyse des entrevues démontre que les pratiques en santé mentale ne sont pas uniformes, il semble qu'elles sont plutôt adaptées à chaque problématique rencontrée et aux différents milieux d'intervention. Comme les défis et les besoins sont multiples, les participants optent pour des approches holistiques au regard des différentes difficultés rencontrées par les personnes réfugiées.

> *Il n'y a pas une façon d'intervenir, il n'y a pas un modèle qui convient à tous. En fait, je dirai avant tout qu'il y a des règles auxquelles je crois. Comment je pourrai dire, plutôt une philosophie d'approche puis d'avoir plusieurs outils dans son sac pour pouvoir s'adapter à la personne qui est devant soi.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

Quelques éléments facilitant l'intervention auprès des personnes réfugiées sont ressortis des entrevues avec les participants et font l'objet de cette dernière section du chapitre de résultats. D'abord, les intervenants insistent sur le fait que l'intérêt pour cette population est un prérequis à des interventions de qualité. Ensuite, selon la majorité des participants, l'utilisation de services d'interprétation constitue un incontournable pour établir une communication efficace et peut participer à la création et la consolidation d'un lien de confiance avec la personne réfugiée. Puis, ils soulignent également dans leurs propos que la formation des intervenants, notamment à l'approche interculturelle, fournit des outils précieux pour intervenir auprès de cette population culturellement diversifiée. Finalement, les collaborations intra et inter-institutions sont reconnues par les participants comme facilitant l'accès des personnes réfugiées à des services de santé mentale de qualité.

2.4.1. L'intérêt des intervenants pour cette population

L'intérêt que l'intervenant porte aux personnes réfugiées est nommé par les participants aux entrevues comme un facteur facilitant l'intervention. Certains parlent de la « passion » de l'intervenant en évoquant leur engagement au travail. D'autres utilisent des termes tels que « capacité d'adaptation », « curiosité », « intérêt », « ouverture » ou encore « avoir le goût de quelque chose de différent » pour décrire cette qualité qui motive l'intervenant à être proactif dans la réalisation de ses tâches et activités ce qui peut l'amener par moment à dépasser son mandat.

> *Quand la personne a l'intérêt puis comprend bien la situation, elle est sensibilisée, bien il va y avoir plus d'efforts, plus d'accompagnement, plutôt que d'offrir un soutien qui n'est pas adapté dans le sens où on va dire à la personne bien allez à telle place, demandez à votre médecin, tout ça puis ça ne se fera pas, parce que la*

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *personne ne comprend peut-être pas nécessairement bien qu'est-ce qu'on s'attendait d'elle*.
>
> - Travailleuse sociale, CIUSSS

De plus, cette passion peut également faciliter les relations avec d'autres intervenants.

> *Je vais dire quelque chose un peu drôle, mais je vais le dire quand même, d'avoir des intervenants qui aiment ça. Mais c'est peut-être niaiseux, mais c'est vrai pareil, quand ça devient une tâche lourde et compliquée pour quelqu'un, bien ce n'est pas pareil que comme quelqu'un qui est curieux, qui est intéressé. Alors, je pense que […] dans chaque programme il y a souvent une personne C. avec qui je vais travailler. Je sais qu'elle aime beaucoup ça puis, c'est souvent elle qui prend ces dossiers-là avec des familles qui sont réfugiées. Dans un autre programme, c'est M., ça fait que je pense que chaque programme à un moment donné développe une personne, et ça, je pense que c'est aidant […] quand on veut référer [et] on sait vers laquelle on peut aller.*
>
> - Travailleuse sociale, CIUSSS

2.4.2. L'utilisation de services d'interprétation

Lorsque la passion de l'intervenant se combine avec sa maîtrise de la langue maternelle de la personne réfugiée rencontrée, la pratique d'intervention semble plus facile. Selon le point de vue de certains répondants, la maîtrise d'une ou plusieurs langues largement parlées par les personnes réfugiées, comme l'arabe, l'anglais ou encore l'espagnol, permet de mieux communiquer avec elles et d'élargir les opportunités de conversation en renforçant la confiance de la personne réfugiée.

> *Il faut dire que ma connaissance de l'arménien et de l'arabe vient jouer aussi. Le fait que je suis multilingue, je peux faire une thérapie directement en arabe ou en arménien. […] Puis la langue aussi, dès qu'il entend [l'usager] que tu parles arabe, tu parles arménien, c'est comme un poids qui descend. […] Ça joue aussi, de pouvoir dire des mots qui ne sont pas des mots pathologisants, mais qui sont plein de sens et qui montre la détresse et ça se dit dans une même langue. Par exemple en arabe, le terme souffrance, détresse, le fait de les nommer, comme en Français on pense directement à anxiété, dépression. On parle du diagnostic mais pas le vécu derrière. Alors que dans la langue maternelle, on peut parler de ce vécu, sans nécessairement être ligoté par ce diagnostic. Moi je pense que ça, ça a beaucoup aidé.*
>
> - Psychologue, pratique privée

Par contre, lorsque l'intervenant ne parle pas la langue des clients qu'il rencontre, l'utilisation de services d'interprétation est requise. En effet, la majorité des participants aux entrevues compte sur la contribution des interprètes pour faire face à certaines conditions

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

relationnelles qui rendent leur tâche d'intervention difficile. Ils estiment que le travail des interprètes formels (sur place ou à distance) est une condition essentielle facilitant la communication avec la personne réfugiée puisqu'elle leur permet d'éviter des situations d'incompréhension culturelle mutuelle. Bien souvent, les participants notent que la qualité des collaborations inter-organisationnelles, soit avec les organismes communautaires, des banques d'interprètes ou encore des employés ou bénévoles multilingues, permet d'accéder facilement à cette ressource.

> *Après ça bien la collaboration pour les défis qu'on a, parfois pour certaines langues on manque d'interprètes, mais on a quand même une banque intéressante qui comble la majorité des besoins, puis quand on n'en a pas, bien là on utilise la banque provinciale. On va travailler fort pour avoir accès, même des fois par téléphone avec un interprète d'une autre région. […] La collaboration avec les interprètes, elle est précieuse parce qu'il y a toute la question de médiation puis aussi de compréhension de la culture, ils aident énormément à la compréhension plus culturelle de ce que dit la personne ou de ce qu'elle vit là.*
>
> - Gestionnaire, CIUSSS

Les qualités humaines de l'interprète sont mentionnées également comme un des facteurs d'amélioration de la pratique auprès des personnes réfugiées. Les participants reconnaissent que la présence d'une tierce personne dans la relation d'aide peut influencer le lien de confiance entre l'intervenant et l'usager. Or, l'interprète qui respecte la confidentialité et ses limites permet de faire face à ce défi.

2.4.3. La création d'un lien de confiance

Selon les psychologues/psychothérapeutes rencontrés dans le cadre des entrevues, la meilleure pratique d'intervention exige qu'ils soient sensibles aux besoins des personnes réfugiées, ce qui les amène à adopter plusieurs approches thérapeutiques qui se sont montrées efficaces pour ce type de clientèle.

> *On doit même si on a des bons outils travailler la relation thérapeutique. On doit avoir plus d'un outil dans son sac, si on fait juste de la TCC [Thérapie Cognitivo-Comportementale] on va perdre notre client.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

Dans une telle perspective, plusieurs participants nomment deux principes qui structurent leur accompagnement thérapeutique : d'abord la création d'une alliance thérapeutique en misant sur la confiance de la personne réfugiée et ensuite l'ouverture sur l'expérience

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

traumatique en laissant la personne s'ouvrir à son rythme. Une psychologue/psychothérapeute nous explique d'une façon plus concrète les actions qu'elle pose dans ce cadre d'intervention :

> *Je vais un peu expliquer le principe de l'accompagnement thérapeutique ou de la thérapie en général que j'utilise […]. Je me base sur le fait que le traumatisme c'est souvent un événement qu'on a vécu, qu'on n'a pas pu du tout symboliser et donc qui est resté. D'abord, je travaille sur l'alliance. La confiance. Je ne fais aucune suggestion, je ne pose aucune question directe. Je suis là, j'offre un peu l'espace thérapeutique et je lui demande de venir vers moi. De proposer des choses.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

La clarification du cadre thérapeutique. Le contexte d'interaction des participants avec les personnes réfugiées semble être un élément important dans la relation d'aide. Cela dit, pour que le travail de l'intervenant soit possible, l'espace d'échange entre les deux parties doit être bien défini. À ce titre, certains participants, particulièrement les psychologues/psychothérapeutes, indiquent qu'ils s'assurent, dès la première séance thérapeutique, d'expliquer l'ensemble de règles régissant la relation d'aide, ce qui permet aux personnes réfugiées de comprendre la signification des actes posés par le psychologue/psychothérapeute.

> *Je me suis rendue compte aussi que même si ça peut être très violent pour les clients au début, de comprendre que s'ils arrivent en retard, bien on prend les 15 minutes qui restent puis c'est seulement ça même s'ils se sont déplacés 2 heures en transport en commun. Au début ça peut être très dur, mais je me suis rendu compte qu'avec le temps, non seulement il y a quelque chose d'un peu rassurant dans le fait que ça soit très clair, qu'on sait ce qui va arriver, à l'inverse de ce qui est en train de se passer.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

Certains participants rapportent que la clarification du cadre thérapeutique semble influencer positivement le déroulement des séances, ce qui permet aux deux parties de s'orienter mutuellement vers l'objectif de cet espace. D'une part, la dynamique de la personne réfugiée peut être comprise par le psychologue/psychothérapeute et, d'autre part, les règles fixées par ce dernier telles que la fréquence des séances et la disposition des lieux peuvent être saisies par le client.

> *Je me suis rendue compte que ce qui était intéressant de garder ce cadre-là pas mal stable, c'est qu'au moins c'est un lieu où on peut en parler de comment c'est*

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *frustrant, de comment c'est décourageant, de comment c'est difficile, de comment on ne se comprend pas. Ils peuvent me poser des questions : Mais pourquoi c'est comme ça ici ? Pourquoi il faut qu'on respecte l'heure ? C'est quoi l'idée derrière ça? Qu'est-ce qu'eux ça leur fait vivre ? Ça leur manque que ça ne soit pas comme ça. Ça fait que oui à date je continue comme ça puis ça fonctionne.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

La capacité d'adaptation de l'intervenant. Dans cette optique, il semble important d'être en mesure d'offrir un climat de confiance pour que la personne réfugiée accepte de s'ouvrir à son intervenant. Mais au-delà des compétences professionnelles, la manifestation de certaines attitudes facilitatrices peut permettre à l'intervenant d'acquérir la confiance de la personne réfugiée rencontrée. Certains participants affirment que l'écoute empathique constitue un élément essentiel dans l'établissement d'une relation d'aide de qualité. Selon eux, il ne s'agit pas seulement de la technique d'écoute, mais d'une écoute active qui se caractérise par la capacité de se mettre à la place de la personne et de comprendre ce qu'elle ressent. Une participante aux entrevues souligne l'importance d'être attentif et accueillant aux propos de la personne réfugiée dans le processus de rétablissement.

> *Je pense que la première chose c'est vraiment prendre le temps de s'intéresser à l'individu qui est devant nous, de mettre vraiment de côté ce qu'on connaît de son profil, du pays de provenance, de prendre le temps de vraiment écouter ce que la personne nous dit parce que pas tout le temps, ce n'est pas magique non plus, mais* très *souvent dans les premières séances la personne va nous nommer la clé, mais ce n'est pas clair pour elle non plus que c'est la clé, que c'est là où il y a un nœud, que c'est ça qu'il va falloir adresser.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

La sensibilité de l'intervenant peut favoriser, selon plusieurs participants, l'ouverture de la personne réfugiée. Cette sensibilité peut être de l'ordre de l'écoute des besoins de la personne comme exprimé dans le témoignage précédent, mais aussi dans l'adaptation de ses propres façons de faire, en tant qu'intervenant.

> *Puis je pense qu'on peut souvent se retrouver dans cette posture-là comme professionnel où nous on a notre grille, on a nos questions à poser, on a nos choses à dire, on a notre direction, mais ça ne fonctionne pas comme avec des gens qui ne se sont pas développés dans un environnement où ce type de grilles-là était là souvent. C'est plus de mettre notre grille de côté et d'être vraiment ouvert à l'information qui peut être donnée moi je vous dirais, et c'est très déstabilisant. Moi, j'ai été formée là-dedans ça fait que c'est déstabilisant, mais j'ai appris, mais j'ai*

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *beaucoup de collègues que ça peut demander beaucoup d'énergie d'avoir cette flexibilité-là, cette ouverture de mettre notre grille, notre façon de fonctionner de côté pour être vraiment complètement avec la personne.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

À titre illustratif, une participante, souligne que lorsqu'elle n'a pas l'expérience nécessaire ou suffisante, elle s'assure de suivre, de sa propre initiative, différentes formations en lien avec l'approche sensible au traumatisme afin d'améliorer son offre de service.

> *Ce que j'en ai retiré en fait c'est de faire attention, de ne pas ouvrir des choses trop vite, trop brusquement ou des fois il ne faut pas ouvrir du tout là. […]. Mais pour la formation pour moi c'est important que ça revienne, que ça revienne parce qu'on oublie. Mais je suis entièrement consciente qu'on peut être formé dans plein de domaines dans la vie, mais je pense que c'est important […] quand même.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

L'approche interculturelle. En parlant de formation, les participants s'accordent à l'unanimité sur le fait que pour soutenir de nombreuses personnes réfugiées, une approche interculturelle à l'intervention est nécessaire. Les participants aux entrevues reconnaissent que la différence est toujours au cœur de la relation d'aide auprès des personnes réfugiées. Selon eux, l'approche interculturelle permet d'être sensible aux différences en respectant l'identité socioculturelle de la personne rencontrée.

> *L'approche interculturelle c'est être sensible aux différences, mais comment elles se manifestent, comment elles peuvent expliquer des comportements qui peuvent être normaux puis qui peuvent dans leur situation à eux, puis qui peuvent paraître comme entre guillemets pathologiques pour la société en occident.*
>
> - Travailleuse sociale, équipe de santé des réfugiés

L'intervenant peut éviter les malentendus culturels en prenant une distance avec ses propres codes et valeurs, notamment quand l'écart est important. Il s'agit du processus de décentration qui est l'un des principes de l'approche interculturelle.

> *Quand ces personnes arrivent au début dans un terrain inconnu. Nous aussi, on arrive auprès de la personne dans un terrain inconnu. Et donc, on n'a pas vraiment le choix de se décentrer sur soi-même que d'inviter l'autre personne à se décentrer sur elle et de s'ouvrir à une autre façon de voir qui serait peut-être le terrain entre les deux pour pouvoir avancer.*
>
> - Intervenant, organisme communautaire

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

En effet, les participants aux entrevues confirment que la décentration les aide à dépasser le choc culturel en étant à l'écoute des représentations culturelles de la personne réfugiée rencontrée.

> *Il faut vraiment écouter. Et pour écouter, il faut commencer par se taire. Moi, je me tais beaucoup. Je lance, je crée l'espace et me tais. Ça prend du temps avec les personnes les plus traumatisées. Parfois un peu difficilement. Dès qu'il se mettent en confiance, ça sort. Ils ont beaucoup de choses à dire.*
>
> - Travailleuse sociale, organisme communautaire

À partir de cette écoute, on peut dire qu'un lien de confiance se crée en fur et à mesure entre les deux parties permettant de s'approprier la culture de l'autre. Plusieurs participants misent sur la création de ce lien dès le début de la relation d'aide. Il s'agit du premier élément à travailler afin de réussir la pratique d'intervention, car bien souvent, les personnes réfugiées nourrissent de la méfiance à l'égard des intervenants. De plus, ce lien de confiance est primordial dans le processus de référencement vers des services spécialisés en santé mentale.

> *Je pense qu'il faut que le lien de confiance se transmette à mon sens-là, puis je pense que ça c'est une des clés qu'on aurait. Puis c'est difficile dans les situations où les gens n'ont pas de lien de confiance avec aucun intervenant. Parce que des fois on a des références, on a des appels [reçus dans notre organisme] pour dire : Bien là il y a telle personne. Elle n'a vraiment pas l'air à bien aller, elle a des cauchemars, elle a des symptômes traumatiques, puis on lui a dit d'aller [organisme de référence] puis elle ne veut pas. Ça prend vraiment l'accompagnement puis la transmission du lien.*
>
> - Gestionnaire, organisme communautaire

Valoriser la capacité d'agir des personnes. Un nombre important de participants mise sur cette capacité des personnes réfugiées dans leur pratique d'intervention. Le fait de vivre une expérience de relation d'aide positive peut offrir des opportunités lui permettant de développer son pouvoir d'agir et mieux contrôler sa vie.

> *Quand quelqu'un de déraciné arrive, quelqu'un qui a perdu ses repères, ils vont beaucoup s'attendre à ce que le professionnel leur dise quoi faire. Il y a beaucoup de mes clients qui me disent « tu décides pour moi », « dis-moi quoi faire », et toujours dire « dans ta décision, c'est la tienne ». Parce que c'est toujours facile en tant qu'intervenant de tomber dans le piège de dire quoi faire, on peut donner notre avis, mais il ne faut pas lui dicter quoi faire.*

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

- Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée.

En prenant compte de cette capacité, l'intervenant peut favoriser une reprise de pouvoir mettant de côté le sentiment de « sauver » la personne réfugiée en se concentrant sur sa mission principale qui est de permettre à la personne réfugiée de fonctionner dans son nouvel environnement.

> *De façon non-intentionnelle, même avec les meilleures intentions, l'intervenant qui veut vraiment aider, qui veut sauver cette personne. On peut sans s'en rendre compte et de façon très insidieuse reproduire cette dynamique de pouvoir et de contrôle qu'il y avait entre la victime et le bourreau. Même si c'est subtil, ça ne prend pas grand-chose pour déclencher le rappel de cette dynamique insidieuse qui a conduit la personne à perdre son estime de soi, à perdre sa confiance en soi, et on passe à côté de cette belle opportunité de pouvoir aider la personne dans sa démarche de reconstruction de soi et de reconstruction d'une identité positive, ça cela passe par l'empowerment.*
>
> - Psychologue/Psychothérapeute, pratique privée

2.4.5. Les collaborations intra et inter-institutions

Les analyses des entrevues ont permis de mieux comprendre les collaborations entre les acteurs impliqués auprès des réfugiés. Les rôles prédéfinis impliquent que les participants exerçant au sein des équipes de santé des réfugiés ont le mandat d'évaluer les besoins psychosociaux et physiques des personnes réfugiées, alors que les intervenants travaillant au sein des organismes communautaires mandatés par le MIFI ont un mandat plus large d'accueil et d'accompagnement. Quant aux participants psychologues/psychothérapeutes spécialisés, au public ou au privé, qui fournissent des services de santé mentale aux personnes réfugiées, ces professionnels ne sont pas mandatés pour desservir uniquement cette population, il s'agit plutôt d'une mission populationnelle du RSSS et/ou personnelle, fondée sur l'engagement et la volonté des thérapeutes à accompagner cette population vulnérable. Au-delà de ces définitions des mandats, les participants aux entrevues s'accordent pour dire que les collaborations intra et inter-institutions sont des pratiques prometteuses et incontournables pour faciliter l'accès des personnes réfugiées à des services psychosociaux et à des services de santé mentale.

Les relations d'équipe

D'abord, certains répondants insistent sur les bienfaits d'un style de gestion d'équipe qui assure un environnement de travail positif et contribue à l'amélioration de l'offre de service.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Le fait de savoir que les responsables de l'organisme sont engagés dans une démarche de qualité en fournissant les ressources nécessaires pour répondre aux besoins des personnes réfugiées favorise l'implication des intervenants et facilite leur action, selon eux.

> *Un incontournable […], c'est un CIUSSS positionné pour offrir des services de qualité aux réfugiés. Ça c'est un positionnement assez clair dans le CIUSSS, il y a un engagement de la direction, il y a un engagement stratégique à ça. Après ça, la structure en elle-même, parce que je crois qu'elle est facilitante, puis l'engagement des gestionnaires à travailler fort à agir sur les obstacles, ça aussi.*
>
> - Gestionnaire, CIUSSS

Ensuite, les relations positives avec les collègues au travail sont des facteurs de satisfaction souvent mentionnés par les participants aux entrevues. En particulier, l'engagement des membres de l'équipe semble favoriser le désir de certains participants de poursuivre leur travail d'intervenant.

> *Je pense qu'il y a aussi une très bonne communication entre les intervenants, au-delà d'aller vers la coordinatrice. Puis, il y a quand même une belle dynamique là-dedans. Donc c'est sûr que s'il n'y a pas quelqu'un en particulier dans l'organisme qui s'occupe de ça, ils sont tous là les uns pour les autres là, donc il y a comme une création d'une dynamique de soutien entre eux [les intervenants].*
>
> *- Gestionnaire, CIUSSS*

Le soutien et la solidarité entre collègues représentent des indicateurs pouvant améliorer la pratique d'intervention auprès des réfugiés.

> *Je travaille beaucoup avec ma travailleuse sociale puis on se tient au courant parce que dans un sens, on a chacun nos forces et nos rôles […] on se partage aussi un peu les suivis. On se tient au courant de ce qui se passe dans une famille, dans l'autre, etc. Donc c'est certain que là, on a une dynamique qui dure depuis 3 ans, ça fait 3 ans que je suis là, elle ça fait plus longtemps qu'elle est là donc on se connaît bien puis on travaille bien ensemble.*
>
> - Infirmière, équipe de santé des réfugiés

Des participants confirment que les communications entre collègues sont particulièrement importantes dans un contexte où l'intervenant doit souvent réaliser des activités allant au-delà de sa formation professionnelle. Les rencontres d'équipe peuvent favoriser la compréhension de certaines problématiques en obtenant les points de vue des membres de l'équipe.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

> *Bien moi je pense que ce qui nous aide beaucoup dans la collaboration entre toutes ces personnes-là, c'est qu'on se parle régulièrement. On a des après-midi où on fait des discussions cliniques, on regarde les cas qui nous ont été soumis par nos collègues. Deux fois par mois, on a des rencontres d'après-midi d'une durée de 3 heures pour faire un peu un bilan. On se met à jour dans les défis qu'on vit chacun dans nos milieux et comme ça, ça permet aussi de cibler la clientèle qui est la plus vulnérable, donc les familles qui ont le plus de besoin.*
>
> - Travailleuse sociale, CIUSSS

En somme, il y a lieu de comprendre que la finalité de la pratique des intervenants des organismes communautaires mandatés ainsi que des équipes de santé des réfugiées est de permettre à la personne réfugiée d'atteindre un équilibre de fonctionnement dans sa nouvelle société d'accueil.

> *Une chose qu'on a appris c'est que même si j'arrivais à comprendre et à saisir la dimension de la situation, je n'ai pas l'expertise. Je ne suis pas formé en santé mentale non plus, donc on pense que c'est mieux toujours les référer aux gens qui ont l'expertise.*
>
> - Intervenant, organisme communautaire

Mais si les résultats de l'évaluation ou du suivi psychosocial amènent l'intervenant à estimer que la personne a besoin d'un service spécialisé en santé mentale, une orientation vers des professionnels spécialisés sera proposée.

Les partenariats

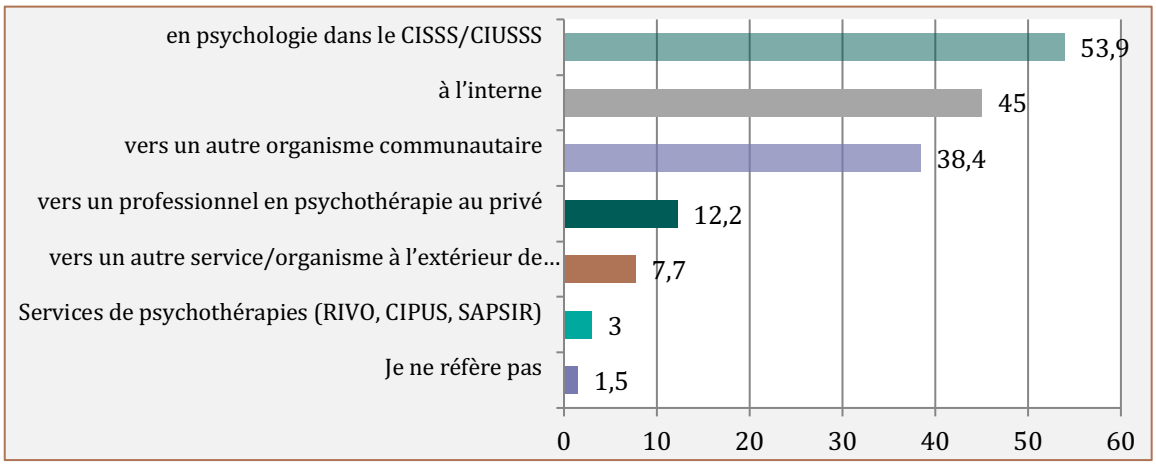
La complexité des besoins des personnes réfugiées amène souvent les acteurs des services sociaux et des soins de santé à valoriser la concertation et le partenariat. En effet, la qualité des relations de collaboration développée avec les acteurs impliqués dans le processus d'accueil et d'établissement des réfugiés (les médecins dans les hôpitaux, les organismes communautaires mandatés, le personnel infirmier et les travailleurs sociaux, les parrains, les écoles, etc.) ainsi qu'avec les acteurs des services de référence (services en santé mentale) a été mise de l'avant comme l'un des facteurs clés contribuant à mieux intervenir auprès de cette population. D'ailleurs, environ la moitié (49,8%) des répondants au questionnaire soutient que leur organisation dispose d'un partenariat avec d'autres organisations ou institutions offrant des services psychosociaux et de santé mentale dans leur région. La plupart d'entre eux (60,7%) indiquent que ces organisations partenaires sont des entités du réseau de la santé et services sociaux. Des services de psychothérapie (RIVO, CIPUS, SAPSIR)

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

et des organismes communautaires sont également cités parmi ces organisations partenaires dans la région.

Interrogés sur les organisations partenaires de la région vers lesquelles sont référées les personnes réfugiées présentant des signes de détresse, la plupart des répondants ont indiqué les services de santé mentale de leur CISSS et CIUSSS (53,9%). D'autres ont indiqué référer à un collègue à l'interne de leur organisation (45%) ou encore vers un autre organisme communautaire de la région (38,4%) ou en privé (12,2%) (Figure 25).

Figure 25 - Services vers lesquels les répondants réfèrent leurs clients réfugiés (%)



Par ailleurs, certains participants ont fait savoir que leur organisation collabore avec des institutions partenaires à l'extérieur de leur région d'interventions, notamment le RIVO à Montréal vers laquelle les clients sont référés en cas de signes de détresse psychologique, ainsi que les cliniques transculturelles.

Dans la même veine, les entrevues ont permis de peaufiner la compréhension des avantages des partenariats. La majorité des participants estime que l'expertise de ces acteurs agit comme un filet de soutien leur permettant d'adapter leur service aux besoins spécifiques des personnes réfugiées.

> *Quand on a une structure de soutien autour de la famille et de différents milieux, il y a même des gens de la communauté là, l'interprète, comme médiateur culturel qui participent à des rencontres de concertation, moi je trouve que ça, c'est les situations où on a le plus de succès. Quand tout le monde travaille dans le même sens, tout le monde a une vision commune de la situation. Donc c'est ça, c'est des situations qui sont bien arrimées entre les différents services peuvent faire en sorte que dans les situations où les gens sont très vulnérables ou ont plusieurs besoins, qu'on réponde mieux là à la situation de la famille.*

- Travailleuse sociale, protection de la jeunesse

De manière générale, les participants mentionnent qu'il est possible de diminuer certaines difficultés limitant l'accès au service demandé (p.ex. : des critères d'admissibilités, des listes d'attentes, des priorités organisationnelles) à l'aide des efforts concertés. Les partenariats avec des ressources externes souvent proches du milieu de vie de la personne réfugiée s'imposent. Une gestionnaire d'un organisme communautaire évoque l'apport de la collaboration avec le CIUSSS de la région puisqu'elle la considère comme une partie intégrante de la pratique dans son organisme.

L'avantage d'une petite région, c'est facile de répertorier tout le monde et de communiquer avec ces personnes-là. Quand par exemple, les gens du CIUSSS, que ça soit l'équipe santé réfugié ou d'autre, le référencement, ça se fait assez rapidement effectivement. Il n'y a pas de grand formulaire à remplir, de grande liste d'attente.

- Gestionnaire, organisme communautaire

En effet, une collaboration efficace suppose, idéalement, la création de contacts directs, avec ceux dont on connait les compétences et qui ont une certaine stabilité au sein du service partenaire, permettant de personnaliser la prise en charge des réfugiés.

Si on parle des organismes en général là, mettons nos partenaires, c'est vraiment des fois c'est par téléphone, des fois c'est avec des formulaires qu'ils nous donnent pour qu'on puisse les référer immédiatement, mais c'est toujours le contact beaucoup plus direct. Ça fonctionne beaucoup mieux, moi je trouve que des contacts directs, c'est beaucoup plus vite.

- Gestionnaire, organisme communautaire

De manière générale, les répondants s'accordent sur le fait que le "travail ensemble", nourri par l'idée d'une amélioration de la qualité des services offerts, ne s'improvise pas. Cela nécessite des partenaires qui s'entendent bien et qui sont ouverts à la collaboration. Également, il est plus avantageux pour la pratique quand les partenaires sont complémentaires ce qui évite le dédoublement du travail. Par exemple, une équipe de santé des réfugiés a mis en place une collaboration intersectorielle permettant une meilleure intervention.

On veut être un réseau de services compétents au plan culturel qui fait qu'importe l'intervenant dans le milieu ou dans le CIUSSS, vont être en lien avec les personnes, et [l'organisme communautaire], les organismes en immigration sont quand même

> *importants, mais qu'on veut s'assurer qu'ils ne se retrouvent pas tout seuls pour s'intégrer. On va s'assurer qu'il y ait au moins un lien, voilà. Puis les écoles aussi, les écoles sont assez importantes dans la collaboration pour détecter des difficultés chez les enfants puis la francisation. Ça fait que on est tous, dans le fond ce qu'on essaie c'est d'être connectés entre nous pour détecter au bon moment.*
>
> - Gestionnaire, équipe de santé des réfugiés

Finalement et pour conclure les résultats, il est généralement admis par les participants aux entrevues que le soutien des membres de la famille et de la communauté est un des facteurs les plus importants dans la vie des personnes réfugiées, ce qui par conséquent a un effet positif sur le processus de rétablissement. Lorsque les liens avec la famille et l'entourage sont favorables, cela renforce l'engagement de la personne réfugiée et facilite la relation d'aide.

> *D'abord et avant tout, la famille, la famille c'est un soutien ineffable, que ça soit la famille ici, que ça soit la famille restée en dehors du pays. Les technologies ont beaucoup avancé aujourd'hui, on peut se permettre de communiquer très facilement avec des personnes à des milliers de kilomètres. Le fait de rester en contact, garder ce lien soit avec la famille ici et là-bas, ça c'est un soutien ineffable. […] Les membres de la communauté aussi, quand ils font partie d'une même communauté ici, ils peuvent avoir ce soutien-là, ils peuvent compter les uns sur les autres.*
>
> - Intervenant psychosocial, organisme communautaire

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

CHAPITRE 3 – DISCUSSION

Le présent rapport mandaté par le MIFI avait pour objectif de recenser les pratiques et les mesures de soutien en santé mentale auprès des personnes réfugiées au Québec. En plus d'une recension des écrits, le CERDA a consulté les acteurs du terrain, soit des personnes travaillant dans des organismes communautaires, dans des CISSS et CIUSSS, dans le secteur privé ainsi que dans le milieu scolaire, par l'intermédiaire d'un questionnaire en ligne auprès de 271 répondants ainsi que des entrevues semi-dirigées auprès de 25 participants.

Ce projet nous a permis de constater qu'il existe une base solide au Québec en ce qui concerne le de soutien à la santé mentale des personnes réfugiées nouvellement réinstallées. Cette base est assise sur une longue histoire d'accueil de personnes réfugiées, au Canada comme au Québec et est supportée, en grande partie, par un ensemble d'organismes communautaires bien ancrés dans leurs localités respectives, et ce, à travers le Québec. En complémentarité, notons le soutien et l'expérience des intervenants du RSSS et plus particulièrement des équipes de santé des réfugiés. La forte participation à notre enquête de terrain montre d'ailleurs que les intervenants font preuve d'une grande sensibilité au regard de leur clientèle, n'hésitant pas à solliciter leur réseau et à dépasser parfois leurs mandats lorsque les services sont difficilement accessibles. Également, nous avons pu constater qu'ils sont mobilisés dans leurs apprentissages et qu'ils font preuve d'ouverture à des pratiques innovantes, dans un souci constant d'amélioration et d'adéquation de leurs pratiques aux besoins des personnes réfugiées. Finalement, même s'ils bénéficient d'une certaine marge de manœuvre, leurs témoignages montrent que leurs pratiques sont conformes aux lignes directrices relatives à l'intervention en santé mentale auprès des personnes réfugiées. Par contre, cette base rencontre des obstacles que nous avons tenté d'identifier et qui, s'ils étaient surmontés, permettraient un meilleur accès aux services de santé mentale des personnes réfugiées au Québec et faciliteraient donc leur intégration au sein de la société québécoise.

La discussion qui suit présente dans un premier temps une rapide remise en contexte de l'accueil des personnes réfugiées au Québec. Ensuite, elle décline l'offre de services en santé mentale aux personnes réfugiées réinstallées au Québec. Puis elle relève les défis liés à cette offre de services afin de poser la table pour la dernière section de ce rapport contenant des recommandations visant à améliorer leur accès à des services de santé mentale à travers la province et, ultimement, à faciliter leur intégration au sein de la société québécoise.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

3.1. REMISE EN CONTEXTE

Les personnes réfugiées qui arrivent au Québec ont souvent vécu de multiples expériences traumatiques durant leur parcours migratoire, que ce soient les événements qui les ont poussés à fuir leur pays d'origine ainsi que leurs conditions de vie durant la période de transit (Kronick, 2018b; Li et al., 2016; Morina, 2018). Bien que leur santé mentale puisse être fragilisée par ces vécus d'adversité répétés, leurs expériences post-migratoires ont un impact encore plus grand sur leur santé mentale car elles peuvent aggraver ou prévenir les répercussions des traumatismes sur le long terme (Hynie, 2018; Porter & Haslam, 2005b; Rousseau & Frounfelker, 2019b), voire constituer une nouvelle expérience traumatique en soi (Laliberté et al., 2021b).

À leur arrivée au Québec, les personnes réfugiées bénéficient de services qui leur sont spécifiquement dédiés. Les organismes communautaires mandatés par le MIFI dans les 14 villes d'accueil de la province les accompagnent dans leurs démarches d'installation et d'intégration (MICC, 2013). Les équipes de santé des réfugiés mandatées par le MSSS dans ces mêmes villes leur offrent une évaluation du bien-être et de l'état de santé physique dans le but de les orienter dans le système de santé (MSSS, 2018). Également, de nombreux autres acteurs interviennent dans leur trajectoire post-migratoire, tels que des intervenants du milieu communautaire, du milieu de la santé ou du milieu scolaire ou encore d'autres professionnels du secteur privé qui les rencontrent parmi leur clientèle.

Même si la littérature ne s'accorde pas sur les taux reliés aux divers problèmes de santé mentale, la tendance générale montre que les personnes réfugiées présentent davantage d'anxiété, de dépression, de TSPT ou encore de troubles de l'humeur que chez la population hôte ainsi que chez les personnes immigrantes d'autres catégories. Ces problèmes de santé mentale sont présents chez les personnes ayant été exposées à des situations d'adversité extrêmes comme celles que peuvent avoir vécues les personnes réfugiées, bien que leur évolution soit souvent tributaire des conditions post-migratoires.

Bien que les personnes réfugiées bénéficient d'une couverture de santé provinciale au même titre que tout résident québécois, elles utilisent moins les services de santé et les services sociaux, en raison de divers facteurs incluant une méconnaissance de leurs droits et du fonctionnement du système, ainsi qu'une offre de services souvent peu adaptée à cette population diversifiée sur les plans linguistique et culturel (Kanagaratnam et al., 2017; Thompson et al., 2018). Considérant que l'accessibilité dépasse le simple fait de bénéficier

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

d'un service, notons que les personnes réfugiées sont également plus à risque de recevoir des soins de moindre qualité, des diagnostics erronés ainsi que des traitements inappropriés (Giacco et al., 2018; Rousseau & Frounfelker, 2019b). Pourtant, le manque d'accès aux soins de santé s'ajoute aux multiples facteurs qui nuisent à leur santé mentale (McKeary & Newbold, 2010b).

3.2. UNE OFFRE DE SERVICES SPÉCIFIQUE AUX PERSONNES RÉFUGIÉES

Afin d'accompagner les personnes réfugiées nouvellement réinstallées, la littérature nationale et internationale recommande un modèle pyramidal d'intervention psychosociale par phase, allant de la sécurisation des besoins de base à l'intervention spécialisée en santé mentale (Im et al., 2020; Kanagaratnam et al., 2017; Pottie, Greenaway, Feightner, Welch, Swinkels, Rashid, Narasiah, Kirmayer, Ueffing, MacDonald, Hassan, McNally, Khan, Buhrmann, Dunn, Dominic, McCarthy, Gagnon, Rousseau, & Tugwell, 2011). Au niveau québécois, les résultats de l'enquête de terrain montrent que l'offre de services semble aller dans le sens.

3.2.1. La stabilisation des besoins de base et de la sécurité

L'arrivée dans un nouveau pays constitue une période d'adaptation pouvant être vécue comme une « lune de miel » mais pouvant aussi être la source de nombreux stress liés à l'installation, susceptibles d'occulter des stress liés aux traumatismes vécus (Berry, 1997; Rhema et al., 2014). En ce sens, les résultats de l'enquête de terrain suggèrent que, dans les premières semaines suivant l'arrivée des personnes réfugiées, les besoins exprimés sont davantage de l'ordre de l'installation. Sur le spectre de l'intervention par phase, les organismes communautaires mandatés par le MIFI exercent en effet ce rôle de soutien aux difficultés de l'installation : 37,6% des répondants au questionnaire ont identifié les difficultés linguistiques, économiques et de logement ainsi que les préoccupations pour les membres de la famille comme principaux stress rapportés par leur clientèle et qui sont abordés dès la première rencontre. Les professionnels des équipes de santé des réfugiés ayant participé aux entrevues appuient ce constat : les premières rencontres font souvent ressortir des besoins de base qu'ils estiment du ressort des organismes communautaires tandis qu'ils observent qu'ils ont très peu accès aux problèmes liés à leur vécu, du moins durant les premiers mois. D'ailleurs, l'exploration des traumas n'est pas recommandée par les experts lors des premières rencontres, bien que l'intervenant doive rester attentif à des signes potentiels de détresse (Kronick, 2018b).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

3.2.2. Le soutien psychosocial

La littérature montre que l'exposition à des adversités extrêmes est associée à des risques élevés de troubles de santé mentale et que l'état de santé des personnes réfugiées tend à se détériorer dans les mois suivant leur arrivée dans le pays de réinstallation (Vang et al., 2017; Zoua et al., 2015b). Par exemple, plus de 40% des répondants au questionnaire estiment que la plupart des personnes réfugiées qu'ils rencontrent ont été témoins de violence, ont vécu des situations de guerre ou de violence organisée, ont été victimes de séparation familiale ou ont subi des menaces à leur vie ou à celle de leurs proches. Les participants aux entrevues estiment quant à eux que les difficultés liées au vécu des personnes réfugiées leur sont exprimées dans les 4 à 6 mois suivant leur arrivée, une fois que les besoins de base sont stabilisés. Les principales difficultés relevées sont du stress, de l'anxiété, des difficultés de sommeil, de concentration et d'humeur chez la plupart des personnes réfugiées desservies, des difficultés qui sont fréquemment relevées dans la littérature (Li et al., 2016; Pottie, Greenaway, Feightner, Welch, Swinkels, Rashid, Narasiah, Kirmayer, Ueffing, MacDonald, Hassan, McNally, Khan, Buhrmann, Dunn, Dominic, McCarthy, Gagnon, Rousseau, & Tugwell, 2011; Rousseau & Frounfelker, 2019b). Ainsi, presque la moitié des répondants au questionnaire offre du soutien psychosocial à leur clientèle réfugiée et ce, tous milieux confondus, soit presque les trois quarts des répondants des CISSS et des CIUSSS et presque la moitié de ceux des organismes communautaires. Le soutien psychosocial prend principalement la forme d'intervention individuelle, d'évaluation des besoins, de soutien à l'intégration, d'activités familiales et communautaires et d'intervention de crise d'urgence.

3.2.3. Les interventions en santé mentale

Finalement, la littérature montre que les difficultés vont généralement se résorber avec le temps et une réinstallation réussie, mais que certaines personnes nécessiteront une intervention spécialisée en santé mentale (Kanagaratnam et al., 2017; Kronick, 2018b; Schweitzer et al., 2006; Steel et al., 2002). D'ailleurs, la moitié des répondants au questionnaire estime que plusieurs de leurs clients réfugiés doivent être référés vers des services spécialisés en santé mentale. Notons que les services en santé mentale relèvent davantage des activités des répondants des CISSS et CIUSSS (59,2%) ainsi que des professionnels en pratique privée, qui sont principalement des psychologues et des psychothérapeutes (80%). Ils font de l'accompagnement psychologique, des évaluations en santé mentale, de l'intervention de crise et de la psychothérapie individuelle ou familiale. Par

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

contre, les références en cas de signes de détresse psychologique sont émises de tous les milieux ce qui montre que toute personne travaillant auprès de personnes réfugiées est susceptible d'être témoin de problématiques en santé mentale. En grande majorité, les répondants dirigent les personnes réfugiées aux services en psychologie dans le CISSS ou le CIUSSS de la région ou tentent de régler les difficultés à l'interne.

Selon les résultats de notre enquête de terrain, il semblerait que d'importantes lacunes sont soulevées concernant les services spécialisés en santé mentale, notamment hors de la grande région de Montréal. En effet, nous avons documenté de ressources en santé mentale spécifiquement dédiées à cette population seulement dans les villes de Québec et de Sherbrooke, ressources soutenues de plus par les Universités. Seuls 3% des répondants au questionnaire ont mentionné référer vers des services de psychothérapie dans leur région. Autrement, lorsque les références se font dans les CISSS et CIUSSS, elles sont soumises aux contraintes communément déplorées dans la littérature, comme les listes d'attente, le peu de temps alloué aux clients, ainsi que le manque de services d'interprétation et d'adaptation culturelle (Fung et al., 2012; Gadalla, 2010; Lai & Surood, 2013b; Langille et al., 2012; McKeary & Newbold, 2010b). Tel un cercle vicieux, l'inadéquation des mesures de soutien en santé mentale aux besoins spécifiques des personnes réfugiées risque de renforcer leur vulnérabilité ainsi que celle des intervenants qui les accompagnent. Par ailleurs, les collaborations entre organismes et institutions pourraient également jouer un rôle sur le plan des difficultés rencontrées pour référer les personnes réfugiées dans les services appropriés.

3.3. Les éléments contraignant et facilitant l'intervention

La littérature ainsi que les résultats de notre enquête de terrain mettent en lumière d'autres facteurs que la « lune de miel » qui peuvent expliquer le délai de dévoilement des problématiques psychosociales, notamment la stigmatisation autour de la santé mentale ainsi que le temps d'établir un lien de confiance avec les intervenants (Hynie, 2018; Kronick, 2018b). De plus, les stress d'installation peuvent complexifier les besoins en santé mentale des personnes réfugiées et leur compréhension par les intervenants. Ces facteurs supplémentaires constituent des défis pour les pratiques et les mesures de soutien en santé mentale et font l'objet de la seconde partie de cette discussion.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

3.3.1. La complexité des besoins

Les personnes réfugiées accumulent de nombreux stress tout au long de leur parcours migratoire. Qu'ils soient liés aux traumatismes, à l'installation, à l'adaptation ou à l'isolement social, ces stress s'influencent, se répondent et s'expriment de plusieurs manières, à divers moments et auprès des multiples intervenants qui jalonnent leur trajectoire post-migratoire (Miller & Rasmussen, 2010b). Ainsi, de par la grande adaptation que nécessitent les premières années dans le pays d'installation, les difficultés psychosociales ou les signes de détresse peuvent mettre du temps à émerger, passant sous silence face aux besoins de base à combler en priorité ou à la douleur associée à ces sujets et s'imbriquant parfois dans d'autres difficultés liées à l'installation.

Pour les intervenants, il peut être parfois difficile non seulement de déceler les signes de difficultés, mais également de discerner l'origine de ces difficultés. Par exemple, les participants aux entrevues individuelles mettent en garde contre le piège de réduire la compréhension des besoins des personnes réfugiées à la question des expériences traumatiques, des évènements du passé ou à celle du diagnostic de TSPT. Selon eux, le traumatisme doit être considéré à la fois en lien avec les symptômes présentés, mais aussi en relation avec les conditions de vie dans le pays d'accueil et les réactions émotionnelles engendrées par de potentielles difficultés.

Également, ils soulignent que l'expression des difficultés peut prendre diverses formes avec lesquelles les intervenants ne sont pas nécessairement familiers, par exemple sous forme de douleurs physiques. Ces disparités peuvent notamment s'expliquer par des représentations culturelles de la santé mentale différentes des représentations communes au Québec (Nickerson et al., 2011b; Qureshi & Collazos, 2011b; Torrey & Miller, 2007b), ou encore par la stigmatisation autour de la santé mentale (McKeary & Newbold, 2010b; Priebe et al., 2016b). De plus, lorsque la personne ne maitrise pas les langues officielles de son pays d'accueil, la relation d'aide peut être complexifiée.

3.3.2. Les barrières linguistiques et culturelles

La réinstallation dans un nouveau pays engendre une perte de repères chez les personnes réfugiées et peut constituer un stress de plus dans le processus d'établissement (Kirmayer et al., 2011a; Li et al., 2016; Pottie, Greenaway, Feightner, Welch, Swinkels, Rashid, Narasiah, Kirmayer, Ueffing, MacDonald, Hassan, McNally, Khan, Buhrmann, Dunn, Dominic, McCarthy, Gagnon, Rousseau, & Tugwell, 2011). Combinée à des barrières de langue, la perte de repères

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

peut entraver la capacité des personnes à accomplir de multiples démarches. Entre autres, les participants aux entrevues mentionnent l'inscription de ses enfants à l'école ou encore la complétion de formulaires administratifs que ce soit pour une demande de réunification familiale ou l'accès à des prestations sociales. Sur le plan de la santé, les barrières culturelles et linguistiques peuvent compliquer la navigation des personnes dans un système de santé qui ne leur est pas familier, mais aussi entraver la capacité des personnes à transmettre leurs besoins à un intervenant ainsi qu'à comprendre l'intervention.

Pour réduire ces obstacles, l'utilisation d'un service d'interprète formel est fortement recommandée dans la littérature (Kirmayer et al., 2011a; Rousseau & Frounfelker, 2019b) et relève même de considérations éthiques (Brisset & Leanza, 2015). Cependant, une ETMISSS réalisée au Québec en 2017 a montré que les pratiques d'interprétariat varient grandement d'un établissement à un autre (Briand-Lamarche et al., 2017). En ce sens, si les résultats de notre questionnaire en ligne montrent que presque la moitié des répondants rencontrent une clientèle allophone, moins de 40% utilisent les services d'un interprète formel. Certains n'ont pas accès à un service d'interprétation formel tandis que d'autres parlent la même langue que la clientèle, ce qui est identifié comme un élément facilitant par des participants aux entrevues. Également, les participants aux entrevues soulignent quelques enjeux du travail avec un interprète formel tels que des enjeux de confidentialité lorsque les communautés d'appartenance sont tissées serrées ou encore l'établissement d'un lien de confiance avec le patient.

3.3.3. La consolidation du lien de confiance

Les participants aux entrevues mettent en garde contre la reproduction de relations d'oppression ou de discrimination vécues par les personnes réfugiées dans leur pays d'origine et qui risquent de bloquer la relation d'aide. L'un des éléments facilitants relevés par les participants aux entrevues pour créer ce lien de confiance est la définition des rôles de chacun et du cadre de l'intervention. Également, la littérature recommande l'adoption d'une posture culturellement empathique afin de favoriser l'alliance thérapeutique (Lewis-Fernández et al., 2020; Rousseau & Frounfelker, 2019b). D'ailleurs, en complémentarité au modèle d'intervention par phase auprès des personnes réfugiées, l'intégration d'approches sensibles au trauma (Miller et al., 2019b; SAMHSA, 2014b) ainsi que d'approches sensibles à la culture sont recommandées afin de faciliter les interventions (Burchill & Pevalin, 2012; Im et al., 2020; Kanagaratnam et al., 2017; Robertshaw et al., 2017b). L'utilisation de telles

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

approches est préconisée par les psychothérapeutes ayant participé aux entrevues afin de tenir compte du vécu des personnes réfugiées. Ils témoignent utiliser des approches multidimensionnelles telles que les approches systémiques ou holistiques, les approches intégrant les dimensions culturelles, ou encore la créativité comme moyen d'expression et de mise en sens. Plusieurs estiment également que l'approche sensible au trauma est une prérogative à toute autre intervention et devrait constituer le cadre de référence de base pour l'accueil des personnes réfugiées.

Même si une majorité des répondants au questionnaire a reçu une formation en soutien psychosocial et santé mentale (70,1%) et une formation sur l'intervention en contexte interculturel (63,8%), plusieurs participants aux entrevues ont dit qu'ils ne se sentaient pas assez outillés pour répondre aux besoins qui leur sont exprimés, ce qui dissuade certains intervenants de questionner les traumatismes.

3.3.4. Le manque de services spécialisés en santé mentale

Alors que les répondants au questionnaire s'accordent sur les nombreux besoins en santé mentale des personnes réfugiées, le manque de disponibilité de services en santé mentale spécialisés auxquels référer les besoins est identifié comme un élément contraignant pour l'intervention en santé mentale auprès des personnes réfugiées. Ce constat est d'autant plus flagrant hors de Montréal alors que la majorité des services en santé mentale spécifiques aux personnes réfugiées se concentre dans la ville de Montréal. La majorité des participants aux entrevues ont souligné le manque de professionnels en santé mentale disponibles pour assurer un suivi à la suite de l'accueil par les organismes communautaires ou des évaluations des besoins par les équipes de santé des réfugiés. Ils déplorent également les délais d'attente de plusieurs mois voire des années pour bénéficier d'un service spécialisé en santé mentale, les références qui n'ont pas de retour ou encore l'accès uniquement en contexte d'urgence, une fois qu'une hospitalisation est requise. De plus, les participants ont mentionné prendre le relais afin de compenser le manque de services spécialisés en santé mentale. Cela dit, comme il a été mentionné plus haut, ces personnes ne sont pas toujours outillées pour accueillir ces difficultés. Par exemple, presque la moitié des répondants provenant d'organismes communautaires ne sont pas formés en soutien psychosocial ou santé mentale.

Finalement, ces obstacles qui surgissent dans la relation d'aide peuvent créer un sentiment de culpabilité voire d'incapacité chez les intervenants et engendrer des répercussions sur leur santé mentale. La littérature montre en effet que le travail répété auprès de personnes

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

ayant un vécu d'adversités extrêmes et prolongées peut générer un état d'épuisement professionnel (Bride, 2004; Kjellenberg, 2014b; Lusk, 2015b; Musa & Hamid, 2008b). Ceci se traduit, de plus, chez les participants aux entrevues, par de la détresse et de l'épuisement observés chez certains de leurs collègues, des états de fatigue et des sentiments de lassitude. En parallèle, les espaces d'écoute et de supervision ainsi que l'accompagnement sont relevés comme des éléments facilitants pour le travail d'intervenant.

3.3.5. Les limites des mandats

La collaboration entre les différents acteurs est décrite dans la littérature comme une pratique exemplaire de l'intervention auprès de personnes réfugiées (Kirmayer et al., 2011a; Kronick, 2018b; Kronick et al., 2021b). De la même manière que les professionnels des équipes de santé des réfugiés reçoivent les préoccupations relatives à des besoins de base lors de leurs premières rencontres, les intervenants des organismes communautaires sont parfois confrontés à des difficultés de l'ordre de la santé mentale qui dépassent non seulement leurs mandats mais également leurs champs de compétences.

Cela montre que les besoins des personnes réfugiées ne sont pas nécessairement exprimés auprès des intervenants les mieux placés pour y répondre et illustre l'importance des collaborations. On peut penser qu'il en va de même pour les intervenants d'autres milieux qui sont toutefois peu représentés parmi notre échantillon. Cela pose deux enjeux :

1) L'importance de sensibiliser les différents intervenants aux réalités des personnes réfugiées ;
2) La nécessité d'établir des collaborations inter-institutions.

Par contre, plusieurs participants aux entrevues ont avoué ne pas connaitre l'existence de certains services ou de confondre les rôles et les mandats de chacun. Ainsi lors de référence dites « formelles » ils ont souligné le manque de communication entre les intervenants ainsi que les difficultés de suivis. Le recours à un réseau dit « informel », c'est-à-dire composé de connaissances personnelles, est identifié comme un élément facilitant les références.

3.4. Les limites de la présente enquête

Le présent rapport ne visant pas à dresser un portrait exhaustif de la réalité des personnes réfugiées et de leur santé mentale au Québec. Il s'agissait d'une étude exploratoire permettant de relever les défis principaux qui se présentent pour cette population vulnérable, à partir des perceptions des intervenants impliqués dans leur intégration. Certaines limites du

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

présent rapport doivent être soulignées afin de mettre en perspective les résultats et d'orienter de futures pistes de recherche.

L'enquête s'est concentrée sur les services offerts aux personnes réfugiées, et particulièrement les RCPE, et non sur les réfugiés parrainés au privé, ni sur les demandeurs d'asile, qui constituent des groupes différents sur les plans politiques, sociodémographiques ainsi qu'en ce qui concerne les facteurs de risque et de protection sur le pan de la santé mentale. Ensuite, l'étude a dû être limitée à la population adulte, sachant toutefois que les enfants et adolescents réfugiées composent avec des réalités, des facteurs de protection et de risque distincts des adultes.

Nous souhaitons également souligner que nous valorisons la consultation des personnes réfugiées lorsqu'il est question de réfléchir sur leurs propres besoins et les services à leur offrir. Si nous avons manqué de temps et de ressources pour mener de telles activités dans le cadre de ce projet, nous préconisons l'inclusion des personnes réfugiées dans le cadre de la mise en place des recommandations proposées ci-après (p. ex. : développement de formations).

Pour conclure, notre enquête de terrain a permis de cerner les pratiques qui bénéficient aux personnes réfugiées ainsi que les aspects à améliorer en lien avec le fonctionnement de l'offre de services en santé mentale auprès de cette population. De manière transversale, nous avons notamment relevé le manque de formation des différents acteurs, notamment en ce qui concerne l'intervention en contexte interculturel et le soutien psychosocial et en santé mentale, et souligné le manque de services spécialisés en santé mentale. Nous avons également décelé une zone de flou entre les mandats de chacun et, en ce sens, le renforcement des liens de collaboration permettrait non seulement de mieux répondre aux besoins en santé mentale des personnes réfugiées mais également de prévenir les potentielles difficultés pouvant affecter les intervenants. Ces constats nous conduisent à formuler les recommandations suivantes.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

CHAPITRE 4 – RECOMMANDATIONS

À la lumière des écrits scientifiques et de l'ensemble des résultats de ce projet, huit recommandations visant l'amélioration des pratiques de soutien psychosocial et en santé mentale auprès des personnes réfugiées nouvellement réinstallées sont formulées. Ces recommandations offrent une vision intégrée afin de répondre aux nombreux défis soulevés dans le cadre de ce projet et ce, en cohérence avec les activités des organismes communautaires et autres instances ayant pour mandat l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées. Il est à noter que les recommandations ont été présentées et validées par les membres du comité consultatif présents lors d'une rencontre qui a eu lieu en septembre 2021 ainsi que par échange de courriels.

RECOMMANDATION 1

Bonifier l'offre de services psychosociaux et en santé mentale pour les personnes réfugiées afin de favoriser une prise en charge plus adaptée auprès de cette clientèle.

Acteurs impliqués :

- MIFI et MSSS
- Organismes communautaires mandatés
- Équipes de santé des réfugiés

Modalités :

- Intégration de psychologues au sein des organismes communautaires mandatés et/ou des équipes de santé des réfugiés
- Mise en place d'agents de liaison en santé mentale faisant le pont entre le milieu communautaire et le milieu de la santé

Retombées attendues :

- Alléger le fardeau des intervenants en milieu communautaire
- Contribuer à faciliter un lien de confiance et améliorer l'accès aux services en santé mentale (accompagnement individuel et personnalisé au moment opportun)

Public cible :

- Les personnes réfugiées
- Les intervenants des organismes communautaires mandatés
- Les intervenants des équipes de santé des réfugiés

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

RECOMMANDATION 2

Promouvoir le bien-être et le soutien à la santé mentale par le biais d'activités psychosociales destinées aux personnes réfugiées et d'un soutien financier conséquent pour la mise en place de ce type activités.

Acteurs impliqués :

- MIFI
- Organismes communautaires mandatés
- Organismes dont les personnes réfugiées représentent une proportion importante de leur clientèle

Modalités :

- Développement et mise en œuvre d'activités reconnues comme pratiques prometteuses, par exemple :
  - Activités artistiques et sociales
  - Programmes de jumelage/mentorat

Retombées attendues :

- Bonifier l'offre d'activités basée sur les pratiques prometteuses en soutien à la santé mentale des personnes réfugiées
- Réduire le nombre de références aux services spécialisés en santé mentale

Public cible :

- Les personnes réfugiées

RECOMMANDATION 3

Soutenir le développement professionnel de l'ensemble des intervenants exerçant auprès des personnes réfugiées, par le biais de modalités communes et de modalités spécifiques à des secteurs d'activités.

Acteurs impliqués :

- MIFI et MSSS
- CERDA
- Autres partenaires

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Modalités :

- Développement d'activités de transfert de connaissances ciblées et continues sur diverses thématiques prioritaires, telles que les expériences de vie des personnes réfugiées, leur santé mentale, le soutien psychosocial requis, l'approche sensible à la culture et l'approche sensible au traumatisme
- Facilitation du « prendre soin de soi » des intervenants à travers des activités de transfert de connaissance ainsi que des supervisions et des espaces d'échange entre intervenants
- Facilitation de l'accès aux diverses activités de formation déjà existantes en ligne ou en présentiel

Retombées attendues :

- Outiller les intervenants dans leur intervention auprès de cette clientèle vulnérable
- Contribuer à la prévention du trauma vicariant et de la fatigue de compassion chez les intervenants
- Renforcer la rétention de personnel spécialisé et bien outillé pour soutenir les personnes réfugiées
- Faciliter l'accès aux services pour les personnes réfugiées

Public cible :

- Les intervenants des organismes communautaires
- Les intervenants du RSSS
- Les interprètes impliqués dans le processus de réinstallation et les différents services aux personnes réfugiées

RECOMMANDATION 4

Renforcer le pouvoir d'agir des personnes réfugiées sur leur propre santé mentale en développant, traduisant et diffusant des modalités de transfert de connaissance inspirées de l'approche usager partenaire[12].

[12] La conception et mise en œuvre de modalités de transfert de connaissance devraient s'inspirer de l'*approche usager partenaire* qui fait référence aux personnes (ou des proches) utilisatrices de services, qui offrent leur temps et partagent leur expérience, leurs observations et leurs idées afin de contribuer à l'amélioration continue des services (MSSS, 2018).

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Acteurs impliqués :

- Les personnes réfugiées
- Leurs proches
- Les intervenants exerçant auprès des personnes réfugiées
- CERDA

Modalités :

- Diffusion d'informations multilingues sur diverses thématiques :la santé mentale, les droits d'accès à des soins de santé adéquats en démystifiant le fonctionnement du système de santé, la distinction des rôles des divers intervenants, témoignages de personnes réfugiées qui ont éprouvé des difficultés et s'en sont sorties grâce au soutien, etc.
- Développement d'outils adaptés aux personnes ayant un faible niveau de littératie
- Collaboration avec des personnes réfugiées pour la création et l'adaptation des contenus ainsi que des modalités à privilégier
- Collaboration avec des intervenants provenant des principales communautés culturelles pour l'adaptation des contenus sur les plans culturel et linguistique
- Utilisation de différents canaux de communication
- Hébergement de l'ensemble des modalités sur un même site web (p.ex. : celui du CERDA) afin de faciliter l'accessibilité pour les personnes réfugiées et les intervenants

Retombées attendues :

- Améliorer l'accès à l'information relativement à la santé mentale et aux soins de santé
- Engager les personnes réfugiées à titre de partenaires actifs de leurs soins et services reçus
- Favoriser l'accessibilité et la prise en charge des personnes réfugiées dans les interventions de soutien psychosocial et de santé mentale

Public cible :

- Les personnes réfugiées

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

RECOMMANDATION 5

Mobiliser les partenaires en vue d'accroître les collaborations interministérielles et intersectorielles.

Acteurs impliqués :

- Ministères
- CISSS et CIUSSS
- Organismes communautaires

Modalités :

- Développement, adoption et mise en œuvre de plans d'action concertés entre les ministères concernés (MIFI et MSSS), notamment entre :
    - Les intervenants des organismes communautaires mandatés pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées et les équipes de santé des réfugiés des CISSS et CIUSSS
    - Les intervenants des organismes communautaires mandatés pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées et les services de santé mentale dans les CISSS et CIUSSS

Retombées attendues :

- Développer et consolider des collaborations et des actions plus formelles inter-organisations
- Améliorer les processus de référence pour les personnes réfugiées ayant des besoins de services en santé mentale
- Faciliter l'accès des personnes réfugiées aux services spécialisés en santé mentale au Québec

Public cible :

- Les personnes réfugiées
- Les intervenants des organismes communautaires
- Les intervenants des équipes de santé des réfugiés

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

RECOMMANDATION 6

Mettre en place un système de cueillette systématique des données sur la santé mentale et physique des personnes réfugiées.

Acteurs impliqués :

- Milieu de la recherche
- CERDA
- Ministères
- CISSS et CIUSSS
- Organismes communautaires

Modalités :

- Création d'une base de données sur les indicateurs de santé mentale et de santé physique chez les personnes réfugiées nouvellement arrivées

Retombées attendues :

- Documenter la prévalence et la sévérité de leur état de santé à l'arrivée ainsi que leurs besoins de soutien psychosocial et de santé mentale, les démarches de références et les services consultés
- Obtenir des données québécoises sur les personnes réfugiées récemment arrivées
- Favoriser l'accès à des données par des portraits sommaires (données agrégées et interprétées) aux intervenants exerçant auprès des personnes réfugiées
- Fournir un portrait plus juste des besoins de la clientèle des personnes réfugiées
- Favoriser l'adéquation appropriée entre les besoins et les services offerts

Public cible :

- Les intervenants du RSSS
- Les intervenants des organismes communautaires mandatés

RECOMMANDATION 7

Soutenir des projets de recherche afin de contribuer au développement des connaissances sur des sous-groupes de personnes réfugiées plus vulnérables.

Acteurs impliqués :

- Milieu de la recherche
- CERDA

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

- Institut Universitaire au regard des communautés ethnoculturelles – SHERPA
- MSSS et MIFI

Modalités :

- Recensions de la littérature
- Enquêtes de terrain auprès des intervenants
- Enquêtes de terrain auprès de sous-groupes de personnes réfugiées et de leurs proches

Retombées attendues :

- Mieux comprendre la trajectoire de différents sous-groupes de personnes réfugiées plus vulnérables dans les services d'accueil et d'intégration ainsi que dans les services de santé et sociaux
- Mieux orienter les interventions à leur besoins spécifiques

Public cible :

- Intervenants des organismes communautaires
- Intervenants du RSSS incluant équipes de santé des réfugiés

RECOMMANDATION 8

Sensibiliser le grand public à la réalité et aux besoins des personnes réfugiées réinstallées au Québec.

Acteurs impliqués :

- MIFI
- CERDA
- Autres partenaires

Modalités :

- Campagne de communication à l'aide de différents outils et stratégies de diffusion
    - Exemple 1 : créer des messages sur les réseaux sociaux afin d'aborder les questions entourant la réalité et les besoins des personnes réfugiées
    - Exemple 2 : fiches informationnelles
- Collaboration d'intervenants exerçant auprès des personnes réfugiées
- Collaboration de personnes réfugiées

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Retombées attendues :

- Miser sur l'information pour sensibiliser la population à l'égard des personnes réfugiées et ainsi lutter contre la discrimination et la stigmatisation
- Faciliter l'accueil et l'intégration dans les différents milieux

Public cible :

- La population de la société d'accueil en général

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

BIBLIOGRAPHIE

ACAPS. (2016). « Technical Brief—Questionnaire Design : How to design a questionnaire for needs assessments in humanitarian emergencies ". 32.

Agence de la santé publique du Canada. (2015, décembre 21). Le portail canadien des pratiques exemplaires – PCPE. https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/search-interventions/

Agic, B., Andermann, L., McKenzie, K., & Tuck, A. (2019). Refugees in Host Countries : Psychosocial Aspects and Mental Health. In T. Wenzel & B. Drožđek (Éds.), An Uncertain Safety (p. 187-211). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-72914-5_8

Alfadhli, K., & Drury, J. (2016). Psychosocial support among refugees of conflict in developing countries : A critical literature review. Intervention, 14 (2), 128-141.

Ali, J. (2002). Mental health of Canada's immigrants. Supplement to Health Reports, 13. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82-003-S20020016336

APA. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) (DSM-V) (American Psychiatric Association).

Arnetz, J., Rofa, Y., Arnetz, B., Ventimiglia, M., & Jamil, H. (2013). Resilience as a Protective Factor against the Development of Psychopathology among Refugees. The Journal of nervous and mental disease, 201(3), 167-172. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182848afe

Arnold, D., Calhoun, L. G., Tedeschi, R., & Cann, A. (2005). Vicarious posttraumatic growth in psychotherapy. Journal of Humanistic Psychology, 45, 239-263.

Arsenault S. (2019). Les réfugiés dans le monde : Une réalité mouvante et complexe. Dans Rachédi L., Taïbi B., Rousseau C. L'intervention interculturelle (3e édition). Chenelière éducation. P.256-285.

Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M., Beltgens, P., Poole, N., Smylie, D., North, N., & Schmidt, R. (2013). Trauma Informed Practice Guide (British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; BC Ministry of Health, Mental Health and Substance Use Branch; and Vancouver Island Health Authority, Youth and Family Substance Use Services). https://bccewh.bc.ca/2014/02/trauma-informed-practice-guide/

Aubé, T., Pisanu, S., & Merry, L. (2019). La Maison Bleue : Strengthening resilience among migrant mothers living in Montreal, Canada. PLOS ONE, 14(7), e0220107. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220107

Bardin, L. (2013). L'analyse de contenu. Presses Universitaires de France. https://doi.org/10.3917/puf.bard.2013.01

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Bauwens, J., & Tosone, C. (2010). Professional posttraumatic growth after a shared traumatic experience : Manhattan clinicians' perspectives on post-9/11 practice. Journal of Loss and Trauma, 15(6), 498-517.

Beiser, M., & Hou, F. (2016). Mental Health Effects of Premigration Trauma and Postmigration Discrimination on Refugee Youth in Canada: The Journal of Nervous and Mental Disease, 204(6), 464-470. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000516

Berelson, B. (1971). Content analysis in communication research. Hafner.

Berry, J. W. (1997). Immigration, acculturation, and adaptation. J Applied psychology, 46(1), 5-34.

Berthold, S. M., Kong, S., Mollica, R. F., Kuoch, T., Scully, M., & Franke, T. (2014). Comorbid mental and physical health and health access in Cambodian refugees in the US. Journal of community health, 39(6), 1045-1052. https://doi.org/10.1007/s10900-014-9861-7

Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., .., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers : A systematic review and meta-analysis. PLoS Medicine, 17(9), e1003337.

Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees : A systematic literature review. BMC International Health and Human Rights, 15(1), 29. https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9

Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. Annual review of clinical psychology, 7, 511-535.

Branka, A., Lisa, A., McKenzie, K., & Andrew, T. (2019). Refugees in Host Countries : Psychosocial Aspects and Mental Health. /z-wcorg/. https://www.saxinstitute.org.au/wp-content/uploads/Community-based-mental-health-and-wellbeing-support-for-refugees_FINAL.pdf

Brar-Josan, N., & Yohani, S. C. (2014). A Framework for Counsellor-Cultural Broker Collaboration. Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy, 48(2).

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77-101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Briand-Lamarche, M., Maltais, C., & Guériton, M. (2017). Rapport d'ETMI. L'interprétariat en tant que mode d'intervention en santé et en services sociaux. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. https://sherpa-recherche.com/publication/linterpretariat-en-tant-que-mode-dintervention-en-sante-et-en-services-sociaux/

Bride, B. E. R., Margaret M. Yegidis, Bonnie Figley, Charles R. (2004). Development and validation of the secondary traumatic stress scale. J Research on social work practice, 14(1), 27-35.

Brillon, D. P. %J P. Q. (2013). Fatigue de compassion et trauma vicariant : Quand la souffrance de nos patients nous bouleverse. 30(3), 30-35.

Brillon, P. (2020). Entretenir ma vitalité d'aidant—Guide pour prévenir la fatigue de compassion et la détresse professionnelle (Les Éditions de l'Homme). http://www.editions-homme.com/entretenir-vitalite-aidant/pascale-brillon/livre/9782761952712

Brisset, C., & Leanza, Y. (2015). L'interprétariat en santé mentale à Montréal. Rhizome, 55(1), 20-27.

Bujold, M., Hong, Q. N., Ridde, V., Bourque, C. J., Dogba, M. J., Vedel, I., & Pluye, P. (2018). Oser les défis des méthodes mixtes en sciences sociales et sciences de la santé. Association francophone pour le savoir.

Burchill, J., & Pevalin, D. (2012). Barriers to effective practice for health visitors working with asylum seekers and refugees. J Community Practitioner, 85(7), 20-23.

Burchill, J., & Pevalin, D. (2014). Demonstrating cultural competence within health-visiting practice : Working with refugee and asylum-seeking families. Diversity Equality in Health Care, 11(2), 151-159.

CAMH. (s. d.). Bâtir la capacité de soutenir la santé mentale des immigrants et des réfugiés : Une trousse d'outils pour les prestataires de services sociaux, d'établissement et de soins de santé. Centre de toxicomanie et de santé mentale. S.d. https://irmhp-psmir.camhx.ca/documents/1467098/2175137/French+Toolkit/506d0c73-7b62-49ac-8e12-ce669d14aba2

CAMH. (2012). Best practice guidelines for mental health promotion programs : Refugees. Centre de toxicomanie et de santé mentale. 98.

CAMH. (2020). Projet sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés. Infolettres : Pratique prometteuse. [En ligne]. Consulté le 16 octobre 2020. Disponible https://irmhp-psmir.camhx.ca/fr_CA/e-newsletter/promising-practices.

Carlsson, J., Sonne, C., & Silove, D. (2014). From pioneers to scientists : Challenges in establishing evidence-gathering models in torture and trauma mental health services for refugees. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202(9), 630-637. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000175

Carswell, K., Blackburn, P., & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. International Journal of Social Psychiatry, 57(2), 107-119.

Charney, A. E., & Pearlman, L. A. (1998). The ecstasy and the agony : The impact of disaster and trauma work on the self of the clinician. In P. M. Kleespies (Ed.), Emergencies in mental health practice : Evaluation and management. The Guilford Press, 418-435.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Chenouard, B. (2019). L'ethnopsychiatrie au Québec d'hier à aujourd'hui : Méthodologie et enjeux. In Rachédi L., Taibi b., L'intervention interculturelle (p. 170-191). Chenelière éducation.

Chiasson, M., & Baillargeon, L. (2017). Clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon_Entrevue. Espace-Mémoire, 6.

Chu, T., Keller, A. S., & Rasmussen, A. (2013). Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. J Journal of immigrant minority health, 15(5), 890-897.

CIUSSS. (2019). Évaluation du fonctionnement et de l'offre de services PRAIDA. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal, SHERPA.

CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2017). Clinique Pédiatrique transculturelle_Dépliant. https://ciusss-estmtl.gouv.qc.ca/sites/ciusssemtl/files/media/document/PDF_DepliantCliniqueTransculturelle_CIUSSS-EMTL.pdf

CIUSSS-CN. (2021). Service d'aide psychologique spécialisée aux immigrants et réfugiés (SAPSIR). https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/services/sante-mentale/sapsir

Cleveland, J., Rousseau, C., & Guzder, J. (2014). Cultural Consultation for Refugees. In L. J. Kirmayer, J. Guzder, & C. Rousseau (Éds.), Cultural Consultation : Encountering the Other in Mental Health Care (p. 245-268). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7615-3_12

Close, C., Kouvonen, A., Bosqui, T., Patel, K., O'Reilly, D., & Donnelly, M. (2016). The mental health and wellbeing of first generation migrants : A systematic-narrative review of reviews. Globalization and Health, 12(1), 47. https://doi.org/10.1186/s12992-016-0187-3

CMHA. (2008). The relationship between mental health, mental illness and chronic physical conditions. Canadian Mental Health Association,Ontario Division et Gibson Library Connections. http://www.deslibris.ca/ID/223595

Cohen-Émérique, M. (1993). L'approche interculturelle dans le processus d'aide. Santé mentale au Québec, 18(1), 71. https://doi.org/10.7202/032248ar

Coleman, D. (2000). The Therapeutic Alliance in Multicultural Practice. Psychoanalytic Social Work, 7(2), 65-91. /z-wcorg/. https://doi.org/10.1300/J032v07n02_04

CPI. (2009). Santé mentale et soutien psychosocial : Liste de contrôle à l'usage des acteurs de terrain. Comité permanent interorganisations. CPI.

CPI. (2017). Un Cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (p. 42). Comité permanent interorganisations. Groupe de reférence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Genève.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

CRMSM. (2021). Centre de Ressources Multiculturelles en Santé Mentale. CRMSM. https://multiculturalmentalhealth.ca/fr/accueil-2/

Cyrulnik, B., & Jorland, G. (2012). Résilience connaissances de base. Odile Jacob.

Davidson, G. R., & Carr, S. C. (2010). Forced Migration, Social Exclusion and Poverty : Introduction. Journal of Pacific Rim Psychology Journal of Pacific Rim Psychology, 4(1), 1-6. /z-wcorg/.

Drolet, R., Larocque, B., Nourissat, A., Coulombe, M., Hammana, I., & Hassen-Khodja, R. (2019). Critères à considérer pour l'évaluation des technologies et des pratiques innovantes en santé. 6.

Edge, S., & Newbold, B. (2013). Discrimination and the health of immigrants and refugees : Exploring Canada's evidence base and directions for future research in newcomer receiving countries. Journal of Immigrant and Minority Health, 15(1), 141-148. https://doi.org/10.1007/s10903-012-9640-4

Farahani, H., Joubert, N., Anand, J. C., Toikko, T., & Tavakol, M. (2021). A Systematic Review of the Protective and Risk Factors Influencing the Mental Health of Forced Migrants : Implications for Sustainable Intercultural Mental Health Practice. Social Sciences, 10(9), 334. https://doi.org/10.3390/socsci10090334

Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries : Risk and protective factors. The Lancet, 379(9812), 266-282. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries : A systematic review. The Lancet, 365(9467), 1309-1314.

Frost, C. J., Morgan, N. J., Allkhenfr, H., Dearden, S., Ess, R., Albalawi, W. F., Berri, A., Benson, L. S., & Gren, L. H. (2019). Determining physical and mental health conditions present in older adult refugees : A mini-review. J Gerontology, 65(3), 209-215.

Fung, K., Lo, H.-T. (Ted), Srivastava, R., & Andermann, L. (2012). Organizational cultural competence consultation to a mental health institution. Transcultural Psychiatry, 49(2), 165-184. https://doi.org/10.1177/1363461512439740

Gadalla, T. M. (2010). Ethnicity and Seeking Treatment for Depression : A Canadian National Study. Canadian Ethnic Studies, 41(3), 233-245. https://doi.org/10.1353/ces.2010.0042

Giacco, D., Laxhman, N., & Priebe, S. (2018). Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. Seminars in Cell & Developmental Biology, 77, 144-152. https://doi.org/10.1016/j.semcdb.2017.11.030

Gopaul-McNicol, S.-A. (1998). Cross-cultural practice : Assessment, treatment, and training / Sharon-Ann Gopaul-McNicol, Janet Brice-Baker. /z-wcorg/.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Gouvernement du Canada, S. C. (2021, juin 16). L'accès aux services de consultation en santé mentale par les immigrants et réfugiés au Canada. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021006/article/00001-fra.htm

Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B., Youssef, A., Jefee-Bahloul, H., Barkeel-Oteo, A., Coutts, A, A., Song, S., & Ventevogel, P. (2015). Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians : A Review for Mental Health and Psychosocial Support Staff Working with Syrians Affected by Armed Conflict. UNHCR.

Haut Commissariat des Nations unies pour les réfugiés. (2007). Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés. UNHCR. https://www.unhcr.org/fr/about-us/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html

Herman, J. (1997). Trauma and recover. Basic Books.

Herman, J. L., & Harvey, M. R. (1997). Adult memories of childhood trauma : A naturalistic clinical study. Journal of Traumatic Stress, 10(4), 557-571.

Hernández, P., Gangsei, D., & Engstrom, D. (2007). Vicarious resilience : A new concept in work with those who survive trauma. Family process, 46 (2), 229-241.

Hernandez-Wolfe, P., Killian, K., Engstrom, D., & Gangsei, D. (2015). Vicarious Resilience, Vicarious Trauma, and Awareness of Equity in Trauma Work. Journal of Humanistic Psychology, 55(2), 153-172. https://doi.org/10.1177/0022167814534322

Hernandez-Wolfe Pilar Killian, Kyle Engstrom David, & Gangsei, D. (2015). Vicarious resilience, vicarious trauma, and awareness of equity in trauma work. Journal of Humanistic Psychology, 55(2), 153-172.

Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context : A Critical Review. The Canadian Journal of Psychiatry, 63(5), 297-303. https://doi.org/10.1177/0706743717746666

Im, H., Rodriguez, C., & Grumbine, J. M. (2020). A multitier model of refugee mental health and psychosocial support in resettlement : Toward trauma-informed and culture-informed systems of care. Psychological Services. /z-wcorg/.

INSPQ. (1994). Recommandations pour développer et enrichir la politque de santé mentale. Institut national de santé publique du Québec. Institut national de santé publique du Québec. http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000026564.pdf

IRCC. (2007, mars 31). Se réinstaller au Canada à titre de réfugié [Début d'un service]. https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-exterieur-canada.html

IRCC. (2021). Canada – Admissions des résidents permanents selon la province / le territoire de destination envisagé(e) et la catégorie d'immigration, Résidents

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

permanents – Mises à jour mensuelles d'IRCC. [En ligne]. https://ouvert.canada.ca/data/fr/dataset/f7e5498e-0ad8-4417-85c9-9b8aff9b9eda/resource/5582034d-8f89-49d5-8597-483d628078a1

Kanagaratnam, P., Pain, C., McKenzie, K., Ratnalingam, N., & Toner, B. (2017). Recommendations for Canadian Mental Health Practitioners Working With War-Exposed Immigrants and Refugees. Canadian Journal of Community Mental Health, 36(2), 107-119. https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-010

Kirmayer, L. J. (2012). Cultural competence and evidence-based practice in mental health : Epistemic communities and the politics of pluralism. Social Science & Medicine, 75(2), 249-256. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.018

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K., & for the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). (2011a). Common mental health problems in immigrants and refugees : General approach in primary care. Canadian Medical Association Journal, 183(12), E959-E967. https://doi.org/10.1503/cmaj.090292

Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C., Pottie, K., & for the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH). (2011b). Common mental health problems in immigrants and refugees : General approach in primary care. Canadian Medical Association Journal, 183(12), E959-E967. https://doi.org/10.1503/cmaj.090292

Kirmayer, Rousseau, C., Jarvis, G. E., & Guzder, J. (2008). The Cultural Context of Clinical Assessment. In A. Tasman, J. Kay, J. A. Lieberman, M. B. First, & M. Maj (Éds.), Psychiatry (Third Edition). https://doi.org/10.1002/9781118753378.ch4

Kjellenberg, E. N., Frida Daukantaité, Daiva Cardeña, Etzel. (2014a). Transformative narratives : The impact of working with war and torture survivors. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice,Policy, 6(2), 120.

Kjellenberg, E. N., Frida Daukantaité, Daiva Cardeña, Etzel. (2014b). Transformative narratives : The impact of working with war and torture survivors. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice,Policy, 6(2), 120.

Klinic Community Health Center. (2013). Trauma-informed : The Trauma Toolkit, Second Edition. https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf

Koehn, S. (2009). Negotiating candidacy : Ethnic minority seniors' access to care. J Ageing Society, 29(4), 585-608.

Kretsch, M., Tarquinio, C., Joseph, S., & Martin-Krumm, C. (2011). Psychologie Positive et développement/croissance post-traumatique : Changements positifs et bénéfices perçus suite aux événements de vie graves.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Kronick, R. (2018a). Mental Health of Refugees and Asylum Seekers : Assessment and Intervention. Can J Psychiatry The Canadian Journal of Psychiatry, 63(5), 290-296. /z-wcorg/. https://doi.org/10.1177/0706743717746665

Kronick, R. (2018b). Mental Health of Refugees and Asylum Seekers : Assessment and Intervention. Can J Psychiatry The Canadian Journal of Psychiatry, 63(5), 290-296. /z-wcorg/. https://doi.org/10.1177/0706743717746665

Kronick, R., Jarvis, G. E., & Kirmayer, L. J. (2021a). Refugee mental health and human rights : A challenge for global mental health.

Kronick, R., Jarvis, G. E., & Kirmayer, L. J. (2021b). Refugee mental health and human rights : A challenge for global mental health.

Lai, D. W., & Surood, S. (2010). Types and factor structure of barriers to utilization of health services among aging South Asians in Calgary, Canada. J Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement, 29(2), 249-258.

Lai, D. W., & Surood, S. (2013a). Effect of service barriers on health status of aging South Asian immigrants in Calgary, Canada. J Health social work, 38(1), 41-50.

Lai, D. W., & Surood, S. (2013b). Effect of service barriers on health status of aging South Asian immigrants in Calgary, Canada. J Health social work, 38(1), 41-50.

Laliberté, G., Benoit, M., Desjardins, F., & Maillet, L. (2021a). Améliorer les services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec. Revue québécoise de psychologie, 42(1), 143-170.

Laliberté, G., Benoit, M., Desjardins, F., & Maillet, L. (2021b). Améliorer les services d'évaluation psychosociale offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec. Revue québécoise de psychologie, 42(1), 143-170.

Langille, D., Rainham, D., & Kisely, S. (2012). Is Francophone Language Status Associated With Differences in the Health Services Use of Rural Nova Scotians? Canadian Journal of Public Health, 103(1), 65-68. https://doi.org/10.1007/BF03404071

Lawrence, J., & Kearns, R. (2005). Exploring the 'fit'between people and providers : Refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand. Health social care in the community, 13(5), 451-461.

Legault, G. A. (2000). Professionnalisme et délibération éthique. Presses de l'Université de Québec.; /z-wcorg/.

Leman, J., & Gailly, A. (1991). Thérapies interculturelles : L'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire. De Boeck Universitè; Diff. Editions universitaires; /z-wcorg/.

Lewig, K., Arney, F., & Salveron, M. (2010). Challenges to parenting in a new culture : Implications for child and family welfare. Evaluation and Program Planning, 33(3), 324-332. https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2009.05.002

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Hinton, L., Hinton, D. E., & Kirmayer, L. (2016). APA - DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview. https://www.appi.org/dsm-5_handbook_on_the_cultural_formulation_interview

Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., & Kirmayer, L. J. (2020). The Cultural Formulation Interview : Progress to date and future directions. Transcultural Psychiatry, 57(4), 487-496. https://doi.org/10.1177/1363461520938273

Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. Current Psychiatry Reports, 18(9). /z-wcorg/. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0

Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees–a systematic review and meta-analysis. J Social science medicine, 69(2), 246-257.

Lusk, Mark., Terrazas, Sam. ,. (2015a). Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 37(2), 257-273.

Lusk, Mark., Terrazas, Sam. ,. (2015b). Secondary trauma among caregivers who work with Mexican and Central American refugees. Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 37(2), 257-273.

McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization : A framework for understanding the psychological effects of working with victims. J Journal of traumatic stress, 3(1), 131-149.

McKeary, M., & Newbold, B. (2010a). Barriers to Care : The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. Journal of Refugee Studies, 23(4), 523-545. https://doi.org/10.1093/jrs/feq038

McKeary, M., & Newbold, B. (2010b). Barriers to Care : The Challenges for Canadian Refugees and Their Health Care Providers. Journal of Refugee Studies, 23(4), 523-545. Sociological Abstracts. https://doi.org/10.1093/jrs/feq038

McKenzie Kwame, Agic Branka, & Tuck Andrew. (2016). Arguments en faveur de la diversité : Renforcer les arguments en faveur de l'amélioration des services de santé mentale pour les populations immigrées, réfugiées , ethnoculturelles et racialisées. 59.

Measham, T., Guzder, J., Jarvis, E. G., Elias, R., Rousseau, C., Nadeau, L., & Hassan, G. (2019). Transcultural Mental Health Services for Refugees Dans Berthold M.S., Libal K. R Refugees and Asylum Seekers, Interdisciplinary and comparative perspectives p.262-289 Praeger.

MICC. (2013). Plan d'action du gouvernement du Québec pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées sélectionnées à l'étranger. https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/publications/fr/divers/PLA_AccueilRefugies2013-2016.pdf

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

MIFI. (2021a). Portrait de l'immigration permanente au Québec seloon les catégories d'immigration 2015-2019. http://www.mifi.gouv.qc.ca/publications/fr/recherches-statistiques/Portraits_categories_2015-2019.pdf

MIFI. (2021b). Programme d'accompagnement et de soutien à l'intégration 2021-2023. https://www.immigration-quebec.gouv.qc.ca/fr/partenaires/programmes-integration/accompagnement-soutien-integration.html

Miller, Brown, C. R., Shramko, M., & Svetaz, M. V. (2019a). Applying Trauma-Informed Practices to the Care of Refugee and Immigrant Youth : 10 Clinical Pearls. Children (Basel), 6 (8). https://doi.org/10.3390/children6080094

Miller, K. K., Brown, C. R., Shramko, M., & Svetaz, M. V. (2019b). Applying Trauma-Informed Practices to the Care of Refugee and Immigrant Youth : 10 Clinical Pearls. Children (Basel), 6 (8). https://doi.org/10.3390/children6080094

Miller, & Rasmussen, A. (2010a). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings : Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. Soc Sci Med, 70 (1), 7-16.

Miller, & Rasmussen, A. (2010b). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings : Bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. Soc Sci Med, 70 (1), 7-16.

Mohanan, M., & Maselko, J. (2010). Quasi-experimental evidence on the causal effects of physical health on mental health. J International journal of epidemiology, 39(2), 487-493.

Morina, N. A., Aemal Barth, Jürgen Schnyder, Ulrich. (2018). Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement : A systematic review. Frontiers in psychiatry, 9, 433.

Morrison, W., Kirby, P., Losier, G., & Allain, M. (2009). Conceptualizing psychological wellness : Addressing mental fitness needs. Journal of the Canadian Association of Principals, 17(2), 19-21.

MSSS. (2018). Une passerelle vers un avenir en santé—Orientations ministérielles concernant les services de santé et les services sociaux offerts aux personnes réfugiées à leur arrivée au Québec. 31.

Murray, K. E., Davidson, G. R. ,. &. Schweitzer, R. D. (2010). Review of refugee mental health interventions following resettlement : Best practices and recommendations. American Journal of Orthopsychiatry, 80 (4), 576.

Musa, S. A., & Hamid, A. A. (2008a). Psychological problems among aid workers operating in Darfur. Social Behavior Personality: an international journal, 36(3), 407-416.

Musa, S. A., & Hamid, A. A. (2008b). Psychological problems among aid workers operating in Darfur. Social Behavior Personality: an international journal, 36(3), 407-416.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Newbold, B. (2009). The short-term health of Canada's new immigrant arrivals : Evidence from LSIC. Ethnicity & Health, 14(3), 315-336. https://doi.org/10.1080/13557850802609956

NICE. (2005). Clinical Guideline : Post-traumatic stress disorder. NICE. https://www.nice.org.uk/guidance/ng116

Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011a). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. Clin Psychol Rev, 31 (3), 399-417.

Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011b). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. Clin Psychol Rev, 31 (3), 399-417.

Nosè, M., Ballette, F., Bighelli, I., Turrini, G., Purgato, M., Tol, W., Priebe, S., Barbui, C., & Schmahl, C. (2017). Psychosocial interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers resettled in high-income countries : Systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 12(2). /z-wcorg/. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171030

OMS. (2012). Measurement of and target-setting for well-being : An initiative by the WHO Regional Office for Europe.

OMS. (2013). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. /z-wcorg/. https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/

Papazian-Zohrabian, G., Mamprin, C., Lemire, V., Turpin-Samson, A., Hassan, G., Rousseau, C., & Aoun, R. (2018). Le milieu scolaire québécois face aux défis de l'accueil des élèves réfugiés : Quels enjeux pour la gouvernance scolaire et la formationdes intervenants scolaires? Éducation et francophonie, 46(2). https://doi.org/10.7202/1055569ar

Pavli, A., & Maltezou, H. (2017). Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. Journal of travel medicine, 24(4).

Pearlman, L. A., Saakvitine, Karen W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. Compassion fatigue : Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. 23, 150-177.

Pluye, P., Bengoechea, E. G., Granikov, V., Kaur, N., & Tang, D. L. %J I. J. (2018). A world of possibilities in mixed methods : Review of the combinations of strategies used to integrate the phases, results, and qualitative and quantitative data. 10(1), 1-16.

Polcher, K., & Calloway, S. (2016). Addressing the Need for Mental Health Screening of Newly Resettled Refugees : A Pilot Project. Journal of Primary Care & Community Health, 7(3), 199-203. https://doi.org/10.1177/2150131916636630

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Porter, M., & Haslam, N. (2005a). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons : A Meta-analysis. JAMA, 294(5), 602. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602

Porter, M., & Haslam, N. (2005b). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons : A meta-analysis. J Jama, 294(5), 602-612.

Posselt, M., Baker, A., Deans, C., & Procter, N. (2020). Fostering mental health and well-being among workers who support refugees and asylum seekers in the Australian context. Health & social care in the community, 28(5), 1658-1670.

Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., Kirmayer, L. J., Ueffing, E., MacDonald, N. E., Hassan, G., McNally, M., Khan, K., Buhrmann, R., Dunn, S., Dominic, A., McCarthy, A. E., Gagnon, A. J., Rousseau, C., … coauthors of the Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. Canadian Medical Association Journal, 183(12), E824-E925. https://doi.org/10.1503/cmaj.090313

Pottie, K., Greenaway, C., Feightner, J., Welch, V., Swinkels, H., Rashid, M., Narasiah, L., Kirmayer, L. J., Ueffing, E., MacDonald, N. E., Hassan, G., McNally, M., Khan, K., Buhrmann, R., Dunn, S., Dominic, A., McCarthy, A. E., Gagnon, A. J., Rousseau, Cè., & Tugwell, P. (2011). Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. Canadian Medical Association Journal, 183(12), E824-E925. /z-wcorg/. https://doi.org/10.1503/cmaj.090313

Pottie, K., Greenaway, C., Hassan, G., Hui, C., & Kirmayer, L. J. (2016). Caring for a newly arrived Syrian refugee family. CMAJ, 188(3), 207-211. https://doi.org/10.1503/cmaj.151422

Priebe, S., Giacco, D., El-Nagib, R., & Health Evidence, N. (2016a). Public health aspects of mental health among migrants and refugees : A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers, and irregular migrants in the WHO European Region. /z-wcorg/. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1

Priebe, S., Giacco, D., El-Nagib, R., & Health Evidence, N. (2016b). Public health aspects of mental health among migrants and refugees : A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers, and irregular migrants in the WHO European Region. /z-wcorg/. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf?ua=1

Qureshi, A., & Collazos, F. (2011a). The intercultural and interracial therapeutic relationship : Challenges and recommendations. International Review of Psychiatry, 23(1), 10-19. /z-wcorg/. https://doi.org/10.3109/09540261.2010.544643

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Qureshi, A., & Collazos, F. (2011b). The intercultural and interracial therapeutic relationship : Challenges and recommendations. International Review of Psychiatry, 23(1), 10-19. /z-wcorg/. https://doi.org/10.3109/09540261.2010.544643

Radio-Canada. (2019). Bientôt plus de services au centre d'intervention psychologique de l'UdeS. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/760796/centre-intervention-pyschologique-universite-sherbrooke-don-services

Radley, M., & Figley, C. (2007). The social psychology of compassion. Clinical Social Work Journal, 35, 207-214.

Rhema, S. H., Gray, A., Verbillis-Kolp, S., Farmer, B., & Hollifield, M. (2014). Mental Health Screening. In A. Annamalai (Éd.), Refugee Health Care (p. 163-171). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0271-2_12

RIVO. (2021). Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi de la violence organisée. https://rivo-resilience.org/

Robertshaw, L., Dhesi, S., & Jones, L. L. (2017a). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries : A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. BMJ open, 7(8).

Robertshaw, L., Dhesi, S., & Jones, L. L. (2017b). Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries : A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. BMJ open, 7(8).

Rousseau, C. (2018). Addressing Mental Health Needs of Refugees. The Canadian Journal of Psychiatry, 63(5), 287-289. https://doi.org/10.1177/0706743717746664

Rousseau, C., & Frounfelker, R. L. (2019a). Mental health needs and services for migrants : An overview for primary care providers. Journal of Travel Medicine, 26(2). /z-wcorg/. https://doi.org/10.1093/jtm/tay150

Rousseau, C., & Frounfelker, R. L. (2019b). Mental health needs and services for migrants : An overview for primary care providers. Journal of Travel Medicine, 26(2). /z-wcorg/. https://doi.org/10.1093/jtm/tay150

Rousseau, C., Measham, T., & Nadeau, L. (2013). Addressing trauma in collaborative mental health care for refugee children. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 18 (1), 121-136. /z-wcorg/. https://doi.org/10.1177/1359104512444117

Rousseau, C., Pottie, K., Thombs, B., Munoz, M., & Jurcik, T. (2011a). Post traumatic stress disorder : Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. Canadian Medical Association Journal, 183, 1-11.

Rousseau, C., Pottie, K., Thombs, B., Munoz, M., & Jurcik, T. (2011b). Post traumatic stress disorder : Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. Canadian Medical Association Journal, 183, 1-11.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

SAMHSA. (2014a). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (SMA) 14-4884, 20.

SAMHSA. (2014b). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, (SMA) 14-4884, 20.

Schlechter, P., Rodriguez, I. M., Morina, N., Knausenberger, J., Wilkinson, P. O., & Hellmann, J. H. (2021). Psychological distress in refugees : The role of traumatic events, resilience, social support, and support by religious faith. Psychiatry Research, 304, 114121. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114121

Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. J Australian New Zealand Journal of Psychiatry, 40(2), 179-187.

Sethi, B. (2013). Newcomers Health in Brantford and the Counties of Brant, Haldimand and Norfolk : Perspectives of Newcomers and Service Providers. Journal of Immigrant and Minority Health, 15(5), 925-931. https://doi.org/10.1007/s10903-012-9675-6

Silove, D. (2013). The ADAPT model : A conceptual framework for mental health and psychosocial programming in post conflict settings. Intervention, 11(3), 237-248. https://doi.org/10.1097/WTF.0000000000000005

Sims, K., & Pooley, J. A. (2016). Posttraumatic growth amongst refugee populations. The routledge international handbook of psychosocial resilience, 230.

Slewa-Younan, S., I, B., A, R., & M, D. (2018). Community-based mental health and wellbeing support for refugees : An Evidence Check rapid review brokered by the Sax Institute for the NSW Ministry of Health.

Snider, L., Van Ommeren, M., & Schafer, A. (2011). Psychological first aid : Guide for field workers. World Health Organization.

Stamm, B. (1995). Secondary traumatic stress : Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. The Sidran Press.

Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual. Proqol.org, 78.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA, 302(5), 537. /z-wcorg/.

Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002). Long-term effect of psychological trauma on the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia : A population-based study. J The Lancet, 360(9339), 1056-1062.

Sterlin, C., & Dutheuil, F. (2000). La pratique en contexte interculture. Reflets, 6(1), 141-153. https://doi.org/10.7202/026299ar

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Strang, A., & Ager, A. (2003). Psychosocial interventions : Some key issues facing practitioners. Intervention, 1(3), 2-12.

Taïeb, O., Baubet, T., Pradère, J., Lévy, K., Revah-Lévy, A., Serre, G., & Moro, M. R. (2004). Traumatismes psychiques chez l'enfant et l'adolescent. EMC-Psychiatrie, 23-32.

Thompson, C. T., Vidgen, A., & Roberts, N. P. (2018). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers : A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 63, 66-79.

Thomson, M. S., Chaze, F., George, U., & Guruge, S. (2015). Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada : A review of barriers and recommendations. J Journal of immigrant minority health, 17(6), 1895-1905.

Torrey, E. F., & Miller, J. (2007a). The invisible plague : The rise of mental illness from 1750 to the present. Rutgers University Press; /z-wcorg/.

Torrey, E. F., & Miller, J. (2007b). The invisible plague : The rise of mental illness from 1750 to the present. Rutgers University Press; /z-wcorg/.

Tosone, C., Lee, M., Bialkin, L., Martinez, A., Campbell, M., Martinez, M. M., Charters, M., Milich, J., Gieri, K., & Riofrio, A. (2003). Shared trauma : Group reflections on the September 11th disaster. Psychoanalytic Social Work, 10(1), 57-77.

Tribe, R. H., Sendt, K. V., & Tracy, D. K. (2019). A systematic review of psychosocial interventions for adult refugees and asylum seekers. Journal of Mental Health, 28 (6), 662-676.

Tsang, A. K. T., Bogo, M., & George, U. (2003). Critical Issues in Cross-Cultural Counseling Research : Case Example of an Ongoing Project. Journal of Multicultural Counseling and Development, 31(1), 63-78. /z-wcorg/.

Tsang, A. K. T., Bogo, M., & Lee, E. (2011). Engagement in Cross-Cultural Clinical Practice : Narrative Analysis of First Sessions. Clin Soc Work J Clinical Social Work Journal, 39(1), 79-90. /z-wcorg/. https://doi.org/10.1007/s10615-010-0265-6

Tseng, W.-S. (2003). Clinician's guide to cultural psychiatry. Academic; /z-wcorg/.

Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., & Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees : Umbrella review of prevalence and intervention studies. International Journal of Mental Health Systems, 11(1), 51. https://doi.org/10.1186/s13033-017-0156-0

Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. Trauma Violence Abuse. 14 (3), 255-266.

UNHCR. (2015). Mental health and psychosocial support. In Emergency Handbook (4th éd.). https://emergency.unhcr.org/entry/251117/mental-health-and-psychosocial-support

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

UNHCR. (2020). Global trends : Forced displacement in 2019. The UN Refugee Agency. https://www.unhcr.org/5ee200e37/

Vang, Z. M., Sigouin, J., Flenon, A., & Gagnon, A. (2017). Are immigrants healthier than native-born Canadians ? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. Ethnicity & Health, 22(3), 209-241. /z-wcorg/. https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518

Ventevogel, P. (2018). Interventions for Mental Health and Psychosocial Support in Complex Humanitarian Emergencies : Moving Towards Consensus in Policy and Action ? In Mental Health of Refugee and Conflict-Affected Populations. 155-180.

Wood, J., & Newbold, K. B. (2012). Provider Perspectives on Barriers and Strategies for Achieving Culturally Sensitive Mental Health Services for Immigrants : A Hamilton, Ontario Case Study. Journal of International Migration and Integration, 13(3), 383-397. https://doi.org/10.1007/s12134-011-0215-3

Zhao, J., Xue, L., & Gilkinson, T. (2010). Health status and social capital of recent immigrants in Canada : Evidence from the Longitudinal Survey of Immigrants to Canada. In Canadian Immigration : Economic Evidence for a Dynamic Policy Environment (édité par T. McDonald, E. Ruddik, A. Sweetman et C. Worswick.). McGill-Queen's University Press, Queen's Policy Studies Series. https://publications.gc.ca/site/fra/9.803276/publication.html?wbdisable=false

Ziersch, A., Due, C., & Walsh, M. (2020). Discrimination : A health hazard for people from refugee and asylum-seeking backgrounds resettled in Australia. BMC Public Health, 20(1), 108. https://doi.org/10.1186/s12889-019-8068-3

Zoua, M. V., Jennifer, S., Astrid, F., & Alain, G. (2015a). Dossier de politique No. 25—Les Immigrants Sont-Ils en Meilleure Santé que les Natifs du Canada? (Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Research/Policy Brief, Vol. 1, p. 4). /z-wcorg/. https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1044&context=pclc_rpb

Zoua, M. V., Jennifer, S., Astrid, F., & Alain, G. (2015b). Dossier de politique No. 25—Les Immigrants Sont-Ils en Meilleure Santé que les Natifs du Canada ? (Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Research/Policy Brief, Vol. 1, p. 4). /z-wcorg/. https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1044&context=pclc_rpb

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

ANNEXE 1

DÉMARCHES D'ENQUÊTE DE TERRAIN

L'équipe de projet a opté pour une méthode mixte de collecte et d'analyse des données s'appuyant, d'une part, sur des données quantitatives descriptives issues d'un questionnaire en ligne et, d'autre part, sur des données qualitatives tirées d'entrevues semi-dirigées. Une analyse combinant le matériel quantitatif et qualitatif favorise la compréhension, la validation, la corroboration d'explication de l'expérience des données (Bujold et al., 2018; Pluye et al., 2018). L'ensemble du matériel est tiré, dans le cadre de cette enquête, de l'expérience et des perceptions des intervenants exerçant auprès des personnes réfugiées au Québec.

Démarche quantitative

Objectif. La démarche quantitative se base sur un questionnaire en ligne dont l'objectif principal était de recenser les pratiques et les mesures de soutien psychosocial et de santé mentale pour les personnes réfugiées au Québec.

Caractéristiques des participants. Cinq groupes de participants ont été sollicités pour participer au questionnaire en ligne :

1. Les intervenants et les gestionnaires des 14 organismes communautaires mandatés par le MIFI pour l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées dans les différentes régions du Québec et offrant des services de soutien psychosocial et/ou de santé mentale aux personnes réfugiées ;
2. Les intervenants et gestionnaires travaillant au sein des 14 équipes de santé des réfugiés dans les 11 CISSS et CIUSSS mandatés pour l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des personnes réfugiées ;
3. Les intervenants qui travaillent au sein d'autres organismes communautaires ayant comme mission plus large de venir en aide aux personnes immigrantes, dont les personnes réfugiées et offrant des services de soutien psychosocial et/ou de santé mentale ;
4. Les intervenants offrant des services de soutien psychosocial et/ou de santé mentale aux personnes réfugiées au sein du RSSS au Québec ;
5. Les intervenants offrant des services de soutien psychosocial et/ou de santé mentale aux personnes réfugiées et exerçant en pratique privée.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

Recrutement. Un échantillonnage par la méthode dite « boule de neige » pour le sondage en ligne auprès des intervenants a été adopté ; les répondants ont d'abord été recrutés en fonction de leur implication dans l'accueil et l'intégration des personnes réfugiées. Ainsi, les organismes communautaires mandatés par le MIFI ainsi que les équipes de santé des réfugiés dans les 14 villes d'accueil représentaient les deux instances principales pour diffuser le questionnaire à leurs équipes respectives ainsi qu'à leurs différents partenaires. De plus, afin de rejoindre le plus grand nombre d'intervenants desservant les personnes refugiées, la publication du sondage a été diffusé par la Table de concertation des organismes au service des personnes réfugiées et immigrantes (TCRI) ainsi que sur les pages Facebook du CERDA et de l'IU-SHERPA. Finalement, la publication du sondage a également été acheminée aux directions de santé mentale dans les différentes CISSS et CIUSSS de la province.

Procédure de collecte des données. Dans un premier temps, le questionnaire a été soumis et validé par le comité consultatif du projet ainsi que le Service de la recherche, de la statistique et de la veille du MIFI. Le questionnaire en ligne a été mené du 4 février au 9 avril 2021. Il a été administré en français à l'aide de la plateforme LimeSurvey. Le questionnaire en ligne était composé de 38 questions visant à recueillir : 1) les informations sociodémographiques et professionnelles, 2) la description de l'organisation, 3) les services disponibles pour les personnes réfugiées, 4) la description des services offerts aux personnes réfugiées, 5) la perception des besoins de la clientèle réfugiée, 6) la collaboration inter-institutions en santé mentale et 7) l'expérience des intervenants. Le consentement des participants était requis avant de répondre aux questions.

Analyse des données. L'équipe de projet a procédé à l'analyse des données à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences Version 26.0 (SPSS). Des analyses quantitatives descriptives et comparatives ont été effectuées. Les analyses descriptives ont visé à dresser un portrait des services de soutien psychosocial et de santé mentale au Québec tandis que les analyses comparatives ont permis de dégager des tendances tenant compte de certaines spécificités (par exemple : la disponibilité des services selon les régions, la collaboration inter-institution selon les milieux, les besoins perçus chez la clientèle selon les milieux, etc.).

Démarche qualitative

Objectif. Une démarche qualitative a été entreprise à l'aide d'entrevues semi-dirigées afin de documenter les perceptions des intervenants sur la santé mentale des réfugiés, les services

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

disponibles, les enjeux vécus ainsi que les pistes d'action ou solutions adoptées pour améliorer la pratique d'intervention.

Caractéristiques des participants. Les cinq critères de sélection qui ont été définis pour les participants de l'enquête quantitative, décrits précédemment, ont été utilisés pour recruter les participants aux entrevues individuelles.

Recrutement. L'échantillonnage des participants à l'entrevue individuelle s'est fait en fonction de la disponibilité des participants pendant la période de l'étude. Afin d'éviter la surreprésentation des praticiens de la seule ville de Montréal, nous avons privilégié, comme le suggère la littérature, le recrutement d'experts des différentes régions, ce qui réduit les risques de biais de mesure (ACAPS, 2016). Les répondants ont été recrutés sur une base volontaire par l'entremise des réseaux professionnels ainsi que du questionnaire en ligne, dans lequel les participants étaient invités à transmettre leurs coordonnées s'ils souhaitaient être contactés pour une entrevue individuelle.

Procédure de collecte des données. Dans un premier temps, le canevas d'entrevue a été soumis et validé par le comité consultatif du projet ainsi que le Service de la recherche, de la statistique et de la veille du MIFI. Les entrevues semi-dirigées ont été réalisées par trois professionnels de recherche du CERDA associés au projet entre le 18 mars et le 23 avril 2021. Le consentement écrit ou oral des personnes interviewées a été recueilli. Les entrevues ont été réalisées et enregistrées via la plateforme virtuelle Teams. Le canevas d'entretien utilisé était composé de cinq thèmes principaux, à savoir 1) la description des services, 2) la perception des besoins des personnes réfugiées, 3) les obstacles et les catalyseurs pour l'accès aux services de santé mentale, 4) les pratiques porteuses ou novatrices, 5) les directions futures et les recommandations.

Analyses des données. L'analyse des données a été réalisée en trois étapes. À la première étape, les entrevues semi-dirigées ont été transcrites par une personne externe professionnelle en retranscription ainsi que par deux professionnels de recherche du projet ayant également réalisé des entrevues. À la deuxième étape, deux professionnels de recherche du CERDA ont codé les verbatim à l'aide du logiciel NVivo 12. D'abord, les passages pertinents ont été identifiés, répartis et regroupés sous forme de catégories thématiques (Bardin, 2013; Berelson, 1971; Braun & Clarke, 2006). Ensuite, il y a eu une validation des principaux thèmes par accord inter-juges. Enfin la troisième étape a consisté à donner sens aux données codées en comparant les thèmes entre eux afin de dégager des récurrences. Ce

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

travail de codage a permis de décrire les perceptions des participants quant aux besoins en santé mentale des personnes réfugiées, aux approches d'intervention utilisées, aux défis rencontrés durant l'offre de service, aux stratégie adoptées pour faire face à ces défis et aux recommandations pour améliorer l'offre de service.

© CERDA, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal – octobre 2021

CERDA

www.cerda.info