

GUIDE DE SENSIBILISATION

INTERVENIR

AUPRÈS DES

PERSONNES

RÉFUGIÉES

UNE PRATIQUE SENSIBLE
AUX TRAUMATISMES

Ce guide s'adresse aux intervenant.e.s qui accompagnent les personnes réfugiées dans leur processus d'intégration au Québec. Il vise à soutenir le travail important qu'ils réalisent sur le terrain. Ce guide a été réalisé par 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, dans le cadre du projet *Bien-être et santé mentale des personnes réfugiées*, et pour le compte du ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI).

© Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.

Avec la participation financière de :



COORDINATION ET RÉDACTION

Mélanie M. Gagnon, Ph. D., psychologue

Cheffe d'équipe, CERDA

Praticienne-Chercheure,
Institut universitaire SHERPA

RECHERCHE ET RÉDACTION

Tamar Wolofsky, M. Sc.

Professionnelle de recherche
et de mobilisation des connaissances, CERDA

Mehdi Azri, Ph. D. (cand.)

Agent de recherche, CERDA

Esther Mc Sween-Cadieux, Ph. D.

Chargée de projets, CERDA

Annie Jaimes, Ph. D.

Professeure adjointe,
Département de psychologie,
Université du Québec à Montréal

RÉVISION ET VALIDATION

Balia Fainstein

Professionnelle de recherche
et de mobilisation de connaissances, CERDA

Noémie Trosseille

Chargée de projet, CERDA

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

RÉVISION LINGUISTIQUE

Marie-Paule Primeau

CONCEPTION GRAPHIQUE

Julie Brière

LE CERDA

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 onze CISSS et CIUSSS mandatés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour effectuer l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des personnes réfugiées nouvellement arrivées. Il exerce également un rôle de conseiller auprès du MSSS et contribue au rayonnement de l'expertise québécoise aux niveaux provincial, national et international.

DROITS DE REPRODUCTION

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en citer la source. Nous souhaitons que le document soit cité comme suit :

Gagnon, MM., Wolofsky, T., Azri, M., Mc Sween-Cadieux, E. et Jaimes, A. (2022). *Intervenir auprès des personnes réfugiées : une pratique sensible aux traumatismes*. Guide de sensibilisation. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile (CERDA). CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Québec. 80p.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier chaleureusement les membres du comité consultatif qui ont collaboré aux 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 (Intro Drummondville), 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 Larraguibel (Maison de la famille des Maskoutains) et Cindy Bélisle (Accueil et intégration Bas-Saint-Laurent).

Un grand merci aux intervenant.e.s qui ont participé aux Espaces d'échange et ont partagé avec nous leurs expériences, leurs réflexions et leurs questionnements. Leur apport a éclairé notre regard et notre compréhension de la réalité de leur travail auprès des personnes réfugiées réinstallées au Québec. Ils et elles font un travail exceptionnel auprès des personnes réfugiées et nous espérons que ce guide répondra à leurs besoins.

Finalement, nous tenons à souligner la collaboration du MIFI ainsi que son soutien dans la réalisation de ce projet.



AVANT-PROPOS

Le présent guide 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 grands volets :

- 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; et
- 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 intervenant.e.s dans leur pratique.

En tant qu'outil de transfert de connaissances, le présent guide s'inscrit dans le deuxième volet du projet. Dans le cadre de ce volet, et dans le but de soutenir les interventions auprès des personnes réfugiées, une trousse d'outils pour les intervenant.e.s a été élaborée. Cette trousse comprend plusieurs modalités complémentaires de transfert de connaissances :

- | | | |
|---|--|---|
| <p>4 webinaires enregistrés
d'une durée de
90 minutes chacun</p> | <p>4 fiches synthèse
des notions abordées
dans les webinaires</p> | <p>1 guide de sensibilisation
qui accompagne les
thématiques des trois
premiers webinaires</p> |
|---|--|---|

Vous pouvez consulter la trousse d'outils sur le site web du CERDA : www.cerda.info.

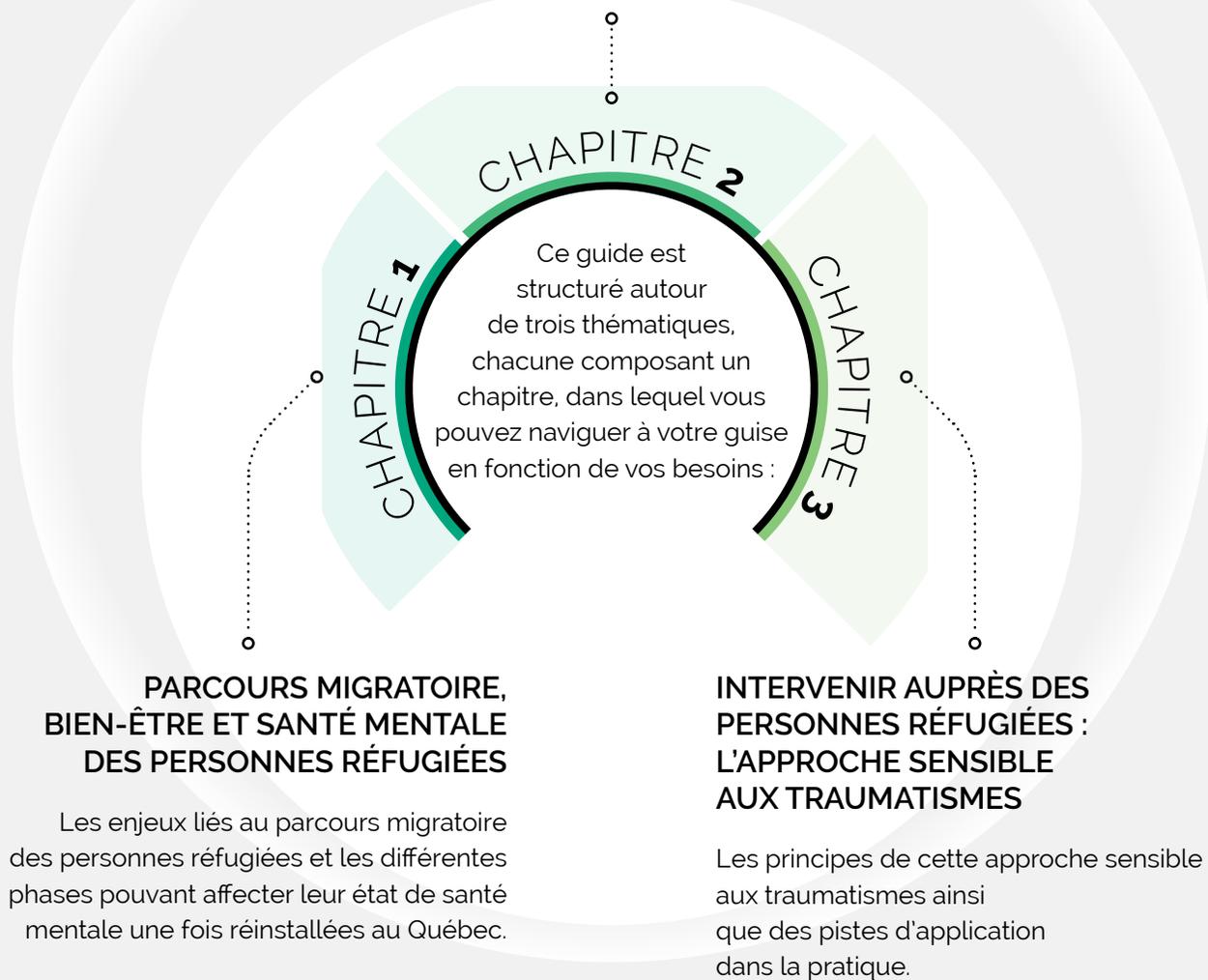
CONTENUS DU GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide a été conçu pour les intervenant.e.s qui accompagnent les personnes réfugiées au Québec et qui souhaitent enrichir leurs interventions de connaissances clés, autant théoriques que pratiques. Cet outil de sensibilisation ne prétend pas couvrir la

totalité des connaissances relatives à l'intervention auprès des personnes réfugiées. **Il ne s'agit pas d'un guide d'évaluation ou de traitement des troubles de santé mentale.**

TRAUMA CHEZ DES PERSONNES RÉFUGIÉES : MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX INTERVENIR

Les impacts des traumas sur les différentes sphères de vie et tout particulièrement sur le cerveau.



¹ Dans le but d'assurer une cohérence et une uniformité d'interprétation, l'utilisation du terme « intervenant.e » fait référence à toute personne qui travaille auprès de personnes réfugiées, quel que soit son titre professionnel (intervenant.e social.e, infirmier.ère, travailleur.euse social.e, conseiller.ère, psychologue, etc.) et son milieu de travail (milieu communautaires, RSSS, milieu scolaire, pratique privée, etc.).



DÉFINITIONS

Définitions de notions et concepts



LE SAVIEZ-VOUS ?

Informations complémentaires



À RETENIR

À garder en tête lors des interventions



VIGNETTE CLINIQUE

Illustration du contenu théorique à l'aide d'une vignette clinique



ÊTRE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES

Petits rappels de comment intégrer l'approche sensible aux traumatismes dans la pratique d'intervention



POUR ALLER PLUS LOIN

Liens vers des ressources externes

Chacun des chapitres présente des notions théoriques et des pistes d'intervention. Dans le but de faciliter les liens entre la théorie et la pratique, une vignette clinique familiale est intégrée tout au long du guide. Elle vous permettra de suivre le parcours migratoire de quatre membres d'une famille récemment arrivée au Québec.

Tout au long du guide, certains concepts et informations seront mis en évidence à l'aide d'une icône. Vous pourrez ainsi facilement les repérer.

ÊTRE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES

Qu'est-ce que nous entendons par « une pratique sensible aux traumatismes » ?

C'EST UNE PRATIQUE QUI :

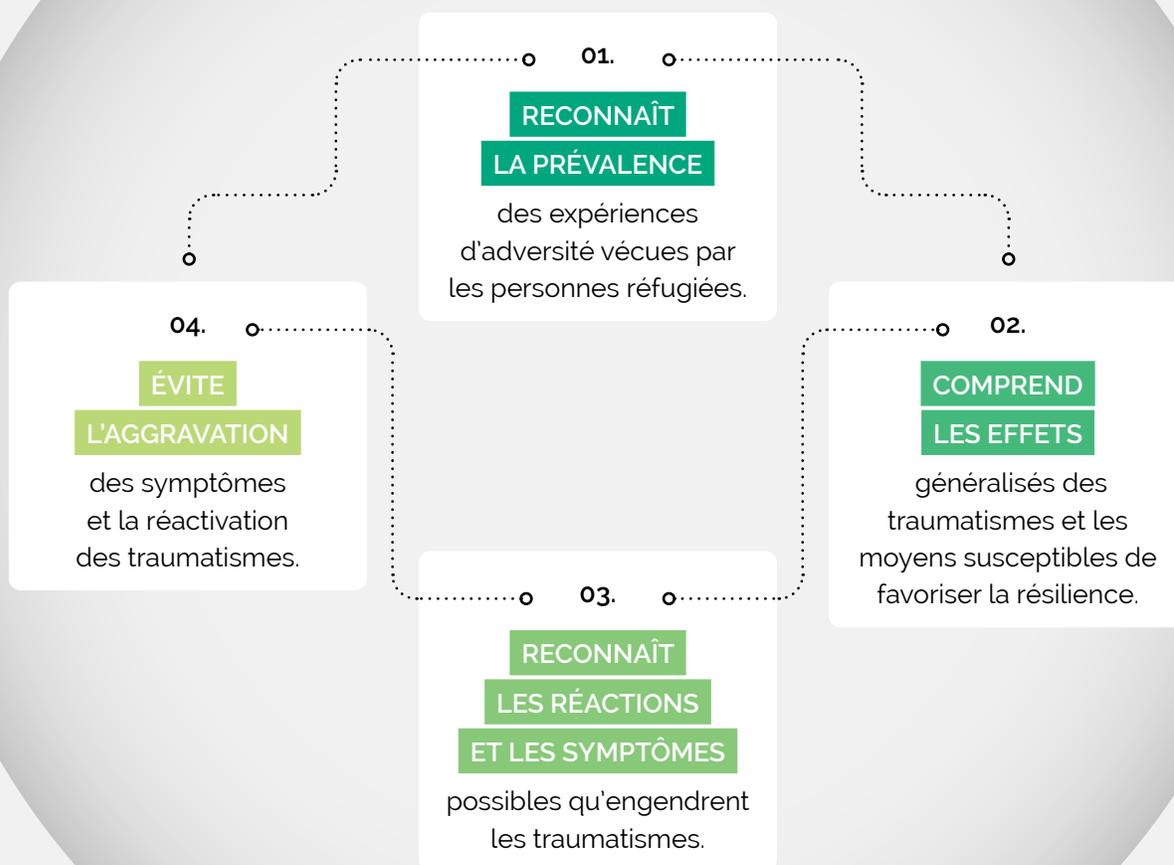




TABLE DES MATIÈRES

Le CERDA	3
Remerciements	3
Avant-propos	4
Contenu du guide de pratique	5
Être sensible aux traumatismes	7
Liste des acronymes	10
Liste des définitions	12
Introduction	14
L'approche sensible aux traumatismes, de quoi parlons-nous ?	15
Pourquoi favoriser une approche sensible aux traumatismes ?	16
Dans quels milieux l'approche sensible aux traumatismes serait-elle utile ?	16
Un modèle d'intervention par phase est privilégié	17

CHAPITRE 1

PARCOURS MIGRATOIRE, BIEN-ÊTRE ET SANTÉ MENTALE DES PERSONNES RÉFUGIÉES

1.1 Les vécus possibles durant le parcours migratoire d'une personne réfugiée	21
La phase prémigratoire (période dans le pays d'origine ou avant le départ forcé)	22
La phase périmigratoire (période de transit)	24
La phase postmigratoire (réinstallation dans le pays d'accueil)	26
Les facteurs de risque et de protection en phase postmigratoire	28
1.2 L'état de santé mentale des personnes réfugiées	31
La santé mentale	31
Questionner le parcours migratoire des personnes réfugiées	33
Mot de la fin	37

CHAPITRE 2

**LE TRAUMA
CHEZ LES PERSONNES RÉFUGIÉES :
MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX INTERVENIR**

2.1 L'impact du trauma sur le cerveau (la neurobiologie du stress)	40
Le fonctionnement du cerveau face à un danger	40
Les réactions face au stress : combattre, fuir ou figer	44
2.2 Les réactions et les symptômes en lien avec des traumatismes	46
Le trouble de stress post-traumatique (TSPT)	46
Les sphères de vie affectées par une expérience traumatique	49
2.3 Les adaptations positives face aux traumatismes	53
La résilience	53
La croissance post-traumatique	54
Mot de la fin	57

CHAPITRE 3

**INTERVENIR AUPRÈS
DES PERSONNES RÉFUGIÉES :
L'APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES**

3.1 Les quatre principes de l'approche sensible aux traumatismes	61
Principe 1 : La reconnaissance des traumatismes en considérant les événements traumatiques et les potentiels impacts et réactions	62
Principe 2 : L'établissement d'un sentiment de sécurité et de la confiance	65
Principe 3 : L'importance de la relation égalitaire et de la collaboration	65
Principe 4 : Le développement des forces et la valorisation des habiletés d'adaptation	66
Mot de la fin	73
Conclusion	74
Espaces de dialogue	75
Thématiques approfondies	75
Références bibliographiques	76



LISTE DES ACRONYMES

APA	American Psychological Association (Association américaine de psychologie)
CAMH	Centre for Addiction and Mental Health (Centre de toxicomanie et de santé mentale)
CERDA	Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CPI	Comité permanent interorganisations
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRCC	Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada
ISSOP	International Society for Social Pediatrics (Société internationale pour la pédiatrie sociale et santé des enfants)
LGBTQI +	Lesbiennes, gays, bisexuelles, trans, queers, intersexes, et plus
MHPSS	Mental health and psychosocial support (Soutien psychosocial et intervention en santé mentale)
MICC	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
MIFI	Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NCTSN	National Child Traumatic Stress Network
OMS	Organisation mondiale de la santé
PFSI	Programme fédéral de santé intérimaire
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RDC	République démocratique du Congo
RPCE	Réfugiés pris en charge par l'État
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees (Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés)

VILLES D'ACCUEIL DES PERSONNES RÉFUGIÉES AU QUÉBEC



* Au Québec, 14 villes ont été désignées par le MIFI pour accueillir les personnes réfugiées réinstallées.

BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

« Le bien-être fait référence au plaisir, au bonheur vécu et aux capacités d'adaptation de l'individu. Ces capacités peuvent être liées à un 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. » [1]. 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 [1]. D'autres auteur.es 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 [2].



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 [5].



FACTEURS DE RISQUE Ensemble des caractéristiques biologiques, psychologiques, familiales, communautaires et culturelles qui fragilisent le bien-être des personnes et les rendent vulnérables au développement de troubles de santé mentale [5].



PROGRAMME DE RÉINSTALLATION

Le programme de réinstallation relève du Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (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 toutes les personnes réfugiées réinstallées dans le monde [3]. Au Canada, le programme de réinstallation comprend les réfugiés pris en charge par l'État (RPCE) et les réfugiés parrainés par le privé [4]. 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 personnes RPCE, et par leur groupe de parrainage pour celles parrainées par le privé. Au Québec, ces personnes bénéficient de la couverture de santé fournie par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), et pour une durée d'un an le programme fédéral de santé intérimaire (PFSI).



Le concept de **RÉFUGIÉ.E** est un terme juridique qui 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.e », 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 » [6]. 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.



DÉFINITIONS

SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ET EN SANTÉ MENTALE En anglais, l'expression Mental health and psychosocial 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 [7]. Ce continuum implique plusieurs acteur.trice.s dont la complémentarité des approches permet un soutien optimal [8]. Également, il suggère de prendre en compte la connexion entre les problèmes de santé mentale et les besoins psychosociaux, surtout dans le domaine de la protection des réfugié.e.s [9].

SANTÉ MENTALE L'Organisation mondiale de la santé (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 » [13]. 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) [14]. La santé mentale n'est donc pas l'absence de psychopathologie, mais plutôt un état de l'être humain qui varie en fonction de 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.

Le **TRAUMA OU ÉVÉNEMENT POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUE** réfère à un événement vécu (expérience personnelle ou exposition directe à la mort, la blessure grave, ou la violence sexuelle) par une personne qui déclenche en elle la perception que sa vie est menacée [10], [11]. Autrement dit, l'individu perçoit un risque important d'atteinte à son intégrité physique et psychique. Un trauma est habituellement un événement circonscrit dans la vie de la personne, c'est-à-dire qu'un début et une fin peuvent être identifiés, bien que certains événements soient continus et cumulatifs. L'origine du stress est donc située à l'extérieur de la personne. En réponse, le trauma déclenche aussi une réaction de survie qui entrave les capacités d'une personne à réagir et intégrer les émotions vécues lors de l'expérience [12]. Cette réaction est appelée un traumatisme.

Le **TRAUMATISME** réfère à la réaction naturelle et adaptative à un trauma, ou événement potentiellement traumatique. Le traumatisme est intimement associé à la personne, car il constitue son mode de fonctionnement qu'elle développe en réponse à l'exposition au trauma vécu. Le traumatisme se manifeste par un état d'activation intense (la réaction de survie) qui est maintenu dans le temps. Cet état vient affecter la manière dont la personne fonctionne au quotidien, notamment dans sa relation à son environnement. L'origine du stress devient alors internalisée par la personne.



INTRODUCTION

Depuis quelques années, nous vivons une crise migratoire sans précédent, avec plus de 60 millions de personnes déracinées dans le monde. Alors que la majorité de ces personnes sont déplacées à l'intérieur de leur pays ou dans les pays limitrophes, près d'un cinquième d'entre elles cherchent refuge dans les pays industrialisés [3]. **Le programme de réinstallation** des personnes **réfugiées** est une initiative du UNHCR. Le Canada fait partie des principaux pays de réinstallation. Au Québec, les personnes réfugiées sont réinstallées dans l'une des quatorze villes d'accueil (voir carte page 11) désignées par le MIFI à travers la province [15].

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 réfugié.e.s mandatée par le MSSS afin d'évaluer leurs besoins en soutien psychosocial et en santé physique et de les orienter vers des ressources appropriées [15]. Ensemble, les intervenant.e.s de ces deux services spécifiquement mandatés pour desservir cette population sont aux premières loges pour être témoins des difficultés de santé mentale que peuvent vivre les personnes réfugiées. S'ils et elles fournissent des services psychosociaux à cette population, les intervenant.e.s sont également la porte d'entrée vers des services plus spécialisés en santé mentale lorsque les besoins sont plus pointus.

L'intégration des personnes réfugiées réinstallées est grandement influencée par leur **bien-être** et leur **santé mentale** [16]–[20]. Les événements vécus durant le parcours migratoire ainsi que les conditions de vie qui caractérisent leurs déplacements contribuent à fragiliser leur santé mentale. 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 nouveaux problèmes ou, au contraire, apaiser les souffrances. Dès lors, leur accès à du soutien psychosocial et à un suivi en santé mentale est d'une importance capitale.

Dès l'arrivée des personnes réfugiées et durant leurs premières années au Québec, les intervenant.e.s des milieux communautaires et de la santé offrent à ces personnes un soutien psychosocial et psychologique. 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 pied divers services et initiatives adaptés aux besoins de ces personnes. Pour s'outiller à faire face aux défis d'intervention auprès des personnes réfugiées touchées par des enjeux psychosociaux et de santé mentale, ce guide propose une approche sensible aux traumatismes.

LE SAVIEZ-VOUS ?

Depuis 2015, le Québec accueille plus de 5000 personnes réfugiées chaque année. [21]

Dans la dernière décennie, le Québec a accueilli en moyenne 18,2% des personnes réfugiées réinstallés au Canada.



À RETENIR



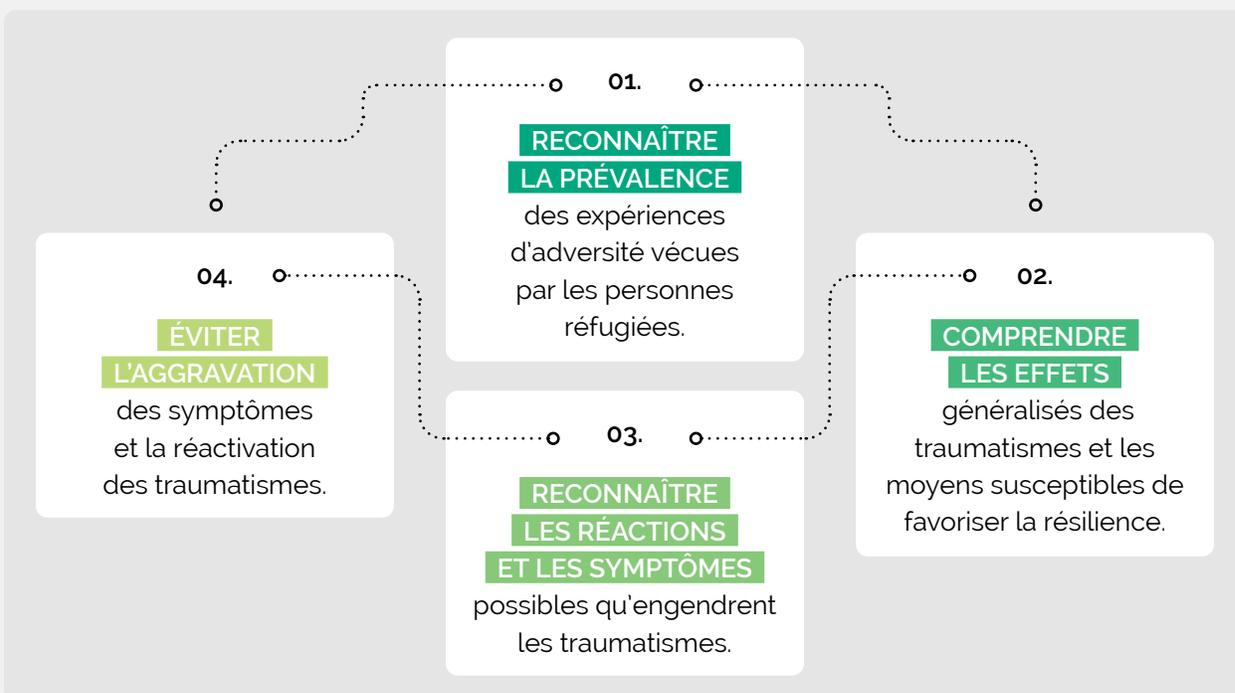
Le caractère traumatique d'un événement n'est pas déterminé par sa nature, mais par l'évaluation subjective de la personne qui y est confrontée et par la qualité du processus adaptatif qui suit [22]. Ainsi, un événement peut être vécu différemment par deux personnes qui réagiront donc de manière différente, en fonction de divers facteurs (stade de développement, perceptions de l'événement vécu, caractéristiques personnelles, capacités d'adaptation, soutien de l'entourage, etc.). Pour cette raison, nous utilisons plutôt le terme d'**événements potentiellement traumatiques**.

L'APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES, DE QUOI PARLONS-NOUS ?

Bien que les **traumas** ou les événements potentiellement traumatiques puissent survenir dans la vie de tout adulte ou enfant, les personnes réfugiées sont particulièrement à risque de vivre des expériences traumatiques. Même si ces personnes font preuve de résilience, les multiples expériences vécues et accumulées tout au long de leur parcours migratoire risquent de laisser une empreinte sur leur santé mentale. De plus, étant donné la complexité

des vécus et les singularités individuelles, une approche d'intervention adaptée est primordiale. Pour ce faire, nous proposons à travers ce guide de vous familiariser et de vous approprier **l'approche d'intervention sensible aux traumatismes** (trauma-informed practice) [12]. Celle-ci permet de tenir compte des répercussions possibles des **traumatismes** dans toutes les sphères de vie de la personne réfugiée accompagnée [23].

UNE APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES, C'EST ...





POURQUOI FAVORISER UNE APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES ?

Tel qu'expliqué dans le chapitre 1, les personnes réfugiées réinstallées sont très à risque d'avoir vécu des expériences potentiellement traumatiques avant et durant le parcours de migration forcée ainsi qu'une fois arrivées dans le pays d'accueil. Vivre ces expériences aurait des effets considérables sur leur bien-être et leur santé mentale. Décrits dans le chapitre 2, ces effets peuvent se manifester dans plusieurs sphères de la vie. Bien qu'il ne soit généralement pas utile d'interroger les personnes réfugiées sur les détails des événements traumatiques vécus, il est fréquent que les intervenant.e.s en observent les conséquences : des besoins non-dits, une méfiance envers les

institutions et leurs intervenant.e.s, une réticence à suivre les conseils prodigués, divers symptômes traumatiques (notamment somatiques), des réactions démesurées, et plus encore [24].

Contrairement aux interventions axées sur le trauma (telles que la psychothérapie), qui ont pour but de diminuer la charge émotionnelle des souvenirs et des rappels en lien avec l'événement traumatique, les interventions sensibles aux traumatismes misent sur la sécurité et la confiance afin de répondre aux besoins dans le « ici-maintenant », en faisant possiblement des liens avec des traumas passés [23], [12], [25].

DANS QUELS MILIEUX L'APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES SERAIT-ELLE UTILE ?

Dû à sa nature non spécifique, l'approche sensible aux traumatismes pourrait être mise en application dans l'ensemble des milieux de pratique fréquentés par les personnes réfugiées.

Puisque chaque personne réfugiée sera affectée différemment par un trauma et aura donc besoin de soutien et de services adaptés à sa situation, les interventions de **soutien psychosocial et en santé mentale** sont souvent organisées de manière à offrir différents services complémentaires dans le but de répondre aux besoins particuliers de cette population [8].

UN MODÈLE D'INTERVENTION PAR PHASE EST PRIVILÉGIÉ

Le modèle pyramidal des interventions présente une variété de services en différentes phases [9]. La première phase est celle de la stabilisation des individus vers la sécurité et celle-ci est suivie par des interventions de plus en plus spécialisées en santé mentale. Très peu de personnes auront besoin des services spécialisés situés en haut de la pyramide [8]. 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 avant de les référer aux services spécialisés.

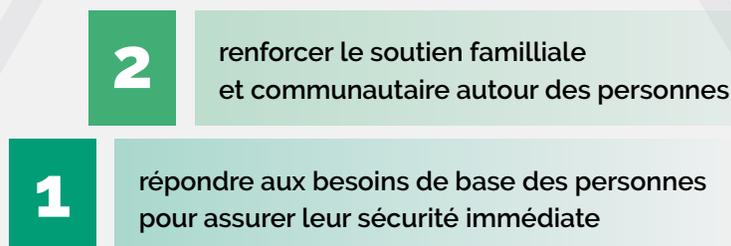
MODÈLE PYRAMIDAL

INTERVENTION DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ET EN SANTÉ MENTALE



L'approche sensible aux traumatismes est transversale aux quatre niveaux de la pyramide. Loin de proposer de nouvelles interventions, elle demande à être intégrée dans les pratiques déjà existantes. Il en va de même de l'approche sensible à la culture.

Ce guide est davantage ancré dans les types d'interventions des **deux premières phases** de la pyramide, soit celles visant à :



Les interventions de soutien ciblées et les services spécialisés en santé mentale dépassent donc le cadre de ce guide.

Puisque ce sont souvent les milieux communautaires et les soins de première ligne qui offrent ces interventions de soutien, ce guide souhaite mettre en lumière le rôle essentiel que ces services jouent concernant la promotion de la santé mentale des personnes réfugiées réinstallées. En effet, les interventions des premières phases de la pyramide sont tout autant fondamentales pour assurer le bien-être des personnes que les interventions plus ciblées et spécialisées en santé mentale. Ces interventions jouent également un rôle en prévention puisqu'elles limitent les besoins de recourir à des services qui se situent aux dernières phases de la pyramide [8].

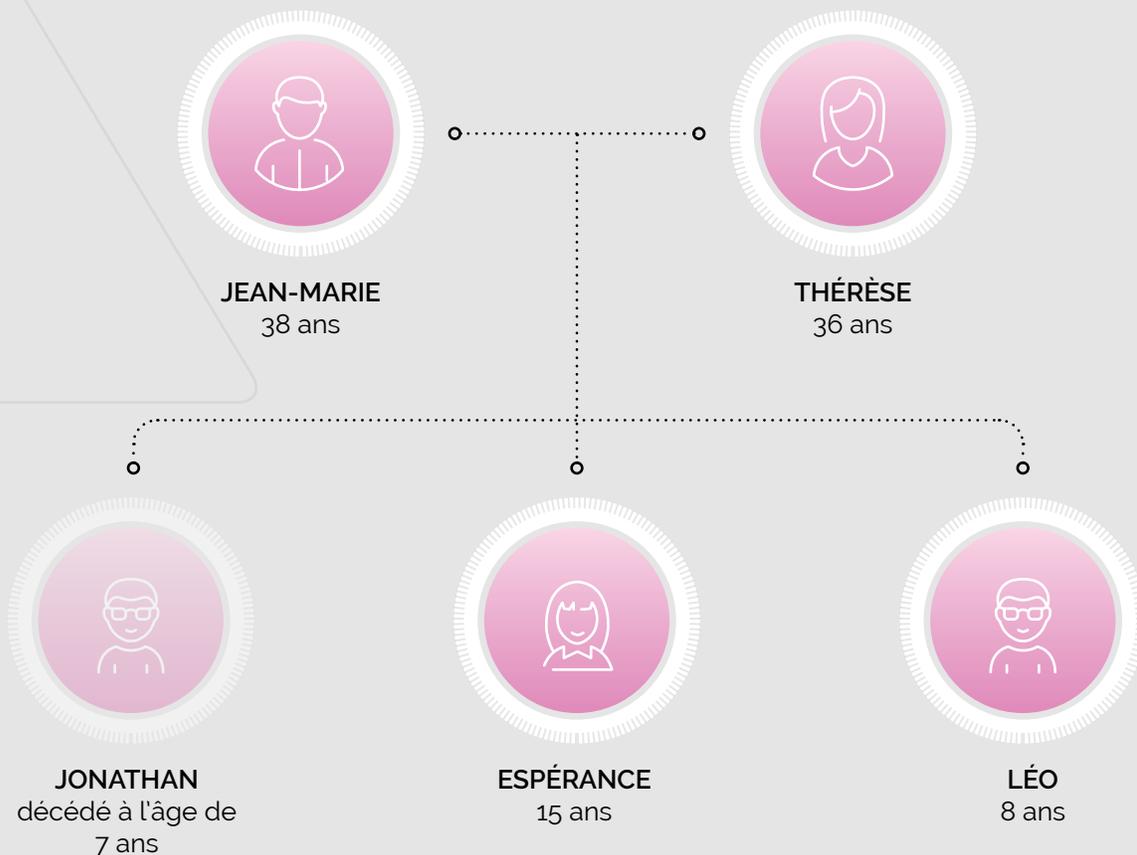
À LA RENCONTRE DE LA FAMILLE KALUNGA

Tout au long de ce guide, nous serons accompagné.e.s par les membres de la famille Kalunga*. La description de leur expérience de migration forcée, de réinstallation au Québec ainsi que leur intégration dans la nouvelle société d'accueil illustreront des concepts présentés dans les prochains chapitres. Les membres de cette famille d'origine congolaise sont arrivé.e.s au Québec en 2018 en tant que personnes réfugiées prises en charge par l'État (RPCE). Dès leur

arrivée, ils et elles ont été accompagné.e.s par l'organisme communautaire mandaté par le MIFI pour l'accueil et l'intégration des RPCE dans leur ville d'accueil. La famille est composée de Jean-Marie (38 ans), de Thérèse (36 ans) et de leurs enfants, Espérance (15 ans), Léo (8 ans) et Jonathan (décédé à l'âge de 7 ans). Nous suivrons également les intervenant.e.s qui accompagnent la famille Kalunga depuis son arrivée au Québec il y a huit mois.



LA FAMILLE KALUNGA



Dans le **CHAPITRE 1**, nous présenterons leur parcours migratoire et les accompagnerons à leur première rencontre avec Inès, intervenante d'accueil de l'organisme communautaire.

Dans le **CHAPITRE 2**, nous allons mieux comprendre comment les membres de cette famille ont été affectés par des événements traumatiques vécus pendant leur parcours et leur installation et comment ces impacts peuvent se manifester.

Dans le **CHAPITRE 3**, nous explorerons des façons d'intégrer une approche sensible aux traumatismes lors d'interventions auprès des membres de la famille.

* Il est à noter que les membres de la famille Kalunga ainsi que les intervenant.e.s présent.e.e.s dans ce guide sont fictif.ve.s, toute ressemblance avec des personnes existantes ou ayant existé est purement fortuite.

CHAPITRE 1

PARCOURS MIGRATOIRE, BIEN-ÊTRE ET SANTÉ MENTALE DES PERSONNES RÉFUGIÉES

« Ce ne sont pas des héros ou des héroïnes, il faut faire attention, il ne faut pas leur donner ce statut là parce qu'un héros ou une héroïne n'a pas le droit d'être vulnérable. Il ne faut pas les mettre sur un piédestal, mais on ne peut pas s'empêcher de reconnaître la force et les capacités d'adaptation et les habiletés de survie qui ont amené ces personnes jusqu'à nous. »

T.S., psychothérapeute

Cette première section du guide vous aidera à mieux comprendre les vécus possibles à chaque phase du parcours migratoire, les effets possibles des traumatismes sur les personnes réfugiées ainsi que les avenues favorisant la résilience. Nous aborderons d'abord les vécus potentiellement traumatiques des personnes réfugiées à différentes étapes de leur migration, le tout accompagné de plusieurs illustrations cliniques. Nous poursuivrons avec l'importance d'agir sur les facteurs de protection et sur la nécessité de développer une sensibilité culturelle.

1.1 LES VÉCUS POSSIBLES DURANT LE PARCOURS MIGRATOIRE D'UNE PERSONNE RÉFUGIÉE

EN BREF

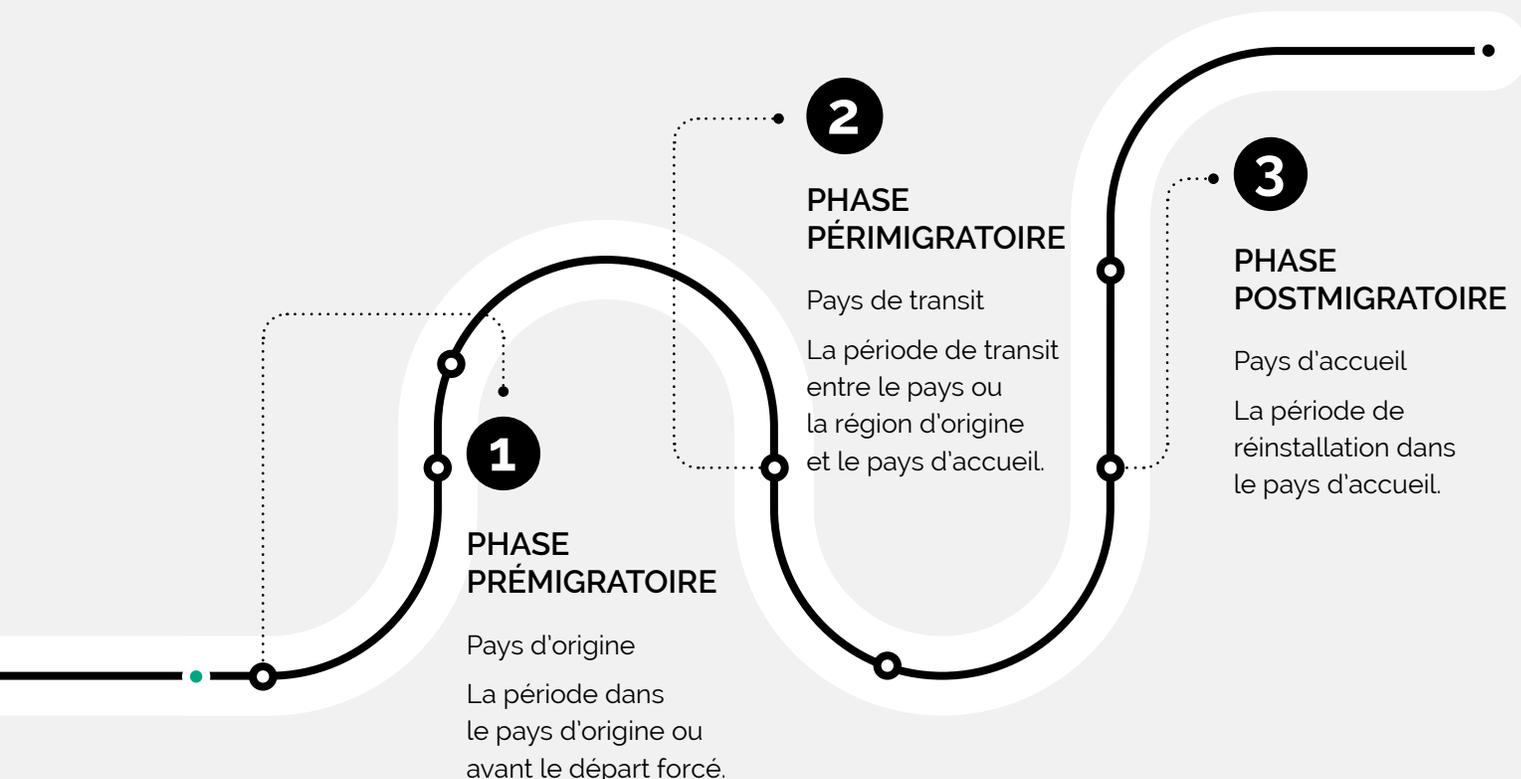
- À chaque stade de leur parcours migratoire, les personnes réfugiées sont à risque de vivre des événements potentiellement traumatiques.
- Les personnes réfugiées doivent également faire face à plusieurs facteurs de stress qui peuvent influencer l'impact des événements traumatiques sur elles et sur leur fonctionnement.
- L'accumulation de ces vécus peut également avoir un effet qui perdure dans le temps, même après que la personne soit réinstallée au Canada.

PARCOURS MIGRATOIRE

Le parcours migratoire de nombreuses personnes réfugiées peut être décrit en trois phases qui ont chacune des répercussions sur leur bien-être et leur santé mentale.

Bien que chaque parcours migratoire soit unique, le fait de connaître l'ensemble de ces vécus possibles et leurs effets sur le bien-être et la santé mentale des personnes réfugiées permet d'orienter les interventions.

Bien sûr, ces phases ne sont pas mutuellement exclusives, c'est-à-dire que les vécus et conséquences peuvent se retrouver à différents moments du parcours.

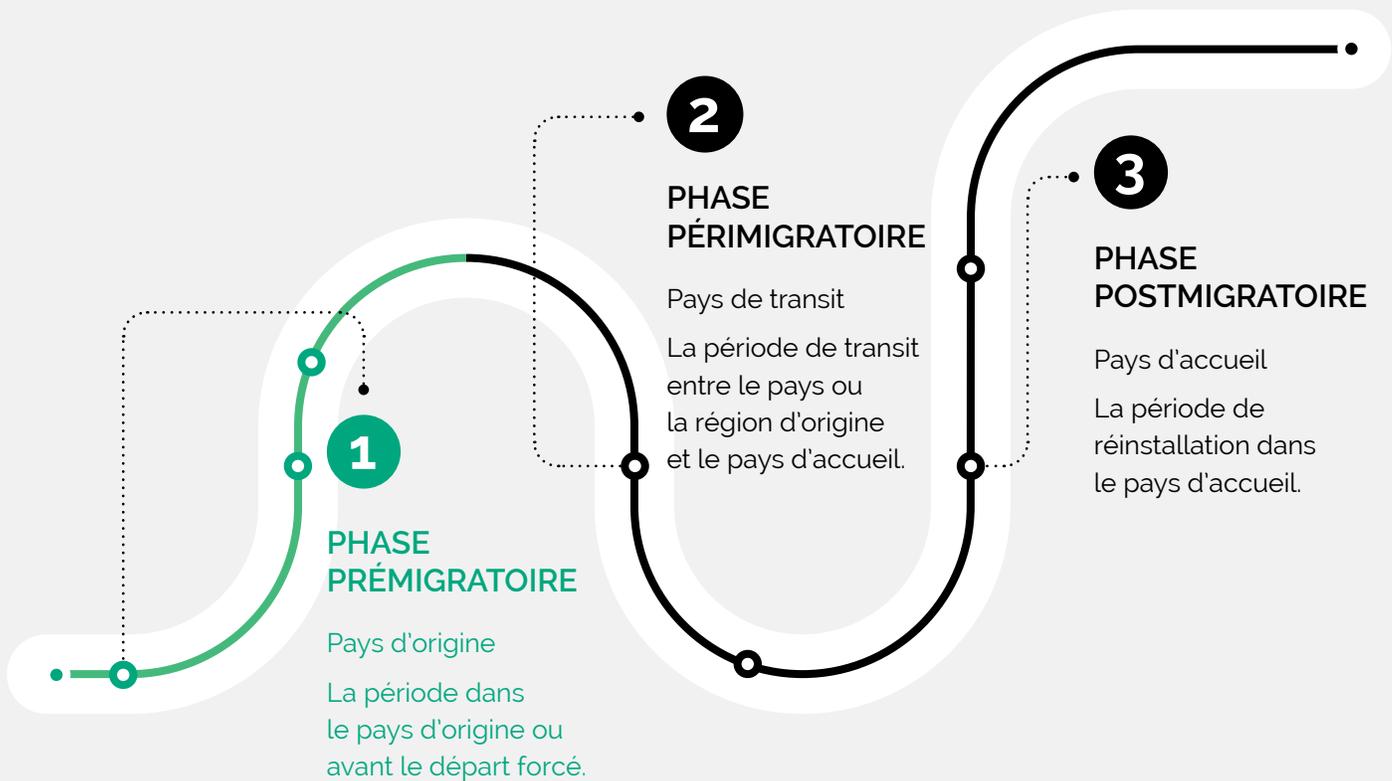




LA PHASE PRÉMIGRATOIRE (PÉRIODE DANS LE PAYS D'ORIGINE OU AVANT LE DÉPART FORCÉ)

Durant la phase prémigratoire, les personnes réfugiées sont susceptibles d'avoir vécu des événements potentiellement traumatiques ayant menacé leur sécurité et celle de leurs proches : violence organisée, guerre, torture, enlèvement, détention, violences sexuelles, esclavage sexuel, etc. De plus, les personnes réfugiées risquent

de subir des séparations et des pertes, souvent multiples. Ces pertes peuvent être humaines, matérielles ou symboliques comme le décès et la disparition de membres de la famille, la destruction de leur maison et la perte de biens, l'effritement du sentiment d'appartenance, de leurs repères ou de la cohésion sociale, etc. [26].



ÊTRE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES



La violence interpersonnelle et les actes de persécution perpétrés par l'humain, comme une agression sexuelle ou la torture, peuvent avoir un impact particulièrement important sur une personne. En effet, ces événements peuvent ébranler sévèrement la confiance dans l'humain et donc affecter la sphère relationnelle, en fragilisant la confiance et le sentiment de sécurité ressentis en présence d'autrui. Il est aussi possible que ces impacts relationnels soient amplifiés par différents facteurs de stress durant la migration ainsi qu'à l'arrivée de la personne dans son pays d'accueil (p. ex. : discrimination ou rencontre avec un.e intervenant.e pour la première fois) [27].

Le tableau suivant résume les vécus possibles en phase prémigratoire et leurs conséquences potentielles.

+ VÉCUS D'ADVERSITÉ POSSIBLES

- + Conflits armés
- + Emprisonnements arbitraires
- + Destruction de sa maison ou de ses biens matériels
- + Violences sexuelles
- + Persécution
(p. ex. à cause de l'orientation sexuelle)
- + Torture
- + Catastrophes naturelles
(p. ex. : séisme, ouragan, sécheresse, famine)

+ CONSÉQUENCES POTENTIELLES

- + Séparations familiales
- + Perte de ressources
- + Santé fragilisée
- + Sentiment d'insécurité accru
- + Incertitude par rapport au futur
- + Déscolarisation temporaire (enfants)
- + Incompréhension (enfants)

LA FAMILLE KALUNGA

Jean-Marie et Thérèse Kalunga grandissent en République démocratique du Congo (RDC), dans un climat d'instabilité politique et de conflits armés qui frappe le pays depuis de nombreuses années. Thérèse est originaire d'un village situé dans l'actuelle province du Nord-Kivu, où elle vit une majeure partie de sa vie. À 19 ans, elle rencontre Jean-Marie dans le café du village. Il est employé depuis peu dans un garage, elle travaille dans l'exploitation maraîchère familiale. Ils tombent rapidement sous le charme l'un de l'autre; Thérèse par son humour et Jean-Marie grâce à sa force de caractère. En 2000, ils se marient en présence

de leur famille. Ce jour-là, Jean-Marie pense beaucoup aux personnes absentes, dont son père et certains de ses frères décédés lors de la première guerre du Congo (1996-1997). À la naissance de leurs deux premiers enfants, Jonathan et Espérance, la violence s'aggrave dans la région. La maison familiale est incendiée durant des émeutes entre forces policières et rebelles. En décembre 2005, la famille décide de fuir par le Sud afin de rejoindre la Tanzanie, tout comme des milliers d'autres Congolais.e.s. La famille laisse derrière elle foyer, frères, sœurs et parents.

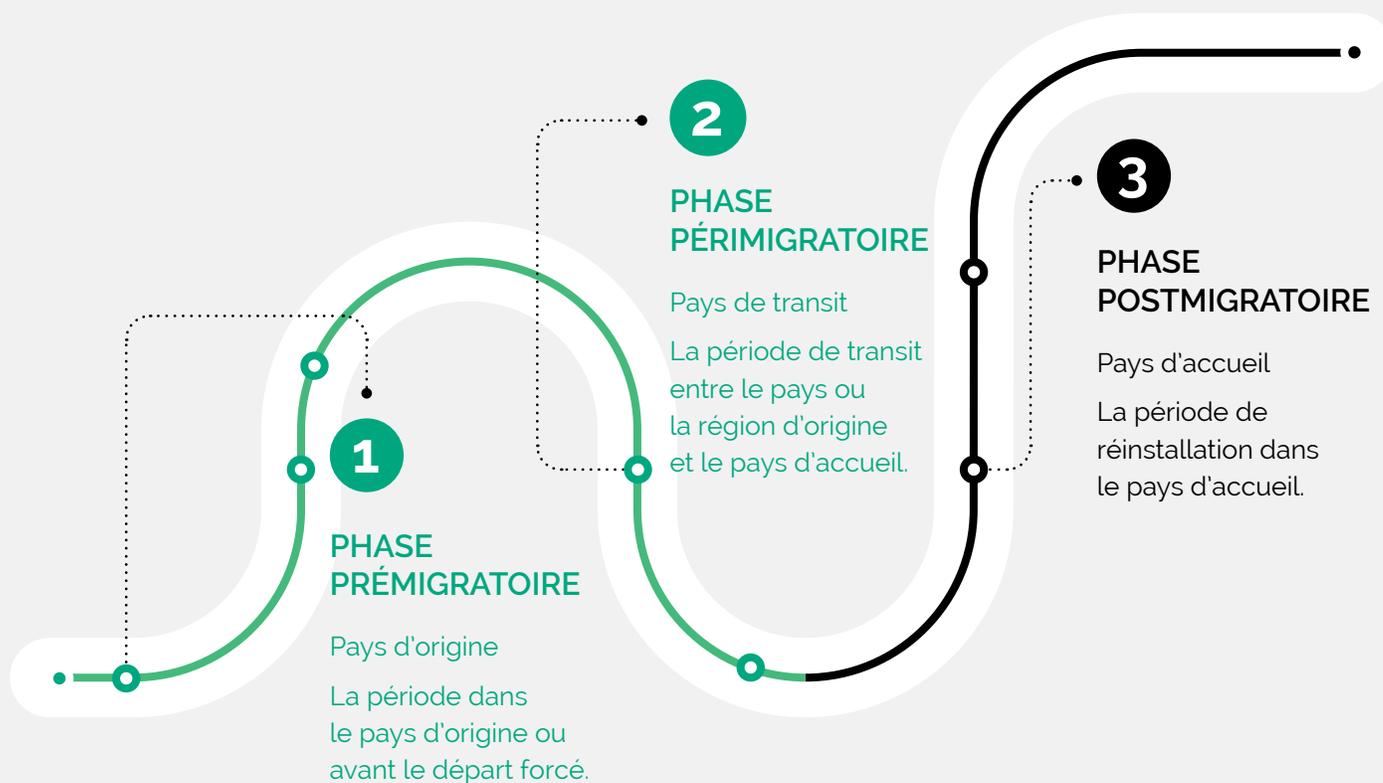




LA PHASE PÉRIMIGRATOIRE (PÉRIODE DE TRANSIT)

La phase périgratoire réfère à la période où les personnes réfugiées se retrouvent en transit entre leur pays d'origine qu'elles ont fui et leur éventuel pays d'accueil. Tout au long de leur trajet, les personnes peuvent également vivre des événements potentiellement traumatiques : violence ; vie dans un camp de réfugiés ou centre de détention ; faim et maladies ; conditions de déplacement et de survie précaires ; séparation familiale ; décès de proches ou de compagnons de voyage, etc. Ainsi, les personnes réfugiées

vivent bien souvent, et de façon prolongée, dans un contexte d'insécurité, de rupture sociale et culturelle, de précarité (malnutrition, insalubrité, etc.), et ce, avec un accès limité aux soins de santé et à l'éducation. Elles sont ainsi confrontées à une perte importante de leurs ressources financières, ce qui les place en situation de vulnérabilité. Ces conditions de vie difficiles ont des impacts importants sur le bien-être ainsi que sur la santé physique et mentale des personnes réfugiées.



À RETENIR



Les défis rencontrés durant un parcours de migration forcée peuvent également être une source d'apprentissages et favoriser le développement de capacités d'adaptation chez les personnes réfugiées. Par exemple, un enfant qui doit momentanément être déscolarisé peut également faire d'autres types d'apprentissages qui lui seront importants dans la suite de son parcours.

Le tableau suivant résume les vécus possibles en phase périgratoire et leurs conséquences potentielles.

+ VÉCUS D'ADVERSITÉ POSSIBLES

- + Départ précipité ou planifié
- + Traversée d'un ou de plusieurs pays
- + Vie et ressources dans un ou plusieurs camps de réfugiés
- + Parcours semés de dangers : risques d'arrestation, instabilités politiques, etc.
- + Conditions de vie précaires : malnutrition, insalubrité, pauvreté, froid, etc.
- + Violences, traumatismes et pertes

+ CONSÉQUENCES POTENTIELLES

- + Séparation familiale
- + Pertes humaines, matérielles et deuils
- + Problèmes de santé physique
- + Peur, anxiété et insécurité
- + Déscolarisation temporaire (enfants)
- + Incompréhension et impuissance

LA FAMILLE KALUNGA AU CAMP DE RÉFUGIÉ.E.S

En juillet 2008, après un long voyage en autobus et à pied, la famille Kalunga se retrouve dans le camp de réfugié.e.s de Nduta, en Tanzanie, elle y restera près de dix ans. Les parents n'ont pas le droit de travailler en dehors du camp. Les conditions de vie y sont très difficiles, notamment en ce qui a trait à l'accès aux soins de santé et à la nourriture. Cela entraîne, entre autres, d'importantes carences alimentaires. De plus, de nombreuses périodes de déscolarisation des enfants marquent cette période. Les problèmes respiratoires de la famille sont aussi imputables à l'insalubrité des installations du camp.

La première année au camp est sombre pour les Kalunga, car Jonathan, l'aîné de la fratrie, meurt du choléra à l'âge de sept ans. Un an après le décès de Jonathan, Thérèse apprend qu'elle est enceinte, un moment de bouleversement, entre bonheur et tristesse associée à la perte récente de Jonathan. Elle donne naissance à Léo, un « bébé miracle » pour les parents. Aux conditions de vie difficiles s'ajoute un stress quotidien occasionné par l'insécurité régnant dans le camp. Espérance,

la fille de la fratrie, repousse des avances de résidents lui proposant denrées et argent en échange de rapports sexuels. Au fil du temps, Thérèse se rapproche de certaines femmes du camp, devenant l'oreille et le porte-voix de ces dernières afin d'améliorer leurs conditions de vie. Jean-Marie, quant à lui, est reconnu pour ses talents de mécanicien. Espérance passe tout son temps avec ses amies voisines, et Léo, alors âgé de quatre ans, intègre un groupe géré par une ONG d'enfants de son âge. Celle-ci lui donne accès à quelques activités physiques.

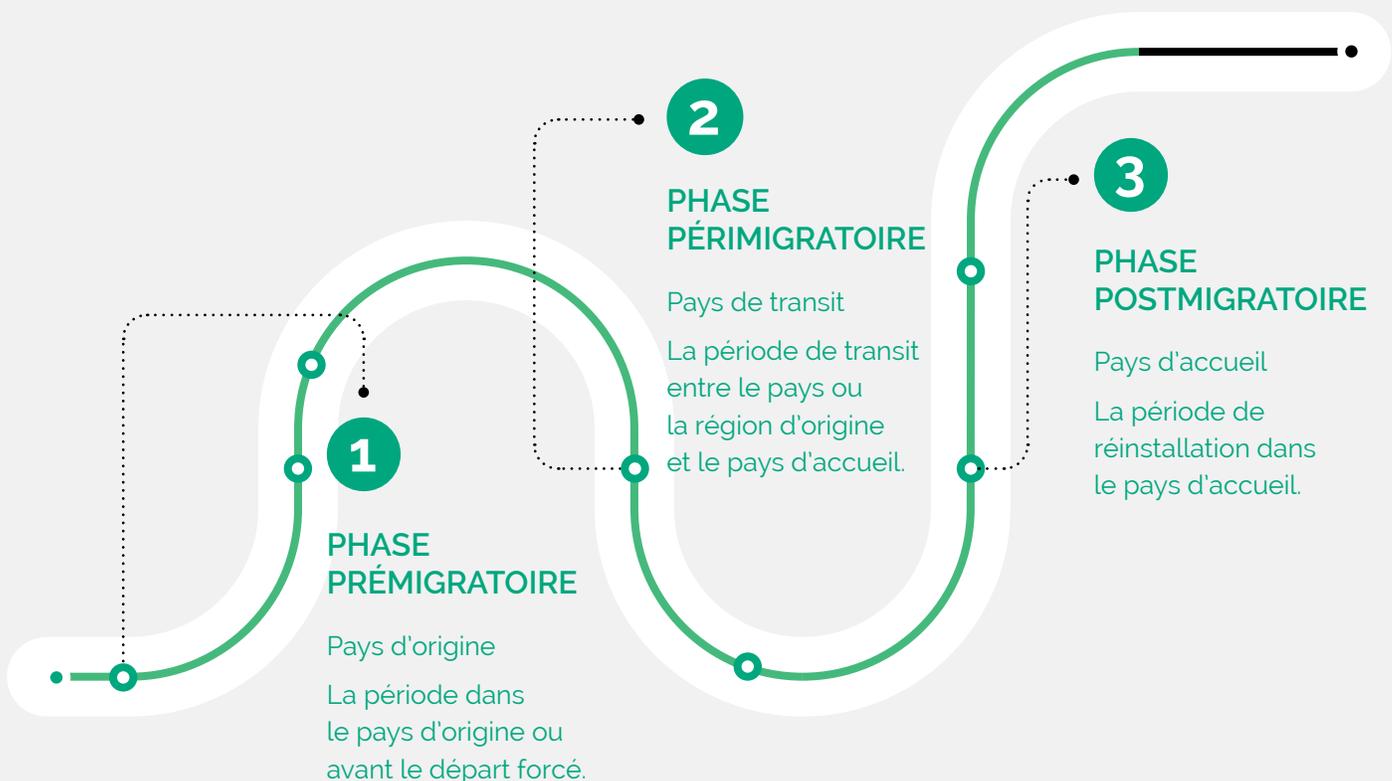
À l'issue d'un processus de longue haleine de près de deux ans (demandes, entrevues, examens physiques, cours, etc.) auprès du bureau UNHCR du camp, la famille connaît une issue favorable dans ses démarches; elle pourra être réinstallée dans un pays tiers, le Canada. Les Kalunga n'avaient pas spécialement d'images du Canada - hormis le froid -, mais ils savent que leurs conditions de vie y seront meilleures. Finalement, la famille obtient l'autorisation de se rendre à l'aéroport pour s'envoler vers le Canada.



LA PHASE POSTMIGRATOIRE (PÉRIODE DE RÉINSTALLATION DANS LE PAYS D'ACCUEIL)

Même si l'arrivée dans le pays d'accueil favorise le rétablissement d'une certaine sécurité, le processus d'adaptation peut lui-même être une source de stress, de déception et, parfois, être vécu comme un événement traumatique en soi [28]. Durant la phase postmigratoire, les personnes réfugiées se retrouvent confrontées à de nouveaux défis : barrières linguistiques, perte de ses repères, isolement social, séparations familiales, logement inadéquat, déclassement professionnel, difficultés à trouver un emploi, précarité financière, discrimination, etc. [29]. Ces défis peuvent représenter une source de stress importante pour des personnes ayant fui des contextes de persécution [30]. L'arrivée dans le pays d'accueil peut être vécue comme une phase de survie et d'adaptation accélérée exigeante et parfois même traumatique. De ce fait, les conditions postmigratoires peuvent avoir un impact important sur le bien-être et la santé mentale des personnes réfugiées.

Les défis liés à l'installation sont multiples et touchent plusieurs sphères de la vie des personnes réfugiées : la famille, les relations sociales, la langue, l'emploi, l'alimentation, l'éducation, le logement, la culture, etc. Elles doivent donc se mobiliser rapidement dès leur arrivée afin de combler leurs besoins de base, et ce, dans un contexte encore inconnu [31]. En plus de vivre cette situation de vulnérabilité à l'arrivée, les personnes portent toujours leur bagage d'adversités et de pertes vécues durant leur parcours migratoire. Ainsi, l'accueil reçu et le niveau d'intégration dans le pays de réinstallation peuvent venir aggraver ou atténuer les conséquences des vécus traumatiques durant les phases pré et périmigratoires [17]–[19], [22], [32], [33].



Le tableau suivant résume les vécus possibles en phase postmigratoire et leurs conséquences potentielles.

+ VÉCUS D'ADVERSITÉ POSSIBLES

- + Précarité financière
- + Difficultés à trouver un logement et/ou un emploi
- + Perte du réseau de soutien social
- + Manque d'accès aux ressources
- + Difficultés à apprendre le français
- + Conflits liés à des malentendus culturels
- + Conflits au sein de la famille
- + Changement de rôle (parental, professionnel)
- + Difficultés d'intégration (milieu professionnel ou scolaire)
- + Bouleversements identitaires
- + Discrimination, stigmatisation
- + Perte du statut social

+ CONSÉQUENCES POTENTIELLES

- + Stress, anxiété
- + Sentiment d'instabilité
- + Précarité
- + Sentiment de perte de connexion avec sa culture d'origine
- + Isolement
- + Perte d'estime de soi
- + Dépression
- + Sentiment de colère
- + Barrières pour accéder à des soins de santé
- + Tensions intrafamiliales

LA FAMILLE KALUNGA À MONTRÉAL

Les Kalunga arrivent à l'aéroport de Montréal en janvier 2018, et est accueillie par des intervenant.e.s de l'organisme communautaire de leur future ville de résidence. La famille s'installe dans un appartement de deux chambres. Graduellement, elle se familiarise avec le fonctionnement de sa nouvelle ville, que ce soit les transports en commun, l'épicerie ou leur quartier. Aujourd'hui, Espérance et Léo progressent dans leur apprentissage scolaire

en classe d'accueil. Thérèse s'est inscrite au cours d'alphabétisation et occupe un emploi d'entretien ménager en soirée. Pour ce qui est de Jean-Marie, il cherche un emploi, mais rencontre plusieurs obstacles. N'ayant aucune première expérience québécoise de travail, ses tentatives pour obtenir un poste dans une entreprise de mécanique ne portent pas leurs fruits. Il développe peu à peu un sentiment de discrimination à cause de sa recherche d'emploi infructueuse. La famille vit une adaptation difficile à l'hiver, mais tisse progressivement des liens avec la communauté, notamment avec les membres de l'église qu'elle fréquente.

À RETENIR

Le contexte postmigratoire aurait un effet important sur les symptômes liés aux traumatismes et au développement d'un trouble de stress post-traumatique (TSPT) chez les personnes réfugiées. Celui-ci est parfois même plus déterminant que les conditions qui ont précipité l'exil [20], [30]. Ces facteurs psychosociaux (logement, emploi, isolement, etc.) et leurs impacts font souvent l'objet d'intervention par les intervenant.e.s communautaires.



LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION EN PHASE POSTMIGRATOIRE

L'accumulation d'expériences potentiellement traumatiques tout au long du parcours migratoire peut fragiliser la santé mentale des personnes réfugiées. Cela dit, la littérature suggère que **les conditions postmigratoires auraient des conséquences plus importantes sur la santé mentale des personnes que le vécu pré et pérिमigratoire**, dans la mesure où elles ont le potentiel d'exacerber les traumatismes passés autant que de les atténuer [19], [29],

[34]. Ces conditions se déclinent aux niveaux socioéconomique, social, interpersonnel, structurel et sociodémographique. Elles prennent la forme de **facteurs de risque** et de **facteurs de protection**.

Le tableau suivant résume les facteurs durant le parcours migratoire qui risquent d'avoir une incidence néfaste sur la santé mentale des adultes et des enfants réfugié.e.s [9], [24], [27], [29], [30], [35], [36].

FACTEURS DURANT LE PARCOURS MIGRATOIRE AFFECTANT LE BIEN-ÊTRE ET LA SANTÉ MENTALE

CHEZ LES ADULTES



1

PHASE PRÉMIGRATOIRE

- Statut économique, éducationnel et d'emploi dans le pays d'origine
- Rupture des liens de soutien social, réseau, et rôle
- Exposition aux événements traumatiques
- Engagement dans une cause (politique, religieuse, etc.)

2

PHASE PÉRIMIGRATOIRE

- Parcours migratoire (dangerosité, durée)
- Exposition aux conditions de vie difficiles (p.ex. camp de réfugié.e.s)
- Rupture des réseaux familiaux et communautaires
- Incertitude envers l'issue du projet de migration

3

PHASE POSTMIGRATOIRE

- Incertitude concernant le statut d'immigration ou de réfugié.e
- Chômage ou sous-emploi : barrières à l'emploi (difficultés à obtenir des équivalences des qualifications professionnelles)
- Perte de statut social
- Perte du soutien familial et communautaire
- Crainte pour les membres de la famille resté.e.s au pays d'origine et les possibilités de réunification familial
- Difficultés d'adaptation, d'intégration et d'apprentissage de la langue
- Statut du conflit dans le pays d'origine : continu ou résolu

Plusieurs facteurs viennent influencer la façon dont les personnes réfugiées, autant les enfants que les adultes, vivent et réagissent à un événement potentiellement traumatique. Certains **facteurs de risque peuvent nuire à leur santé mentale et**

entraver leur résilience, tandis que des **facteurs de protection peuvent améliorer leur santé et renforcer leur résilience**. Ces différents facteurs sont importants à identifier afin de mieux comprendre l'expérience de chaque personne.

CHEZ LES ENFANTS



1

PHASE PRÉMIGRATOIRE

- Âge et stade de développement au moment de la migration
- Interruption de la scolarité
- Séparation de la famille élargie et des réseaux de soutien
- Exposition à la violence (comme victime ou témoin)
- Trauma crânien

2

PHASE PÉRIMIGRATOIRE

- Séparation d'une gardienne, migration non accompagnée
- Exposition à la violence
- Exposition aux conditions de vie difficiles (p.ex. camp de réfugiés)
- Mauvaise alimentation
- Incertitudes envers le futur

3

PHASE POSTMIGRATOIRE

- Stress liés à l'adaptation de la famille
- Difficultés scolaires
- Problèmes d'adaptation (conflit identitaire dans la société d'accueil ; conflit intergénérationnel dans la famille)
- Discrimination ou exclusion sociale (à école, avec les pairs)



Le tableau suivant résume les facteurs de protection qui pourraient avoir une influence positive sur le bien-être des personnes réfugiées (adultes et enfants) tout au long du parcours migratoire [19], [24], [27], [29], [30], [35], [36].

FACTEURS DE PROTECTION



FACTEURS INDIVIDUELS

- Bonne estime de soi
- Capacités cognitives
- Éducation
- Engagement dans une cause
- Bon tempérament
- Capacité d'adaptation
- Maintien des croyances religieuses



DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

- Accès à des environnements sûrs
- Sécurité alimentaire (eau, nourriture)
- Accès à un logement adéquat
- Accès aux soins de santé
- Possibilités d'emploi et de formation
- Sensibilité culturelle de la part des intervenant.e.s
- Présence d'un.e interprète lors de rencontres



FACTEURS FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES

- Opportunités d'intégration
- Participation bénévole
- Présence des services adéquats
- Relations durables et soutenantes
- Regroupement familial
- Présence de la famille
- Sentiment d'appartenance à un cercle social (p. ex. : groupe communautaire, communauté religieuse, collègues de travail, etc.)

LE SAVIEZ-VOUS ?

Une étude réalisée au Canada montre qu'en matière de santé mentale, la discrimination est un déterminant plus important que l'exposition à un trauma prémigratoire. Cette donnée suggère que la recrudescence de la xénophobie, la lutte contre les réfugié.e.s, les sentiments de discrimination perçue ou réelle peuvent miner davantage la santé mentale des personnes réfugiées [37]. À l'inverse, le sentiment d'appartenance à un cercle social (p. ex. : groupe communautaire, communauté religieuse, collègues de travail, etc.) est un facteur important de protection [20].

1.2 L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DES PERSONNES RÉFUGIÉES

EN BREF

Dans l'ensemble, les études concluent que les personnes réfugiées courent un risque plus élevé que la population générale de souffrir de divers troubles de santé mentale liés 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 accrus d'anxiété, de dépression, de TSPT et de détresse psychologique globale.

LA SANTÉ MENTALE

La question de l'impact des expériences d'adversité lors de la migration forcée sur la santé mentale des personnes réfugiées, tout en considérant l'importance des conditions de vie dans la phase postmigratoire, sont maintenant bien établies dans la littérature. Les personnes réfugiées sont **plus à risque de présenter des taux de dépression, de TSPT, et de symptômes somatiques que la population générale** [27], [38].

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 [29], [39]. À titre d'exemple, les personnes qui ont vécu dans des camps de réfugié.e.s sont plus à risque de dépression et d'anxiété en raison de conditions de vie extrêmement stressantes éprouvées dans ces environnements [29]. Les personnes qui ont vécu de la torture semblent être plus à risque de développer des symptômes de TSPT [32].

De plus, la littérature montre que les personnes réfugiées sont non seulement de moins grandes utilisatrices des services de santé et des services sociaux que les autres résident.e.s canadien.ne.s [15], [27], [40], [41], mais elles sont aussi plus à risque de recevoir des soins de moindre qualité, des diagnostics erronés et des traitements inappropriés [42], [43], et ce, pour des raisons diverses (méconnaissance des services, enjeux linguistiques ou culturels, craintes associées aux institutions publiques, tabou entourant la santé mentale, etc.).

Parallèlement aux 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 [19], [44], [45]. **L'interaction dynamique entre ces facteurs influence la santé mentale de la personne réfugiée tout au long de sa vie.**



ÊTRE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES

Nos réactions, nos manières d'être et de voir le monde sont la résultante d'une série d'événements et d'apprentissages tout au long de notre vie. Dès lors, dans le contexte d'interventions auprès de personnes réfugiées, il semble indispensable de garder à l'esprit l'existence potentielle de vécus difficiles tout au long du parcours migratoire, car ces derniers peuvent expliquer certaines réactions en rencontre.



À RETENIR

Dans la plupart des cas (estimé à environ 80 %), les personnes réfugiées présentant des symptômes de TSPT se remettent avec le temps et le rétablissement de la stabilité en période de réinstallation [24]. Ce constat va à l'encontre de la croyance que toutes les personnes réfugiées seraient atteintes d'un TSPT dont les symptômes perdurent dans le temps.

Malgré le taux élevé de TSPT chez les personnes réfugiées, il ne faut pas oublier que le stress post-traumatique est une réponse adaptative et normale qui se résoudra, pour la plupart des adultes et des enfants qui en souffrent, lors d'un retour du sentiment de sécurité et d'une vie plus stable [18], [24].



1

PHASE PRÉMIGRATOIRE

Pays d'origine

La période dans le pays d'origine avant le départ forcé.

2

PHASE PÉRIMIGRATOIRE

Pays de transit

La période de transit entre le pays ou la région d'origine et le pays d'accueil.

3

PHASE POSTMIGRATOIRE

Pays d'accueil

La période de réinstallation dans le pays d'accueil.

1.3 QUESTIONNER LE PARCOURS MIGRATOIRE DES PERSONNES RÉFUGIÉES

EN BREF

Il n'est pas recommandé de questionner systématiquement le vécu traumatique et les symptômes lorsque ce n'est pas nécessaire : cela peut avoir un effet d'aggravation des symptômes en lien avec le traumatisme.

Il est important pour les intervenant.e.s d'être sensibles aux potentiels vécus traumatiques et à leurs conséquences pendant le parcours migratoire des personnes réfugiées qu'ils ou elles accompagnent durant le suivi psychosocial. Néanmoins, il est important de se rappeler qu'il n'est souvent pas nécessaire de connaître dans le détail le parcours et l'ensemble des événements vécus par les personnes.

Vouloir tout connaître du parcours de migration forcée peut contraindre la personne réfugiée à devoir mettre des mots sur des vécus douloureux qu'elle n'est pas prête à affronter ou à répéter des événements tragiques maintes fois racontés. Cela pourrait éventuellement nuire à la relation d'aide et porter atteinte à son processus d'intégration et à son sentiment de bien-être. Dès lors, il semble nécessaire de faire en sorte que les pratiques des intervenant.e.s soient sensibles aux traumatismes, afin d'intervenir avec écoute et empathie dans un contexte de trauma, sans pour autant être dans le dévoilement forcé.

Il est important de ne pas questionner de façon intrusive les personnes réfugiées. Encourager les dévoilements peut aggraver les symptômes et nuire au lien de confiance qui est essentiel à une intervention bénéfique. Certains vécus seront dévoilés graduellement au fil du temps, à mesure que la confiance se développe.

À RETENIR

La façon dont une personne traitera et réagira à un événement potentiellement traumatique est influencée par une part de subjectivité et d'interprétation personnelle. De plus, le soutien familial et social perçu par la personne, qui est un important facteur de protection, affectera aussi cette interprétation.





Dans certaines situations, des facteurs durant le parcours migratoire pourraient nécessiter d'être questionnés pour cibler les interventions adéquates. Le tableau suivant résume certains de ces facteurs.

FACTEURS DU PARCOURS MIGRATOIRE



LA PREMIÈRE RENCONTRE AVEC LA FAMILLE KALUNGA

La première fois que les Kalunga se rendent à l'organisme communautaire, ils font la connaissance d'Inès, intervenante d'accueil. Arrivé.e.s avec une vingtaine de minutes de retard, tous les membres de la famille assistent à cette première rencontre avec Inès.

Thérèse semble agir à titre de cheffe de famille, une impression qui se confirme dès les débuts du rendez-vous. Dans ses mots, elle exprime être le « pilier familial. » Par conséquent, elle laisse peu de place aux autres membres de la famille ainsi qu'à l'intervenante d'accueil. Thérèse se plaint du froid et exprime des attentes, notamment en ce qui concerne le logement et la scolarisation de ses enfants.

Jean-Marie est plus en retrait, il parle peu, ses réponses sont brèves et quelque peu nonchalantes. Quand Inès le questionne sur comment il se sent et comment se passent ses premiers mois au Québec, c'est Thérèse qui répond ou Jean-Marie qui demeure silencieux. Thérèse évoque le fait qu'il est souvent triste, qu'il boit beaucoup d'alcool et qu'il souhaiterait trouver un emploi, mais qu'il n'y parviendrait pas car « les employeurs ne veulent pas d'étrangers comme lui. » Des mots auxquels il semble adhérer par un hochement de tête et des soupirs.

Espérance apparaît très sage et obéissante. Elle répond de manière très polie tout en ayant des réponses parfois franches et brèves lorsque la question de l'école ou des ami.e.s est abordée. Elle semble parfois avoir des moments d'absence lors de la rencontre, elle fixe le vide. À l'inverse, elle semble très investie quand Inès lui demande ce qu'elle aime et qu'Espérance lui parle de théâtre. Inès trouve immédiatement Espérance attachante et brillante. Elle se sent néanmoins un peu inquiète et particulièrement démunie face à ses manifestations d'absence.

Avec Léo, Inès a des interactions difficiles, elle a l'impression qu'il est très collé à son père et évite le regard de l'intervenante la majorité du temps. Cet état calme et réservé oscille avec un état où il se montre plus agité et ne cesse de faire les 100 pas dans le bureau. Thérèse rapporte qu'il a beaucoup de difficultés à se concentrer, à apprendre, et qu'il pleure beaucoup parce qu'il s'inquiète pour son père. À la maison, Léo mange de manière compulsive et s'est remis à avoir des épisodes nocturnes d'énurésie.



POUR ALLER PLUS LOIN : LA SENSIBILITÉ CULTURELLE



L'approche sensible aux traumatismes auprès des personnes réfugiées nécessite également le développement de la compétence culturelle générale en intervention. Les expériences traumatiques vécues, leurs manifestations, leurs expressions, leur évaluation et leur traitement sont ancrés dans des représentations culturelles [46], [47] qui risquent de complexifier les interventions [48]. Une sensibilité culturelle de la part des intervenant.e.s ainsi que la présence d'un.e interprète durant la consultation peuvent agir des comme facteurs de protection.

Pour en apprendre davantage sur la compétence culturelle en intervention, nous invitons les personnes intéressées à consulter les ressources suivantes :

Le guide d'entretien de la formulation culturelle (cultural formulation interview) du DSM-5 donne plusieurs exemples de questions qui peuvent être adaptées en contexte d'intervention interculturelle pour aider la personne à exprimer sa compréhension de ses propres difficultés, leurs causes et leur importance dans sa vie [10]. Bien que le DSM-5 soit un outil pour clinicien.ne.s, son contenu peut être une source d'inspiration pour la formulation de certaines questions :
<https://bit.ly/guide-entretien>.

Les intervenant.e.s, ainsi que les personnes réfugiées, ont tout.e.s leurs propres univers culturels. Il s'avère donc important, dans un contexte d'intervention interculturelle, de considérer comment sa propre culture interagit avec la culture de l'autre. **La sensibilité culturelle et l'humilité culturelle** sont deux concepts qui visent des interactions interculturelles sécuritaires et respectueuses. Pour aller plus loin, écoutez cette courte vidéo Youtube (anglais avec sous-titres français) :
<https://www.youtube.com/watch?v=MkxcuhdglwY>.

Le site web du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) offre **des ressources multilingues** qui abordent la santé mentale de manière vulgarisée, pouvant aider les personnes réticentes ou qui veulent en savoir plus sur la santé mentale. Nous conseillons de consulter la fiche d'information « Demander de l'aide quand rien ne va plus », disponible dans plusieurs langues :
<https://bit.ly/index-CAMH>.

MOT DE LA FIN

Dans ce premier chapitre, nous avons exploré les vécus possibles durant le parcours migratoire ainsi que leurs effets potentiellement traumatiques sur les personnes réfugiées. En plus d'avoir vu les facteurs de risque entraînant un mauvais état de santé mentale, nous avons abordé les avenues favorisant la résilience, telles que l'importance d'agir sur les facteurs de protection et d'intervenir avec une sensibilité culturelle. Dans le prochain chapitre, nous allons voir en détail pourquoi le fait d'avoir vécu des événements traumatiques aurait un effet sur le bien-être des personnes réfugiées en phase postmigratoire. Pour cela, nous présenterons une approche neurobiologique qui explique comment le trauma affecte le cerveau.

CHAPITRE 2

LE TRAUMA

CHEZ LES PERSONNES RÉFUGIÉES : MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX INTERVENIR

« [...] ce n'est pas parce que je quitte, par exemple, un pays en guerre qu'automatiquement les choses sont restées là-bas. Les choses me suivent. Et dans la période, peu importe, migratoire ou post-migratoire, parce que souvent les gens sont en état de survie quand ils vont arriver.

Ça va être : « Oh ! On veut faire nos choses vite, vite. » Et puis après, quand ils vont se poser, ouf ! Là les squelettes sortent du placard et ça peut avoir besoin d'un accompagnement à ce moment-là. »

Travailleuse sociale (25)

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les personnes réfugiées peuvent vivre des expériences d'adversité importantes, voire traumatiques, durant leur parcours de migration forcée. Ces vécus peuvent avoir des effets considérables sur leur bien-être et leur santé mentale. Ce deuxième chapitre vous permettra d'approfondir davantage votre compréhension des répercussions du trauma chez les personnes réfugiées. Plus spécifiquement, trois objectifs sont poursuivis :

1. Connaître les effets des traumas sur le fonctionnement du cerveau
2. Se familiariser avec les diverses réactions et symptômes liés à un traumatisme
3. Comprendre les phénomènes de résilience et de croissance post-traumatique

Avant de débiter, revenons brièvement sur la distinction entre le trauma et le traumatisme. Le trauma réfère à ce qui est arrivé dans le passé, c'est-à-dire l'événement qui a causé un choc ou une blessure psychique chez la personne. Un événement traumatique est un événement de vie qui est perçu comme menaçant par une personne ou pouvant porter atteinte à son intégrité ou à celle de ses proches. Par conséquent, vivre un tel événement peut provoquer de fortes réactions physiques et psychologiques [10] que plusieurs personnes ont de la difficulté à surmonter. Plusieurs événements de vie peuvent être potentiellement traumatiques :

- Violences physiques, sexuelles et psychologiques
- Guerres et attentats
- Tortures et persécutions
- Découverte inattendue de cadavres
- Exposition à des scènes de violence
- Expulsion forcée de sa maison, de son village et de son pays
- Déplacements forcés ou brutaux
- Arrestation militaire
- Catastrophe naturelle

Le traumatisme réfère aux réactions de la personne dans le présent, une fois l'événement passé. Autrement dit, le trauma peut mener au traumatisme. Il est important de retenir que le caractère traumatique d'un événement n'est pas entièrement objectif. Le fait qu'un événement engendre un traumatisme ou non dépend de différents facteurs subjectifs, en plus de la cause naturelle ou humaine des événements, notamment l'évaluation subjective de la personne qui y est confrontée, son âge et stade développemental, les ressources dont elle dispose dans son milieu et, finalement, de la qualité du processus adaptatif qui en découle [22].

Notons que la vaste majorité des personnes se remettent avec le temps des traumas qu'elles ont vécus. Dans certains cas, toutefois, un soutien peut s'avérer nécessaire [24].



ÊTRE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES

Si le trauma s'est déroulé dans le passé, le traumatisme se vit au présent. Adopter une approche sensible aux traumatismes en intervention, c'est de s'intéresser davantage aux réactions de la personne qui sont liées aux traumas plutôt que de la questionner sur les détails de l'événement traumatique vécu.

Aussi, la manière dont on s'adresse à une personne et dont on la qualifie est importante.

Caractériser une personne de victime peut avoir comme effet de l'enfermer dans son vécu traumatique. Tout en reconnaissant la place du trauma dans l'expérience de la personne, ce vécu s'intègre dans une histoire de vie qui combine à la fois des enjeux du passé, des défis actuels et des forces personnelles. Dès lors, il faut reconnaître que la personne devant nous vit un traumatisme et ne pas la définir par ses symptômes post-traumatiques [12], [25].

TRAUMA ≠ TRAUMATISME

Évaluation subjective



TRAUMA
« La blessure »

Ce qui est arrivé

...



TRAUMATISME
« Ici et maintenant »

Réactions depuis ce qui est arrivé



2.1 L'IMPACT DU TRAUMA SUR LE CERVEAU (LA NEUROBIOLOGIE DU STRESS)

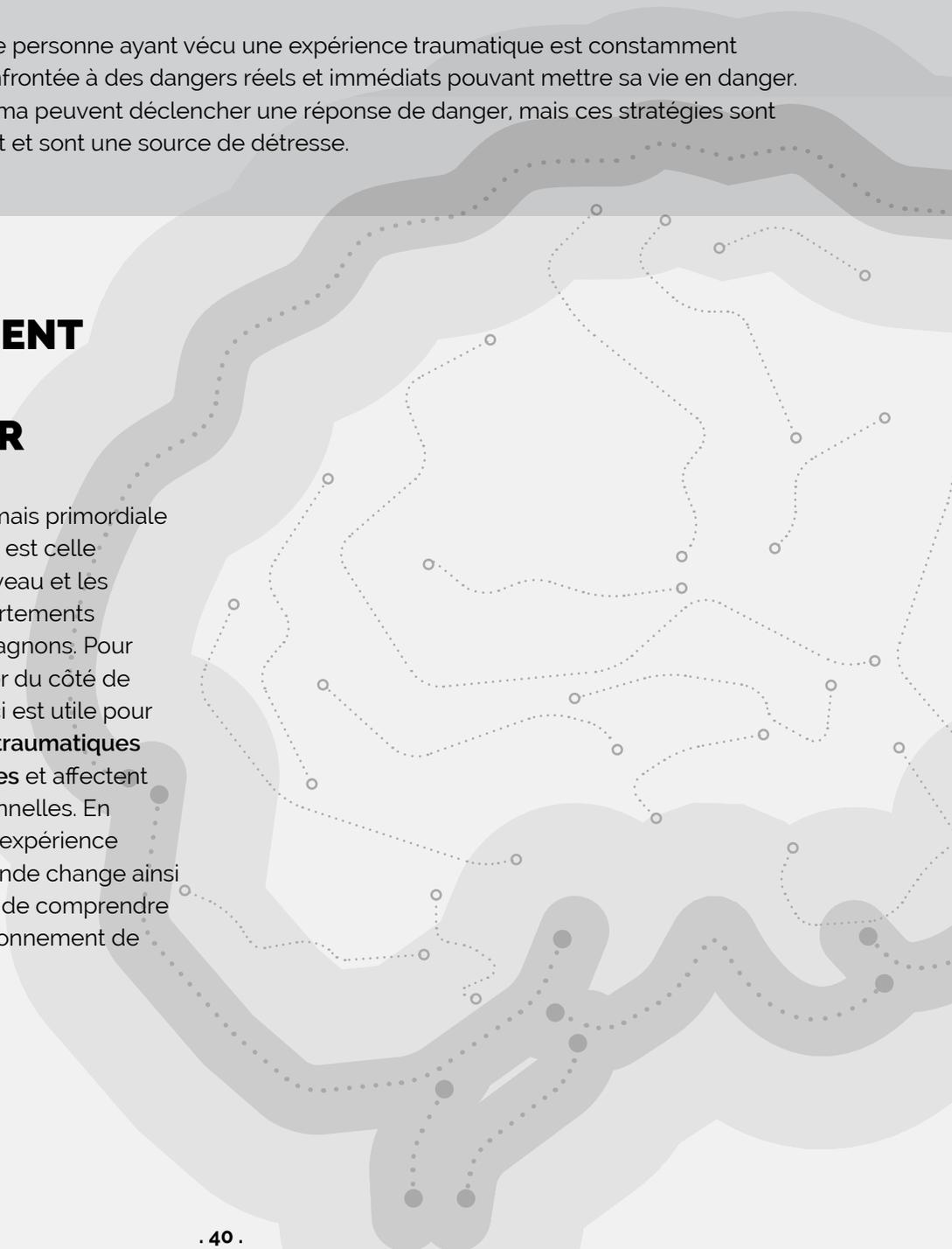
EN BREF

Lorsque l'être humain est confronté à une situation perçue comme une menace, il est programmé biologiquement pour se protéger face à ce danger. Le cerveau permet de mobiliser toutes ses ressources afin de déclencher une réaction, soit de lutte (fight), de fuite (flight) ou de gel (freeze), pour optimiser ses chances de survie.

Le système d'alarme interne d'une personne ayant vécu une expérience traumatique est constamment activé, même si elle n'est plus confrontée à des dangers réels et immédiats pouvant mettre sa vie en danger. Les éléments lui rappelant le trauma peuvent déclencher une réponse de danger, mais ces stratégies sont parfois inadaptées dans le présent et sont une source de détresse.

LE FONCTIONNEMENT DU CERVEAU FACE À UN DANGER

Une perspective parfois oubliée, mais primordiale lorsqu'il est question des traumatismes, est celle de leurs conséquences sur le cerveau et les effets subséquents sur les comportements des personnes que nous accompagnons. Pour mieux comprendre, il faut regarder du côté de la neurobiologie du stress. Celle-ci est utile pour savoir **comment les expériences traumatiques modifient les structures cérébrales** et affectent les réactions physiques et émotionnelles. En effet, lorsqu'une personne vit une expérience traumatique, sa perception du monde change ainsi que ses comportements. Tentons de comprendre pourquoi en démystifiant le fonctionnement de certaines structures du cerveau.



Notre cerveau est en contact avec notre environnement au moyen de nos cinq sens (vue, ouïe, toucher, olfaction, goût). Ainsi, notre système sensoriel représente la porte d'entrée de tous les stimuli extérieurs qui nous entourent. Au quotidien, lorsque nous vivons une expérience, l'information qui parvient au cerveau est d'abord filtrée par notre thalamus. On pourrait comparer le thalamus à un centre de triage. **Si celui-ci ne détecte aucun signal de danger, l'information sera transférée à notre lobe frontal.** Ce dernier, en tant que chef d'orchestre du cerveau, contrôle nos comportements les plus complexes tels que la prise de décision, la planification, le raisonnement, la mémoire, le langage, etc. De cette façon, nous pouvons dire que notre cerveau va choisir **la voie d'apprentissage lente** pour le traitement et la consolidation

de l'information, puisqu'il n'y a pas de menace immédiate. De plus, l'information traitée par le lobe frontal sera aussi enregistrée et classée dans notre disque dur interne, soit l'hippocampe. Ainsi, si nous revivons une expérience similaire, notre cerveau pourra facilement se rappeler qu'il n'y avait pas de danger et nous en informera [49], [50].

Au contraire, lorsque le thalamus détecte un danger, notre cerveau va réagir différemment. Il va plutôt emprunter **la voie rapide pour traiter l'information**, en passant d'un mode apprentissage (learning brain) en mode survie (survival brain) [51]. Notre système limbique sera alors davantage sollicité que notre lobe préfrontal. Mais comment le cerveau va-t-il modifier son comportement pour nous permettre de réagir plus rapidement ?

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le système limbique regroupe un « ensemble de structures cérébrales situées dans la région médiane et profonde du cerveau, jouant un rôle majeur dans la mémoire et les émotions, de même que dans l'élaboration des comportements. [52] »

Pour mieux comprendre l'impact du trauma sur le cerveau, trois structures du système limbique jouent un rôle crucial dans le traitement et la consolidation des informations [49], [50] :

Thalamus :
centre de triage de l'information dans notre cerveau. Il permet de filtrer les informations et les trier selon qu'une expérience est agréable ou dangereuse.

Hippocampe :
disque dur interne qui enregistre l'information. En tant que centre de la mémoire, l'hippocampe stocke et classe nos expériences, émotions et réactions passées.

Amygdale :
détecteur de fumée du cerveau. Si un danger est perçu, l'amygdale sonnera l'alarme, via la libération d'hormones de stress (cortisol et adrénaline), pour que le corps se mette en état d'alerte.



LA NEUROBIOLOGIE DU STRESS

STIMULI



1
Un stimuli de l'environnement est perçu par le système sensoriel et parvient au cerveau. Par exemple, nous apercevons une arme ou sentons une odeur de fumée.

2

Cette information est d'abord filtrée par notre thalamus qui fonctionne comme le triage aux urgences. S'il détecte la présence d'une menace qui peut mettre notre vie en danger, le thalamus s'active.

3

Le thalamus va alors bloquer la route vers le lobe frontal pour éviter la voie lente.

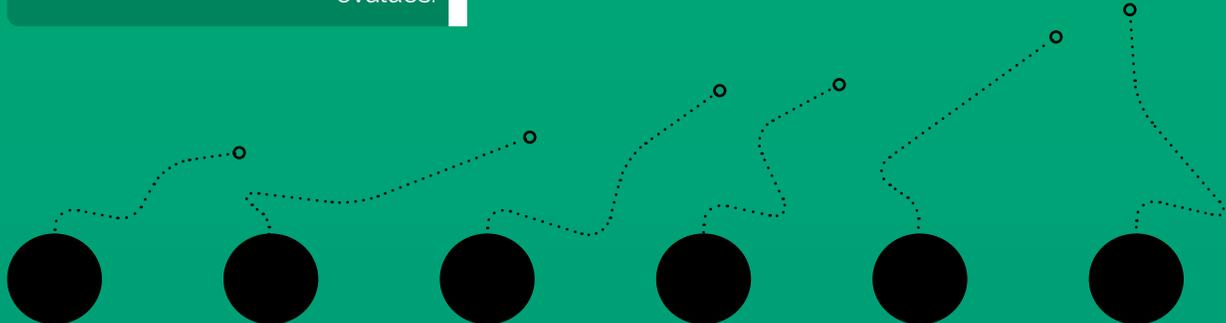
4

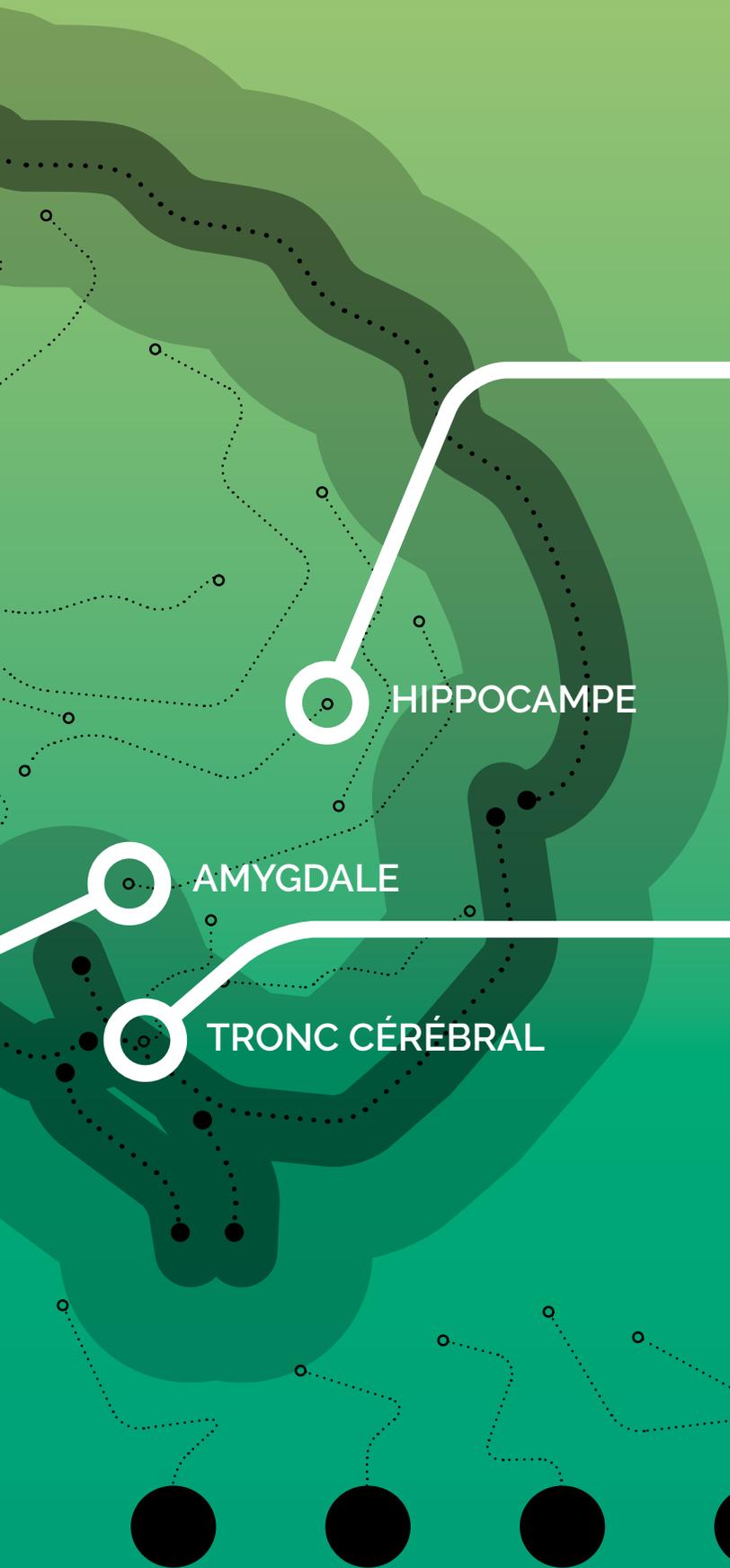
L'information sera plutôt dirigée vers l'amygdale, notre système d'alarme, afin qu'elle soit traitée plus rapidement. Les informations reçues et le danger qu'elles représentent sont évalués.

1

THALAMUS

LOBE FRONTAL





L'hippocampe sera aussi sollicité pour savoir si ce danger est connu et comment y réagir. Il enregistre aussi de façon permanente le danger possible, ainsi que les caractéristiques précises de la situation. Dans la voie rapide de traitement de l'information, l'hippocampe n'a pas le temps de bien classer l'information reçue. Cela peut faire en sorte qu'on peut avoir de la difficulté à se rappeler des souvenirs.

5

Par la suite, les informations nécessaires sur le niveau de danger ainsi que les réactions de survie seront envoyées **au tronc cérébral, soit notre centre de commande**. Celui-ci déclenchera alors une réaction pour permettre au corps de se mobiliser rapidement pour faire face au danger. Il réagit par réflexe et non de manière réfléchie.

6



LES RÉACTIONS FACE AU STRESS : COMBATTRE, FUIR OU FIGER

LORSQUE NOTRE SYSTÈME D'ALARME SE DÉCLENCHE

Nous venons de voir que lorsque le cerveau détecte une menace dans l'environnement, celui-ci déclenche une réaction automatique pour permettre au corps de se mettre à l'action pour se protéger du danger. Pour ce faire, **le cerveau sécrète des hormones de stress qui permettent à l'individu de répondre de façon instinctive et rapide** [50]. Cette réaction n'est donc pas le résultat d'un choix réfléchi et conscient, c'est plutôt une stratégie biologique de survie. Ainsi, le cerveau et le corps agissent ensemble pour nous garder en vie face à un danger. Toute leur énergie et leurs ressources

sont alors mobilisées pour affronter les menaces. Tout ce qui n'est pas utile dans l'immédiat est alors mis sur pause par le cerveau.

Lorsque l'alarme se déclenche, la réponse au danger est activée dans le corps. Trois types de réactions peuvent alors se produire : combattre (fight), fuir (flight) ou figer sur place (freeze). Il est important de savoir que nous ne choisissons pas consciemment quel type de réaction nous aurons face à une menace et qu'elles représentent toutes des réponses normales à un stresser [49], [51].

LORSQUE LE SYSTÈME D'ALARME SONNE CONSTAMMENT

Ces trois réactions à un événement stressant sont normales et adaptatives, c'est-à-dire qu'elles nous aident à survivre. Toutefois, **si notre réponse au danger est constamment activée, nos stratégies de protection peuvent devenir inadaptées**. Notre corps n'est pas en mesure de résister de façon chronique à cet état constant d'alerte et de vigilance. En d'autres mots, si notre détecteur de fumée sonne constamment, alors qu'il n'y a pas de danger réel dans notre environnement immédiat, cela aura des conséquences importantes sur notre santé physique et notre bien-être. Les hormones de stress qui nous permettent de réagir rapidement à un danger sont utiles sur le moment, mais peuvent aussi nous nuire à long terme si elles sont sécrétées de manière continue.

Le système d'alarme d'une personne qui a vécu un trauma peut être constamment activé. Ainsi, bien que la personne soit consciente que le danger n'est plus présent, **elle sera tout de même en mode vigilance**. Ainsi, les réactions adaptatives qui lui ont été utiles pour faire face au trauma dans le passé seront également activées dans le moment présent. Dans certains contextes pouvant lui rappeler l'événement traumatique, **la personne manifestera, de manière automatique, des comportements de**

lutte, de fuite ou de gel. Étant donné que cette réponse au danger est automatique, la personne a peu de contrôle sur ses réactions et cela peut devenir très épuisant pour elle ainsi qu'une source de détresse [49], [51], [53].

À RETENIR

Le système interne d'une personne ayant vécu un trauma est déséquilibré, c'est-à-dire qu'il est soumis à une peur permanente qui peut s'exprimer de plusieurs façons au quotidien. Par exemple, ce poids peut mener la personne à éviter tout ce qui lui rappelle l'événement traumatique ou peut avoir un impact sur son humeur ainsi que sur le développement de pensées plus négatives face à elle-même, aux autres et au monde. Certaines expériences ou moments de plaisir peuvent réduire la peur, mais seulement de manière temporaire.





LES RÉACTIONS POTENTIELLES FACE AU STRESS

COMBATTRE

- Irritabilité, colère
- Interactions conflictuelles
- Imagination ou planification des scénarios

FUIRE

- Repli sur soi
- Isolement
- Évitement
- Utilisation abusive de la télévision ou des réseaux sociaux
- Consommation alcool/drogue

FIGER

- Inaction
- Impuissance
- Déconnexion de soi et de l'environnement
- Sentiment d'être détaché.e de la réalité
- Incapacité de réagir, de prendre des décisions

L'HISTOIRE DE THÉRÈSE

En septembre 1994, un jour de pluie, une bombe incendiaire frappe le village de Thérèse. La maison familiale où elle a toujours vécu s'enflamme. Âgée d'à peine douze ans, Thérèse retire à ce moment précis des vêtements de la corde à linge. Elle entend le bruit et est projetée à terre par la déflagration. Elle conserve très peu de souvenirs de ce qu'il s'est passé, se rappelant seulement s'être retrouvée accroupie avec ses bras protégeant sa tête. Autour de Thérèse, d'autres maisons sont en feu et elle entend des cris au loin. Lorsqu'elle a été touchée par le bombardement, Thérèse a perçu une menace et a réagi de manière instinctive en se protégeant (circuit sensoriel – thalamus – amygdale). Ayant déjà vécu des bombardements, elle connaissait déjà l'intensité du danger (amygdale – hippocampe – amygdale). En mode survie, Thérèse a agi sans réellement avoir conscience de ce qu'elle faisait (blocage du système préfrontal). Elle se rappelle seulement s'être recroquevillée et avoir protégé sa tête. Son organisme a figé, une

des trois réactions instinctives face à la peur (circuit amygdale – tronc cérébral).

Thérèse est aujourd'hui réfugiée, réinstallée au Québec depuis huit mois et résidente permanente du Canada. La journée où Inès, son intervenante, est censée la rencontrer, il pleut. Lorsqu'Inès se rend compte que Thérèse ne se présentera pas au rendez-vous, elle la contacte par téléphone. C'est sa fille Espérance qui répond et lui explique que lors de certains jours pluvieux, sa mère se cache et refuse de sortir. Ces journées agissent comme un rappel du contexte de l'événement traumatique et lui font revivre de fortes émotions associées, telles que la peur. Une peur envahissante et réactivée malgré elle, entraînant le besoin de se réfugier, même si le risque de bombardement lui paraît peu probable aujourd'hui. Dès lors, sortir de chez elle ou retirer des vêtements sur une corde à linge peut venir s'ajouter à la liste d'éléments qui lui rappellent l'événement traumatique vécu (hippocampe, mise en mémoire et généralisation des stimuli).





2.2 LES RÉACTIONS ET LES SYMPTÔMES EN LIEN AVEC DES TRAUMATISMES

EN BREF

Une personne ayant vécu un traumatisme peut voir plusieurs sphères de sa vie affectées (émotionnelle, cognitive, physique, comportementale, relationnelle, neurobiologique et spirituelle) de différentes façons. Le fait de comprendre l'ensemble des manifestations possibles liées aux traumatismes peut améliorer l'intervention en nous aidant à comprendre autrement certains comportements.

Bien qu'elles puissent être sources de détresse, les réactions ou manifestations ne sont pas synonymes de trouble de santé mentale. En cas de doute, il est important de référer la personne à un.e professionnel.le qui pourra poser un diagnostic et recommander un traitement, au besoin.

LE TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

Bien que l'objectif de ce guide ne soit pas d'aborder l'évaluation diagnostique des troubles de santé mentale ni leur traitement, nous croyons important d'être tout de même sensibilisé à ce qu'est le TSPT. Cette compréhension peut nous aiguiller dans l'intervention auprès des personnes réfugiées, en nous aidant à comprendre autrement certaines réactions, et peut aussi nous permettre de mieux les référer à des ressources spécialisées en cas de besoin.

Les personnes qui vivent des traumatismes ne réagissent pas toutes de la même façon. Il est donc important de comprendre les réactions possibles à un événement traumatique sur un continuum allant des réactions dites normales lorsqu'on vit un stress important jusqu'au développement d'un trouble de stress post-traumatique. Certaines personnes développeront également d'autres manifestations de détresse traumatique (symptômes dépressifs, anxiété, troubles somatiques, etc.). Ainsi, le fait de vivre un traumatisme ne signifie pas qu'on va développer un TSPT. Plusieurs réactions ou symptômes vont se résorber avec le passage du temps et la personne va graduellement retrouver son équilibre. Cependant, certaines personnes développeront des réactions traumatiques qui vont au-delà

des réactions normales de stress. Ces réactions traumatiques seront associées à une détresse importante, qui peuvent se cristalliser avec le temps en plus d'avoir un impact significatif sur le fonctionnement au quotidien de la personne. Dans ces cas, la référence à une ressource spécialisée en santé mentale est nécessaire [24].

À RETENIR

Le terme « post-traumatique » signifie que la personne ne se trouve plus dans une situation de danger imminent. Dans le cadre des soins en santé mentale, le fait d'être hors de la situation de menace est indispensable à toute intervention axée sur le trauma. Cependant, dans le contexte des personnes réfugiées, il peut être commun que des éléments du trauma perdurent même après la migration et se répètent dans le pays d'accueil (p. ex. : violence conjugale, conflit interethnique).



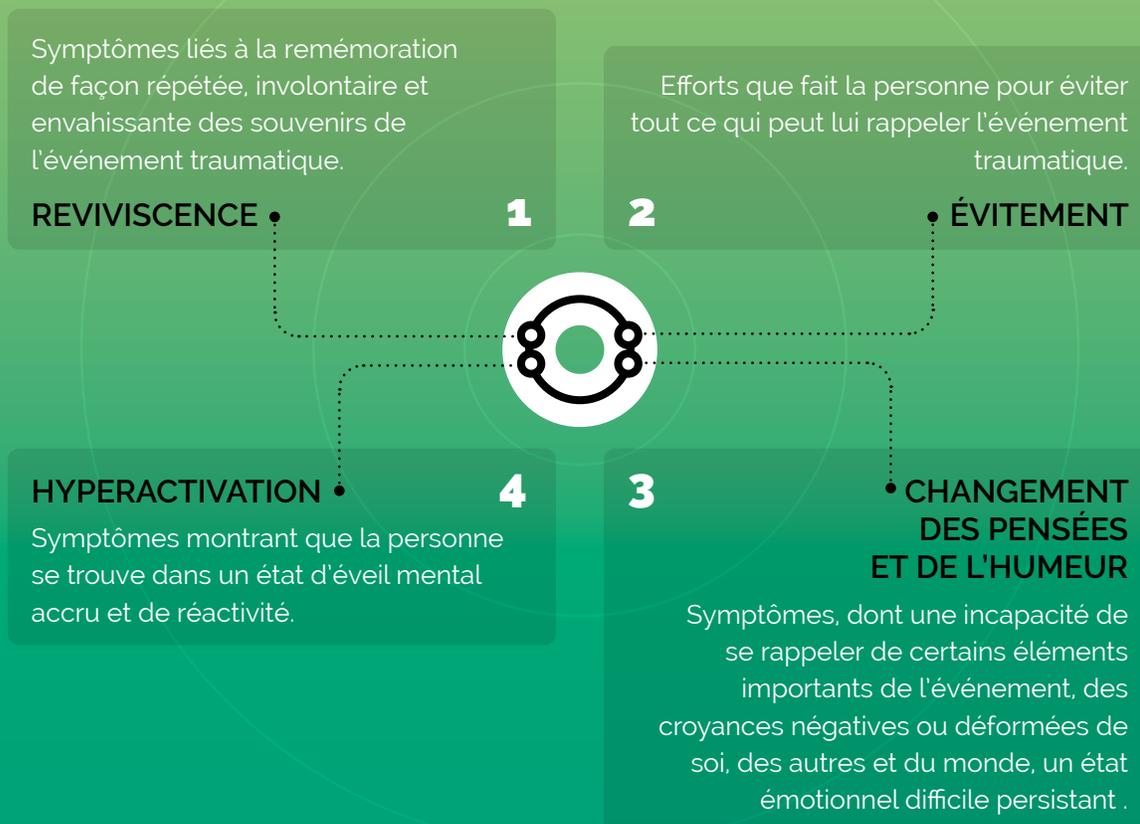
L'EXPOSITION DIRECTE OU INDIRECTE À UN ÉVÉNEMENT TRAUMATIQUE

Le TSPT se développe suite à une exposition à un ou à des événements traumatiques. Selon le DSM-5 [10], un événement traumatique est compris comme toute situation durant laquelle la personne a été exposée à la mort effective ou à une menace de mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles d'une (ou plusieurs) des façons suivantes :

- Vivre directement l'événement traumatique
- Être témoin, en personne, de l'événement vécu par d'autres
- Apprendre que l'événement traumatique a été vécu par un membre de la famille proche ou un ami proche
 - En cas de décès ou de danger de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel
- Vivre une exposition répétée ou extrême aux détails pénibles de l'événement traumatique (p. ex. : les intervenant.e.s de première ligne rassemblant des restes humains ou les policiers exposés à plusieurs reprises à des faits explicites d'abus sexuels d'enfants)
 - Cela ne s'applique pas à l'exposition par le biais de médias électroniques, télévision, films ou photos, à moins que cette exposition survienne dans le contexte d'une activité professionnelle

LES QUATRE PRINCIPAUX TYPES DE SYMPTÔMES D'UN TSPT

Sans entrer dans le détail des critères diagnostiques et de leurs spécificités, les symptômes d'un TSPT peuvent être regroupés en quatre grandes catégories [10].



LES QUATRES GRANDES CATÉGORIES DU TSPT QUELQUES EXEMPLES...

Reviviscence

Cela peut prendre la forme de :

- souvenirs pénibles
- cauchemars
- réactions dissociatives (*flashbacks* – scènes rétrospectives)

qui peuvent être déclenchés par des éléments rappelant l'événement (images, sons, odeurs, sensations physiques, etc.)

Évitement

La personne peut vouloir éviter les :

- émotions
- souvenirs
- pensées difficiles liées à l'événement
- éléments externes qui pourraient lui rappeler l'événement (personnes, lieux, activités, objets, etc.)

Changements

Des pensées et de l'humeur :

- croyances négatives ou déformées (p. ex. : le monde entier est dangereux, on ne peut faire confiance à personne)
- émotions difficiles (p. ex. : peur, colère, culpabilité, honte, etc.)

Hyperactivation

Peut se présenter sous diverse formes :

- hypervigilance
- irritabilité
- excès de colère (avec peu ou pas de provocation)
- problèmes de concentration
- perturbation du sommeil
- réaction de sursaut exagérée
- comportements irréfléchis ou autodestructeurs

À RETENIR

Malgré l'intention de la 5e édition du DSM de faire preuve d'une plus grande sensibilité culturelle et contextuelle, les critères diagnostiques des troubles de santé mentale ont été élaborés principalement dans un contexte occidental, de sorte qu'ils ne sont pas universels [46], [47]. En tenant compte de cela, nous pouvons faire preuve de sensibilité culturelle dans nos interventions en étant particulièrement à l'écoute des manières dont la personne exprime, décrit et comprend son expérience et sa détresse et en privilégiant des questions ouvertes.

LE SAVIEZ-VOUS ?

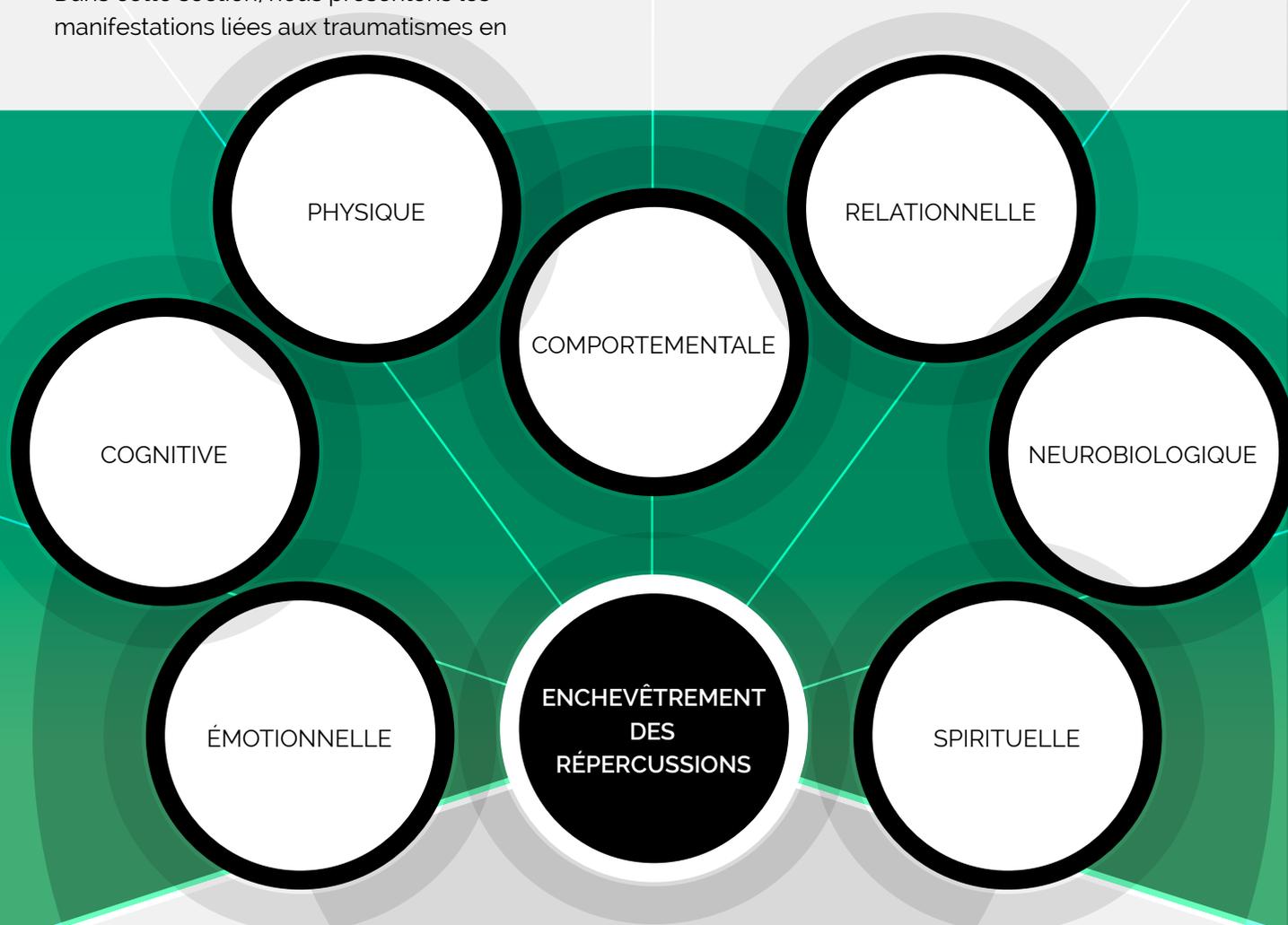
Les réactions indésirables à la suite de l'exposition à un événement traumatique peuvent apparaître tout de suite après celui-ci ou en différé [23]. Selon la littérature scientifique, il est estimé **qu'entre 0 à 15 % des personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatique vont avoir des réactions dites tardives**, c'est-à-dire qu'elles vont manifester des réactions traumatiques un an ou plus après l'exposition au trauma [11]. De plus, les réactions peuvent être autant de courte que de longue durée [23]. Selon les études, **entre 5 à 30 % des personnes ayant vécu un événement potentiellement traumatique auront des symptômes chroniques** [11].

LES SPHÈRES DE VIE AFFECTÉES PAR UNE EXPÉRIENCE TRAUMATIQUE

Au-delà des diagnostics de troubles de santé mentale, il est important, en tant qu'intervenant.e, de s'intéresser aux impacts du vécu traumatique sur le fonctionnement des personnes réfugiées que nous accompagnons puisque chaque personne vit les effets d'expériences traumatiques de façon très personnelle.

Dans cette section, nous présentons les manifestations liées aux traumatismes en

fonction des effets possible dans sept sphères, soit sur le plan émotionnel, cognitif, physique, comportemental, relationnel, neurobiologique et spirituel [23], [51]. Bien sûr, **ces sphères ne sont pas mutuellement exclusives**, c'est-à-dire que certaines réactions ou manifestations pourraient se retrouver dans plusieurs sphères. Toutefois, nous les avons individualisées pour faciliter leur présentation.



La compréhension des effets néfastes des traumatismes chez les personnes réfugiées au moyen de cette conceptualisation par sphère est utile pour **affiner notre lentille du trauma et comprendre ce qui se passe vraiment pour la personne**, au-delà d'une vision diagnostique de son état [51]. Cela permet de construire une

compréhension plus précise des réactions et symptômes et de développer des plans d'intervention personnalisés. Les sept sphères seront présentées, et des exemples tirés de l'expérience de la famille Kalunga seront utilisés pour illustrer les différentes manifestations possibles.

1. SPHÈRE ÉMOTIONNELLE

Lorsque la sphère émotionnelle est affectée, on peut constater que la personne ressent vivement les émotions (elle est envahie par la force des émotions) ou ne les ressent pas assez (engourdissement émotionnel ou se sentir détaché.e de ses émotions) depuis l'événement.

- Cela peut mener la personne à vivre plusieurs émotions telles que la colère, la peur, la tristesse, la culpabilité ou la honte. Éventuellement, le fait de vivre des émotions fortes peut être associé au traumatisme.
- Lorsque le trauma se produit à un jeune âge, cela peut avoir une incidence sur la régulation émotionnelle, c'est-à-dire la capacité à reconnaître les émotions, à les comprendre et à les exprimer de manière saine et adaptée.

Jean-Marie raconte le moment où il a vu son fils Jonathan mort, sans aucune émotion. Il dit : « Ça ne sert à rien d'être émotif. »

Léo devient facilement en colère : lorsqu'il ne réussit pas à lacer ses chaussures ou quand sa mère lui refuse quelque chose.



2. SPHÈRE COGNITIVE

Lorsqu'une personne vit un traumatisme, sa perception de soi, des autres et du monde qui l'entoure peut changer. Ainsi, ses croyances, ses pensées et son fonctionnement cognitif global peuvent être affectés au quotidien.

- Revivre l'événement traumatique comme s'il se passait de nouveau (*flashbacks*) et avoir des pensées intrusives.
- Avoir des difficultés de concentration.
- Interpréter à tort une situation comme dangereuse du fait de similarités à l'événement traumatique vécu.
- Entretenir certaines croyances envers soi en lien avec un sentiment de honte ou une culpabilité d'avoir survécu : « Ce qui est arrivé est de ma faute. »
- Idéaliser les actions de la personne responsable du trauma, si celui-ci était de nature interpersonnelle.

Thérèse a de la difficulté à se concentrer et rapporte avoir des pertes de mémoire.

Espérance fixe le vide par moment : elle devient silencieuse, n'écoute pas quand on lui parle et semble être déconnectée de ce qu'il se passe autour d'elle.



4. SPHÈRE COMPORTEMENTALE

Cette sphère réfère aux stratégies comportementales que les personnes utilisent (qui ne sont pas toujours adaptées) pour essayer de reprendre le contrôle de leur vie ou pour gérer l'intensité de leurs émotions et réduire leur souffrance.

- Comportement d'évitement.
- Consommation de substances.
- Comportements compulsifs (p. ex. : manger beaucoup).
- Comportements impulsifs (p. ex. : activités à haut risque).
- Comportements autodestructeurs et automutilation.

Jean-Marie a de la difficulté à s'endormir et à rester endormi.

Léo fait des cauchemars et urine au lit.

3. SPHÈRE PHYSIQUE

La majorité des personnes ayant vécu un traumatisme peuvent présenter des symptômes dits somatiques dans leur corps. Cependant, certaines personnes ne peuvent pas faire le lien entre leurs symptômes physiques et leur traumatisme.

- Des troubles du sommeil, gastro-intestinaux, cardiovasculaires, neurologiques, musculo-squelettiques, respiratoires, dermatologiques ou urologiques peuvent être rapportés.
- Puisque le système d'alarme de la personne est constamment activé pour se préparer à faire face au danger, cela peut épuiser le corps.

5. SPHÈRE RELATIONNELLE

Les personnes ayant vécu un traumatisme ont souvent vécu des abus et des ruptures de confiance. Elles peuvent donc avoir de la difficulté à faire confiance aux autres et à maintenir des relations. Cela peut se manifester de différentes façons.

- Tendance à s'isoler ou à se refermer sur soi-même.
- Sentiment de solitude et d'être différent.e des autres.
- Relations conflictuelles teintées par de l'irritabilité.

Thérèse réagit de manière explosive aux consignes qu'Inès, l'intervenante, lui donne et l'accuse de lui communiquer de mauvaises informations et de faire preuve de discrimination.

Espérance a de la difficulté à faire confiance aux autres : elle ne se fait pas d'amie.s à l'école.

- Il se peut qu'une évaluation détermine qu'aucune condition médicale n'explique les problèmes physiques rapportés.

Léo se gave de nourriture.

Jean-Marie consomme de l'alcool quotidiennement, jusqu'à s'endormir sur le canapé.

6. SPHÈRE NEUROBIOLOGIQUE

Comme nous l'avons vu un peu plus tôt dans ce chapitre, le fait de vivre un trauma peut altérer la structure du cerveau. Ces modifications ont des répercussions sur les réactions et le fonctionnement de la personne.

Jean-Marie est toujours en état d'alerte, surtout lorsqu'il se promène dans la rue avec Léo.

Espérance sursaute au moindre bruit. Elle dit ne jamais pouvoir se relâcher complètement.



7. SPHÈRE SPIRITUELLE

Le trauma est un événement qui peut faire perdre les repères d'une personne, déformer ses croyances personnelles et perturber sa vie spirituelle.

- Impression que la vie s'est figée depuis l'événement traumatique.
- Perturbation sur le plan identitaire et questionnement existentiel.
- Difficulté à donner un sens aux expériences traumatiques.
- Sentiment d'injustice ou, à l'inverse, un sentiment d'avoir mérité ce qui est arrivé comme une punition.

Jean-Marie a le sentiment d'être puni et de mériter ce qu'il lui arrive.

Espérance exprime un sentiment de honte et de manque d'estime de soi.



ÊTRE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES



Certaines réactions post-traumatiques peuvent se traduire par une difficulté à se concentrer et à demeurer attentif.ve. L'intervenant.e doit être conscient.e de cet enjeu afin de s'assurer que la personne a bien saisi et retenu les informations partagées (p. ex. : demander à la personne de répéter le plan convenu, d'écrire les informations pertinentes sur une feuille de papier à titre de rappel, etc.). L'intervenant.e doit également être sensible au fait que si ce n'est pas le cas, ce n'est pas nécessairement par un manque de volonté de la personne [25].

2.3 LES ADAPTATIONS POSITIVES FACE AUX TRAUMATISMES

EN BREF

La résilience permet à une personne de retrouver un équilibre à la suite de vécus d'adversité, et la croissance traumatique permet à la personne de ressortir transformée de cette expérience.

La résilience est influencée par des caractéristiques personnelles et par l'environnement dans lequel la personne se trouve. Il est donc important d'agir en premier lieu à ce niveau pour favoriser le rétablissement.

Pour clore ce chapitre, nous irons au-delà des manifestations indésirables qui résultent du vécu traumatique et aborderons l'adaptation positive aux traumatismes sous l'angle des concepts de la résilience et de la croissance post-traumatique.

Ces concepts sont compris comme des processus dynamiques dans le parcours de la personne et peuvent donc se présenter à n'importe quel stade de l'adaptation aux traumatismes.

LA RÉSILIENCE

La résilience est la capacité d'une personne à retrouver un équilibre après l'adversité [11]. On entend parfois qu'une personne résiliente est une personne qui arrive à rebondir après un défi, c'est-à-dire qu'elle arrive à mettre en action des stratégies pour tendre vers le bien-être. Malgré les expériences d'adversité vécues par les personnes réfugiées et la souffrance associée, plusieurs disposent de **ressources internes, familiales, sociales et communautaires qui leur permettent de maintenir ou de retrouver un fonctionnement physique et psychologique équilibré** alors qu'elles font face à des expériences difficiles [18].

Comme nous l'avons vu plus tôt, la grande majorité des personnes retrouve leur équilibre sans avoir besoin d'intervention spécifique. Cependant, dans un contexte difficile où l'environnement de la personne ne lui procure pas une certaine stabilité (p. ex. : stress d'adaptation dans une nouvelle société, pauvreté, exclusion sociale, discrimination), il devient alors plus ardu pour la personne de mobiliser ses ressources internes.

À RETENIR

La résilience ne dépend pas uniquement des ressources internes ou de la capacité innée de la personne à rebondir, mais est aussi grandement influencée par l'environnement dans lequel elle se trouve. Afin de favoriser le rétablissement post-traumatique, surtout dans les contextes où de multiples facteurs de stress sont présents, il s'avère primordial d'intervenir au niveau de l'environnement (p. ex. : soutien social, spirituel, communautaire et politique, ressources financières et matérielles) plutôt que d'intervenir au niveau individuel (p. ex. : croyances, stratégies d'adaptation personnelles) [11].





LA CROISSANCE POST-TRAUMATIQUE

Tout comme la résilience, le concept de croissance post-traumatique est important à prendre en considération dans l'intervention auprès des personnes réfugiées ayant vécu des expériences traumatiques. Un vécu traumatique peut bouleverser et ébranler l'univers de la personne ainsi que son système de croyances. Elle peut être amenée à porter un regard différent sur elle-même, sur les autres et sur la vie de manière générale. Cette expérience difficile peut aussi représenter une opportunité pour la personne de se redéfinir, de se réorganiser ou de revoir certains aspects de sa vie, tels que ses priorités et objectifs, ses relations aux autres, etc. Cependant, toutes les personnes ne ressentent pas le besoin de changer leur vie ni de chercher du sens à la suite de l'événement traumatique [53]. La croissance post-traumatique ne doit pas être conçue comme un objectif systématique du rétablissement. Aussi, qui dit croissance post-traumatique ne dit pas absence de détresse ou de symptômes post-traumatiques [54].

La croissance post-traumatique est le processus par lequel **la personne qui survit à un événement traumatique ressort transformée par son expérience**. Elle peut être aussi comprise comme une stratégie d'adaptation cognitive pour une personne qui vit des moments très difficiles. La croissance post-traumatique réfère donc aux changements positifs qui peuvent se produire dans la vie des personnes suivant l'adversité [55] :

- Une plus grande appréciation de la vie
- Une confiance dans ses capacités à faire face à l'adversité
- Une plus grande appréciation des relations humaines
- Un développement spirituel
- Un engagement social et communautaire

À RETENIR



Bien que plusieurs personnes fassent preuve de résilience face à l'adversité, d'autres auront besoin d'une aide spécialisée. Ainsi, la présence de réactions dissociatives, de risque suicidaire ou de symptômes dépressifs limitant le fonctionnement au quotidien de la personne peut attirer notre attention sur la nécessité de la référer à des professionnel.le.s en santé mentale (psychothérapeute, psychologue, médecin, psychiatre, etc.). Ne restez pas seule dans vos interventions [24].

UNE RENCONTRE INDIVIDUELLE ENTRE THÉRÈSE ET INÈS

Après avoir fait plusieurs rencontres avec toute la famille, Inès propose à Thérèse des rencontres individuelles afin de répondre davantage à ses besoins.

Lors des premières rencontres avec toute la famille, Thérèse intervient beaucoup, surtout pour parler des membres de sa famille. Lorsqu'Inès tente de l'interroger sur son état personnel, elle évite la question en évoquant l'état de son mari ou les difficultés de son fils à l'école. Lorsque l'intervenante lui demande ce dont elle aurait besoin, Thérèse mentionne principalement l'accès à des ressources et à des services. Thérèse souhaite toutefois faire les démarches de manière autonome pour améliorer les conditions de vie de sa famille et la situation de ses enfants à l'école.

Pour aborder les problèmes rencontrés par ces derniers, Inès propose à Thérèse des rencontres individuelles hebdomadaires. La mère de famille accepte. Toutefois, celle-ci arrive systématiquement en retard aux rencontres. Bien qu'Inès lui ait proposé une autre plage horaire, elle décline sa proposition en lui disant qu'elle fera davantage attention à l'avenir, mais la situation ne change pas. Par ailleurs, Thérèse se montre irritable lors de ces rencontres. Elle hausse le ton, coupe la parole ou encore contredit sèchement Inès lorsqu'elle lui propose des interventions pour ses enfants (p. ex. : tutorat, activités parascolaires).



DÉFIS DE L'INTERVENTION

- Comprendre les retards à répétition de Thérèse aux rencontres avec l'intervenante.
- Amener Thérèse à s'ouvrir sur son rôle de mère et sur les changements qu'elle vit depuis son arrivée au Québec.
- Aider Thérèse à s'ouvrir sur ses propres difficultés.
- Identifier les différentes sources de stress de Thérèse.
- Favoriser une alliance dans l'intervention, qui permet la co-construction, en définissant les rôles de chacun.e.

PISTES POUR FAVORISER LA RÉSILIENCE

- Reconnaître combien Thérèse travaille fort pour le bien-être de sa famille : « Je vois à quel point c'est important pour vous que vos enfants s'intègrent bien. Je sens que vous en faites beaucoup pour votre famille. »
- Aider Thérèse à trouver des activités qui peuvent être une source de détente, de plaisir ou un moyen d'expression pour favoriser son sentiment de bien-être.
- Trouver un réseau de soutien, tel qu'un groupe de femmes, ou encourager Thérèse à s'impliquer dans des activités de son quartier.
- Aborder avec Thérèse la possibilité d'un suivi en psychothérapie afin d'aborder des difficultés plus personnelles dans un cadre propice pour les accueillir.



UNE PREMIÈRE RENCONTRE ENTRE ESPÉRANCE ET SONIA, INTERVENANTE EN MILIEU SCOLAIRE



Sur référence d'Inès, Sonia, intervenante en milieu scolaire, fait une première rencontre avec Espérance pour un suivi concernant des manifestations de traumatisme. En effet, Inès a compris qu'Espérance aurait peut-être subi de la violence sexuelle avant de venir au Canada. Consciente de la sensibilité de ce sujet, qui devrait être abordé avec délicatesse, Sonia se concentre d'abord à établir une relation de confiance avec l'adolescente.

En rencontre, Espérance est très polie, elle répond très bien, voire trop bien, aux questions et relances de Sonia. Cette dernière ressent une forme de détachement et d'évitement chez la jeune fille, un sentiment d'autant plus présent quand il s'agit d'aborder l'école. Espérance adopte alors un ton neutre et sans émotion apparente. Elle explique qu'elle s'y sent bien et qu'elle y apprend des choses intéressantes. Sonia la sent très attachée aux cours d'art dramatique dans lesquels elle semble exceller, d'après les commentaires de son enseignante.

Néanmoins, Sonia prend connaissance de comportements de retrait social et de détachement. L'intervenante en milieu scolaire essaie de maintenir le questionnement afin de soutenir sa compréhension de ce qu'Espérance a traversé et qui peut se répercuter aujourd'hui, notamment dans ses comportements et relations. Lorsqu'Espérance se focalise sur les obstacles qu'elle peut rencontrer, ses réponses sont brèves et elle fuit Sonia du regard. Elle lui donne l'impression de ne pas vraiment être concernée par ses interventions. À quelques reprises, Sonia la trouve même absente ou déconnectée. Espérance joue de manière répétitive avec les manches de son gilet et regarde dans le vide.

Au fur et à mesure des rencontres hebdomadaires, Espérance se montre plus à l'aise, elle semble s'ouvrir davantage. Elle mentionne qu'elle a parfois du mal à rester concentrée à l'école. Dans ses mots, elle explique qu'elle se sent parfois en dehors d'elle et que cela se produit généralement lorsqu'elle doit écouter son enseignante ou répondre à l'une de ses questions.

DÉFIS DE L'INTERVENTION

- Reconnaître et intervenir dans un contexte où Espérance paraît absente.
- Soutenir et favoriser le dialogue avec Espérance en normalisant l'existence de ses moments d'absence.
- Identifier les forces, les talents et les sources de plaisir d'Espérance.

PISTES POUR FAVORISER LA RÉSILIENCE

- Donner à Espérance des occasions de développer sa passion pour l'art dramatique.
- Valider ce qu'Espérance vit et l'aider à trouver des mots pour exprimer ce qu'elle ressent dans ses moments d'absence : « Comment tu te sens à ce moment-là ? », « Est-ce qu'il y a une image, un mot qui te vient en tête pour te décrire dans ce moment-là ? »
- Aborder les comportements de retrait social d'Espérance sans jugement et avec compassion : « C'est une stratégie de survie qui nous permet de nous protéger, mais qui a la fâcheuse manie de perdurer, ce qui peut nous couper des autres, sans qu'il y ait de danger réel. »
- Assurer un suivi en santé mentale ou référer Espérance vers des soins spécialisés en santé mentale au besoin.

POUR ALLER PLUS LOIN



L'impact du stress traumatique sur le cerveau est un concept complexe. Si vous souhaitez en apprendre davantage, voici quelques ressources :

Ressources en ligne

- Vidéo 1 : <https://bit.ly/IFS-video1>
Vidéo 2 : <https://bit.ly/IFS-video2>
Vidéo 3 : <https://bit.ly/IFS-video3>
Série de trois vidéos animées développée par le Centre IFS en France qui illustre l'impact du stress sur le cerveau. Elles sont basées sur l'approche de Bessel van der Kolk
- <https://bit.ly/info-trauma>
Site web conçu en collaboration entre l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et l'université McGill, offre des études de cas d'intervention auprès de personnes ayant vécu différents événements traumatiques, ainsi que des outils de formation pour les professionnels.

Livres

- *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique* de Pascale Brillon (2017)
- *Le Corps n'oublie rien : le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme* de Bessel van der Kolk (2018)

Pour en apprendre davantage sur le trauma et la résilience chez les enfants

- Guide du CAMH *Favoriser la résilience chez les enfants et les jeunes* :
<https://bit.ly/favoriser-resilience>
- Site web du National Childhood Traumatic Stress Network (en anglais) : <https://www.nctsn.org/>

MOT DE LA FIN

Dans ce second chapitre, nous avons vu que le fait de vivre un événement traumatique peut avoir des répercussions importantes sur le fonctionnement du cerveau, dont celle d'activer le mode survie. Lorsque notre système d'alarme interne est toujours activé, même en l'absence de danger immédiat et réel, nous sommes en état d'alerte et cela devient rapidement très épuisant pour le corps. Nous avons également identifié certains signes de détresse pour vous aider à affiner vos antennes pour mieux détecter certaines réactions post-traumatiques. Ces réactions sont personnelles à chaque individu; elles peuvent affecter différentes sphères de

vie, apparaître tardivement après l'événement traumatique ou perdurer ou non dans le temps. Finalement, nous avons abordé les adaptations positives à la suite d'un vécu traumatique, soit le phénomène de résilience et de croissance post-traumatique, qui permettent à la personne de rebondir et de ressortir transformée de son expérience traumatique. Le troisième chapitre plongera dans l'intervention en abordant les fondements au cœur de l'approche sensible aux traumatismes afin de savoir comment l'intégrer à votre pratique.

CHAPITRE 3

INTERVENIR AUPRÈS DES PERSONNES RÉFUGIÉES : L'APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES

◀ Il faut vraiment écouter. Et pour écouter, il faut commencer par se taire. [...] Ça prend du temps avec les personnes les plus traumatisées. Parfois un peu difficilement. Dès qu'elles se mettent en confiance, ça sort. Elles ont beaucoup de choses à dire. ▶▶

Psychologue

Ce troisième chapitre du guide présente l'approche sensible aux traumatismes. Cette approche reconnaît l'impact des parcours migratoires et des expériences potentiellement traumatiques sur le bien-être et la santé mentale des personnes réfugiées, tout en considérant leurs capacités de résilience. Dans cette optique, cette approche favorise la reprise de pouvoir des personnes ayant vécu des expériences traumatiques, sans toutefois focaliser l'intervention sur les traumas passés.

L'approche sensible aux traumatismes est née du constat qu'un très grand nombre de personnes qui demandent de l'aide auprès de services en relation d'aide (p. ex. : toxicomanie, violence conjugale, santé mentale, etc.), ont vécu des expériences traumatiques [23], [25], même si ces expériences ne sont pas leur motif de consultation.

Cette approche a été développée grâce à un rapport établi entre événements traumatiques et risque important de dépendance, de dépression, de suicide et de maladies physiques [56]. Le cœur de l'approche sensible aux traumatismes est donc de reconnaître que le trauma est un des facteurs contribuant à l'état de la personne, même si celui-ci n'était pas la raison primaire de la consultation ou de l'intervention [23]. Ainsi, considérer comment un potentiel vécu traumatique peut affecter une personne est primordial pour intervenir avec empathie (tel que présenté dans le chapitre 2).

Bien que non validée scientifiquement pour

le moment à cause d'un manque de données probantes, cette approche a démontré son potentiel à diminuer les symptômes du TSPT, en particulier chez les jeunes réfugié.e.s [57], [58]. De même, la Société internationale pour la pédiatrie sociale et santé des enfants (ISSOP) considère cette approche comme la pratique à adopter pour soutenir les enfants réfugiés [59].

L'approche sensible aux traumatismes a donc été développée pour répondre aux besoins de personnes ayant vécu des expériences traumatiques, dans des cadres qui ne nécessitent pas un dévoilement préalable à l'intervention.

Cette approche est une posture ou une philosophie d'intervention qui permet d'établir un cadre sécuritaire pour favoriser le bien-être des personnes accompagnées. L'approche d'intervention sensible aux traumatismes est à différencier des psychothérapies axées sur le trauma [23].

LE SAVIEZ-VOUS ?

Les psychothérapies axées sur le trauma (*trauma-focused therapy*) visent à traiter le TSPT. Elles ont pour but de diminuer la charge émotionnelle des souvenirs envahissants et les rappels de l'événement traumatique afin de réduire la détresse psychologique et améliorer le fonctionnement de la personne [60]. Ces thérapies sont offertes par des psychothérapeutes spécialisé.e.s. On pense notamment aux thérapies cognitivo-comportementales, aux thérapies narratives ou intégratives axées sur le trauma. Bien que les thérapies axées 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 [61].

L'approche sensible aux traumatismes n'est pas une technique d'intervention spécifique ou un type de psychothérapie. Elle ne vise donc pas le traitement des traumatismes. Les intervenant.e.s de divers milieux peuvent adopter cette approche, dont le point de départ est la connaissance et une sensibilité à l'impact multiple que peut avoir un vécu traumatique sur la vie de la personne et aux potentielles réactions subséquentes. Puisque l'approche est transversale, elle peut être adoptée par des intervenant.e.s à tout niveau de la pyramide des interventions en santé mentale (voir introduction).



ÊTRE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES



Être sensible aux traumatismes, c'est exercer une vigilance à l'égard des réactions manifestées dans le « ici et maintenant » et non aux événements traumatiques comme tels.

Les personnes réfugiées ont souvent eu des parcours marqués par l'adversité et les expériences traumatiques, dont l'intervenant.e n'a pas toujours conscience. Les exigences des démarches d'installation dans le pays d'accueil ainsi que les écarts de pouvoir entre les personnes réfugiées accompagnées et prestataires de services peuvent recréer des dynamiques qui s'apparentent aux événements traumatiques antérieurs, des événements durant lesquels la personne a pu vivre une perte de pouvoir et de contrôle.

Les intervenant.e.s auprès des personnes réfugiées peuvent noter différentes réactions chez celles-ci (hypervigilance, irritabilité, manque de confiance) en

relation avec les événements vécus dans le pays d'origine qui peuvent se répéter sous différentes formes dans le pays d'accueil. Reconnaître que ces comportements sont de potentielles réactions face à une menace dont les effets se maintiennent et se réactualisent (p. ex. : réaction de lutte, de fuite ou de paralysie) met en lumière le besoin d'offrir un accueil sécuritaire et d'instaurer un environnement sensible aux traumatismes pour redonner pouvoir et contrôle à la personne réfugiée accompagnée.

La prochaine section permettra de mieux comprendre l'importance de ces notions ainsi que les façons possibles de les intégrer à sa pratique d'intervention auprès des personnes réfugiées.

INTERVENIR AVEC UNE APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES



Si l'arrivée dans le pays d'accueil est vécue comme un soulagement notamment pour les parents, la première année d'installation s'accompagne de défis et de réactions propres à chacun.e. Pour Thérèse, le fait de rencontrer une nouvelle intervenante peut être accompagné d'insécurité et de méfiance; les difficultés auxquelles Jean-Marie fait face dans sa recherche d'emploi peuvent être source de lassitude et de difficultés de sommeil; pour Espérance, certains contextes d'apprentissage à l'école peuvent amener des difficultés de concentration et des moments d'absence; quant à Léo, une sensation de faim peut s'accompagner de montées de colère. Certains facteurs du parcours prémigratoire

et périmigratoire peuvent faire écho à ces événements stressants dans le pays d'accueil et se réactualiser. Ces éléments peuvent être des moments du passé marqués par la peur pour sa vie au contact de la violence, de la persécution, du deuil, de l'impossibilité d'agir ou de répondre à ses besoins premiers du fait du manque de tout.

Ayant été informé.e.s des événements vécus tout au long du parcours migratoire familial, les intervenant.e.s commencent à se rendre compte que ces comportements peuvent avoir des liens avec le passé de la famille, d'où l'importance d'intervenir avec une approche sensible aux traumatismes.

3.1 LES QUATRE PRINCIPES DE L'APPROCHE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES

EN BREF

L'approche sensible aux traumatismes reconnaît l'impact des parcours migratoires et des expériences potentiellement traumatiques sur la santé mentale des personnes réfugiées et ce, sans focaliser l'intervention sur les traumas passés. La reprise du contrôle et la réappropriation du pouvoir d'agir par les personnes ayant vécu des expériences traumatiques est au cœur de l'approche.

PRINCIPE 1

La reconnaissance des traumatismes en considérant les événements traumatiques et leurs potentiels impacts et réactions

PRINCIPE 2

L'établissement d'un sentiment de sécurité et de confiance

PRINCIPE 3

L'importance d'une relation égalitaire et de collaboration

PRINCIPE 4

Le développement des forces et la valorisation des habiletés d'adaptation et de résilience



PRINCIPE 1 : LA RECONNAISSANCE DES TRAUMATISMES EN CONSIDÉRANT LES ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES ET LES POTENTIELS IMPACTS ET RÉACTIONS

Les événements potentiellement traumatiques sont communs dans l'existence humaine et dans le parcours des personnes réfugiées. Ils ont des incidences dans toutes les sphères de la vie. Le premier principe de l'approche affirme l'importance que les intervenant.e.s soient avant tout sensibilisé.e.s et développent les connaissances nécessaires pour comprendre la place et les effets du trauma dans la vie d'une personne ainsi que les liens possibles entre le vécu traumatique et les enjeux de santé physique et mentale [23], [25].

COMMENT INTÉGRER CE PRINCIPE À SA PRATIQUE D'INTERVENTION AUPRÈS DES PERSONNES RÉFUGIÉES ?

1. Considérer les contextes et potentiels événements traumatiques vécus par les personnes accompagnées.

- Sans nécessairement interroger les personnes à ce sujet, se familiariser avec les événements d'adversité que certain.e.s réfugié.e.s ont pu vivre dans leur pays d'origine ou pendant leur parcours migratoire : situations géopolitiques, conflits nationaux ou internationaux, guerres, violence, instabilité politique ou financière, dimensions ethniques ou religieuses des conflits, droits de la personne (liberté politique, situations des femmes, enfants, minorités religieuses et/ou ethniques, personnes LGBTQI+, etc.).

- En suivant l'actualité ou en s'informant sur le pays d'origine ou de transit, il est possible d'obtenir des informations qui aident à comprendre certains éléments du parcours migratoire de la personne. Il est important de se rappeler que chaque parcours est différent et que chaque vécu est unique, et qu'il est préférable de ne pas présumer du vécu de la personne accompagnées.
- Considérer comment la personne et sa famille vivent leur intégration au Québec (expériences avec les différents systèmes : éducation, travail, santé, etc.) et les obstacles rencontrés : (déqualification, séparations familiales, deuils, difficulté à trouver un logement, discrimination, racisme, etc.)

2. Se familiariser avec les réactions et les manifestations associées aux traumatismes afin de mieux les reconnaître dans nos interactions avec les personnes que nous accompagnons.

- Ces connaissances vous seront utiles pour « comprendre autrement ». Par exemple, au lieu d'interpréter ou de juger certains comportements comme problématiques, vous pourrez davantage les comprendre comme des stratégies développées par la personne pour s'adapter ou survivre à un vécu traumatique.

3. Apprendre à reconnaître certaines réactions possibles chez les personnes accompagnées.

- Les personnes ayant vécu des événements traumatiques peuvent développer de fortes réactions quand elles sont en contact avec des rappels de l'événement ou lorsqu'elles sont amenées à en parler. Ces réactions se situent dans une gamme variée d'émotions (p. ex. : colère, peur, tristesse), de réactions au stress et à l'anxiété (p. ex. : sudation, accélération du débit de parole) ou à l'inverse par une neutralité dans l'affect et le comportement.

Que ce soit en rencontre avec un.e intervenant.e ou dans la vie quotidienne, de nombreux éléments peuvent agir à titre de rappel de l'événement traumatique. Ces derniers sont des éléments externes (p. ex. : odeur, son, couleur, discussion) ou internes (p. ex. : sensation physique). Pouvant apparaître anodins à première vue, ces éléments peuvent bouleverser la personne.

Il est également important de savoir que ces réactions peuvent être déclenchées dans votre interaction avec la personne par un stresser non associé au trauma, comme le fait de se dévoiler devant un.e inconnu.e, de craindre le jugement ou de devoir s'exprimer dans une autre langue. Il est donc important que la personne puisse mettre des mots sur ce qu'elle vit à ce moment-là, et de questionner son sentiment d'aisance et de bien-être durant la rencontre.

ÊTRE SENSIBLE AUX TRAUMATISMES



Une détresse peut être accentuée si la personne accompagnée n'est pas prête à aborder certains sujets, ou qu'elle ne dispose pas d'outils et de ressources nécessaires pour tolérer un rappel de certains éléments associés à un événement traumatique vécu, ou encore si le lien de confiance avec l'intervenant.e n'est pas suffisamment établi [49].

Le tableau de la page suivante présente des exemples courants de phrases et de langage potentiellement stigmatisants, mais qu'on emploie parfois avec des personnes ayant vécu des expériences traumatiques, et propose des suggestions sur la manière de recadrer notre compréhension dans une perspective

sensible aux traumatismes [25]. Il s'agit ainsi de s'interroger, de chercher à comprendre ce qui se passe et d'examiner la possibilité que certaines manifestations (comportements, émotions ou cognitions) présentées par des personnes ayant vécu des traumas puissent remplir des fonctions adaptatives.



COMPRENDRE AUTREMENT : QUELQUES EXEMPLES

AU LIEU DE VOIR UNE
PERSONNE QUI SEMBLE...

ESSAYER PLUTÔT DE COMPRENDRE :
PEUT-ÊTRE QUE CETTE PERSONNE...



ÊTRE À LA RECHERCHE
D'ATTENTION

tente de créer une relation
en utilisant les ressources dont elle dispose.

PRÉSENTER
UNE ATTITUDE
CONTRÔLANTE DANS
LES RENCONTRES,
VOIRE MANIPULATRICE

essaie de reprendre du pouvoir après avoir été en situation de grande
vulnérabilité ou tente de s'adapter à un environnement auparavant
perçu comme très menaçant, dont elle a dû se protéger. Cette
personne pourrait aussi avoir de la difficulté à formuler des demandes
ou à exprimer ses besoins.

MANIFESTER UN MANQUE
D'ATTENTION

a des difficultés à rester concentrée
ou qu'elle manque de disponibilité cognitive.

AVOIR DES RÉACTIONS
DÉMESURÉES

manifeste de
l'hypervigilance.

PRÉSENTER
DES COMPORTEMENTS
INAPPROPRIÉS

utilise des stratégies
d'adaptation devenues
dysfonctionnelles.

FAIRE PREUVE
D'UN MANQUE D'EFFORT

présente des mécanismes de survie
qui sont une source de fatigue et d'épuisement.

PRÉSENTER
UNE PERSONNALITÉ
DIFFICILE ET COLÉRIQUE

vit de l'injustice et de la colère par rapport à ce qu'elle a vécu
(l'espace de rencontre ou toute personne rencontrée
peut être la cible de cette colère).

EXPRIMER DU NÉGATIVISME,
OU UN DISCOURS CRITIQUE
ENVERS ELLE-MÊME

ressent de la culpabilité ou croit qu'elle mérite
ce qui lui arrive; cela peut affecter son estime de soi
et sa capacité à se projeter dans l'avenir.

PRINCIPE 2 : L'ÉTABLISSEMENT D'UN SENTIMENT DE SÉCURITÉ ET DE CONFIANCE

Des personnes ayant vécu des expériences traumatiques peuvent être méfiantes face aux institutions et aux individus. Certaines ont pu vivre des abus de pouvoir dans leurs relations interpersonnelles et d'importantes ruptures de confiance. Ces expériences peuvent faire en sorte qu'une personne soit craintive, avec raison, face aux intervenant.e.s malgré leur bienveillance et leur bonne volonté. [25]

COMMENT INTÉGRER CE PRINCIPE À SA PRATIQUE ?

- À l'arrivée de la personne dans votre bureau, assurez-vous que son expérience soit agréable et confortable. Par exemple, accueillez chaleureusement la personne, mettez à disposition des jouets pour les enfants dans la salle d'attente (si possible et pertinent, inclure du matériel représentant des enfants d'horizons divers), offrez de la documentation en plusieurs langues, affichez un drapeau arc-en-ciel pour démontrer aux personnes de la communauté LGBTQI+ qu'elles sont les bienvenues, etc.
- Faites preuve de fiabilité comme organisme ou intervenant.e, c'est-à-dire respecter les engagements pris, éviter d'annuler des rencontres, faire un plaidoyer pour que les personnes aient accès aux services dont elles ont besoin.
- Assurez-vous d'obtenir un consentement libre et éclairé : fournissez des informations complètes par rapport à la portée et aux limites des services offerts. Si un plan d'intervention doit être rédigé ou si des démarches doivent être entreprises, demander l'approbation de la personne concernée et prenez le temps de répondre à ses questions ou à ses inquiétudes.

PRINCIPE 3 : L'IMPORTANCE D'UNE RELATION ÉGALITAIRE ET DE COLLABORATION

La personne qui vit un événement traumatique, en raison de son caractère imprévisible et intense, ressent un fort sentiment de perte de contrôle. Pour éviter les rappels d'événements traumatiques, il est important, durant l'intervention, de veiller à ne pas recréer des situations où la personne pourrait se sentir obligée ou forcée. Établir des relations collaboratives et égalitaires est incontournable pour offrir des services sensibles aux traumatismes, et ce, pour que la personne réfugiée soit en mesure de s'affirmer dans les décisions qu'elle prendra à chaque étape de l'intervention. [25]

COMMENT INTÉGRER CE PRINCIPE À SA PRATIQUE ?

- Si possible, valorisez une prise de décision commune et concertée en lien avec les interventions et services offerts à la personne que vous rencontrez.
- Permettez à la personne que vous accompagnez de décider du rythme des interventions en lui communiquant qu'elle a le droit de ralentir, de prendre des pauses ou d'arrêter au besoin.
- Faites savoir à la personne accompagnée que vous croyez en elle et que vous soutenez ses efforts pour se sentir mieux ou pour se rétablir.



PRINCIPE 4 : LE DÉVELOPPEMENT DES FORCES ET LA VALORISATION DES HABILÉTÉS D'ADAPTATION

Les personnes ayant vécu des traumatismes peuvent avoir développé des stratégies qui leur ont permis de s'adapter et de survivre à l'événement. Cependant, certaines de ces stratégies peuvent s'avérer inadaptées une fois que la menace n'est plus présente et nuire au bien-être de la personne. Ce quatrième principe est donc axé sur l'identification et le développement des forces de la personne pour favoriser sa résilience et ses habiletés d'adaptation qui correspondent à sa nouvelle réalité dans le pays d'accueil. Les habiletés d'adaptation, aussi nommées « stratégies de coping », réfèrent aux techniques adaptées aux besoins de la personne, qui aident à se ressourcer en temps de stress ou à se recentrer quand elle perçoit ou conscientise des stimuli déclencheurs [25].

COMMENT INTÉGRER CE PRINCIPE À SA PRATIQUE ?

Le développement des forces

- Amener les personnes accompagnées à identifier leurs forces (voir des exemples de questions ci-dessous à ce sujet) ;
- Reconnaître la capacité de la personne à surmonter l'adversité dans sa vie quotidienne et la force intérieure qu'elle a dû déployer pour en arriver là où elle en est aujourd'hui ;
- Adopter une intervention axée sur les forces de la personne accompagnée, c'est privilégier les questions ouvertes pour explorer ses motivations, ses forces et ses sources de soutien :
 - Comment avez-vous réussi à traverser les moments difficiles de votre vie ?
 - Quelles personnes vous offrent du soutien ?
 - Quelles sont, selon vos ami.e.s, vos plus grandes forces ?
 - Qu'est-ce qui vous pousse à continuer ?
 - Quels sont vos espoirs pour l'avenir ?
 - Quels sont vos intérêts ou vos passions ?
 - Qu'est-ce qui vous a permis de continuer, même lorsque vous n'étiez pas sûr.e de pouvoir le faire ?
 - Que faites-vous pour prendre soin de vous (famille, enfants, etc.) ?

La consolidation des habiletés d'adaptation

- Une fois les forces de la personne identifiées, explorer comment mettre en place des activités en lien avec ses forces qui font du bien, pour lui permettre de se ressourcer en temps de stress : pratiquer un sport, cuisiner, prendre un café avec un.e ami.e, faire du bénévolat dans sa communauté, etc.
- Pour des personnes qui ont de la difficulté à se calmer lorsqu'elles sont stressées, diverses techniques de relaxation ou de détente peuvent être proposées et expérimentées comme de nouvelles stratégies d'adaptation face au stress en favorisant la détente, notamment par la respiration et en se sécurisant en étant dans le moment présent (voir la section « Pour aller plus loin » à la fin de ce chapitre).
- Bien que l'enseignement et l'apprentissage de ces stratégies peuvent être très utiles pour aider les personnes accompagnées à se détendre et que celles-ci peuvent avoir plusieurs effets positifs, dont une réduction des symptômes d'hyperactivation, un meilleur sommeil et une reprise de contrôle sur son anxiété, l'accompagnement d'un.e professionnel.le peut tout de même être nécessaire. [25]

À RETENIR

COMPRENDRE AUTREMENT

Travailler avec une approche sensible aux traumatismes peut nécessiter un changement de pensée et de langage. Malheureusement, les comportements et les réponses des personnes ayant vécu un traumatisme peuvent être mal compris, mal interprétés ou encore stigmatisants (en identifiant ce qui manque ou ne va pas chez la personne au lieu d'adopter une attitude bienveillante). Comme intervenant.e, vous jouez un rôle très important et vous pouvez comprendre autrement les réponses au trauma, en passant de « ce qui ne va pas chez cette personne » à « ce qui est arrivé à cette personne ou ce que cette personne fait actuellement pour survivre suite à un événement traumatique ». Cela peut être particulièrement utile lorsque vous avez du mal à comprendre ce qui se passe pour la personne accompagnée ou encore lorsque vous vivez une impasse. Il se peut que vous ne connaissiez pas toute l'histoire de la personne que vous accompagnez ; toutefois, travailler de cette manière vous aidera à découvrir les complexités de la situation vécue et à orienter vos interventions en conséquence [12], [25].

LE SAVIEZ-VOUS ?

Que pouvons-nous faire lorsqu'on reconnaît qu'une personne vit un état d'agitation et de détresse en réaction à un élément qui lui rappelle un événement traumatique vécu ?

- Nommer ou refléter l'état, l'émotion observée, valider par une question ouverte : « Je vous sens un peu agité.e en ce moment, qu'est-ce qui se passe pour vous aujourd'hui ? »
- Normaliser les réactions de la personne : « C'est normal que vous vous sentiez ému.e, stressé.e... »
- Proposer une pause, valider le rythme de la personne : « On peut prendre une pause, y aller à votre rythme... »



Dans les vignettes suivantes, nous voyons comment Natalia, intervenante auprès de Léo, et Paolo, intervenant auprès de Jean-Marie, essayent de mettre en œuvre leurs nouvelles connaissances en matière de traumatismes et d'intervention sensible.

UNE RENCONTRE ENTRE LÉO ET NATALIA, INTERVENANTE EN MILIEU SCOLAIRE

À la demande de l'enseignante, Natalia, intervenante en milieu scolaire, rencontre Léo. Natalia observe quelques comportements préoccupants en classe.

Comportements observables

- Léo se gave de collations offertes par un camarade de classe
- Léo se fâche lorsqu'on lui demande d'en laisser aux autres enfants
- Léo pousse les autres enfants

Ce que l'enseignante connaît de la situation de Léo

- Léo a grandi dans un camp de réfugié.e.s
- Léo est nouvellement arrivé au Canada
- Léo n'était pas scolarisé avant de venir au Canada

Natalia s'inquiète également de ces comportements. Elle aurait peut-être soupçonné un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), mais elle décide d'essayer de comprendre Léo autrement, à la lumière de ses discussions avec ses parents. Elle se questionne et comprend...



1 Rareté de la nourriture dans le passé

Dans le camp de réfugié.e.s, bousculer les autres pour obtenir de la nourriture était un moyen de survie normal, nécessaire et hautement adaptatif.

2 ... ou dans le présent

Léo est motivé par la faim : il n'a pas assez de nourriture à la maison et ne mange pas à sa faim.

3 Apprentissage social dans différents contextes

Dans le camp, Léo a appris qu'amasser de la nourriture était normal et un moyen de survie. La mère de Léo le câlinait très fort s'il rentrait à la maison avec un surplus de nourriture.

4 Difficultés de régulation de ses émotions

Léo est né dans le camp de réfugié.e.s et n'a pas jamais été formellement scolarisé. Il peut avoir des difficultés à comprendre les normes et les attentes des personnes dans sa classe, ce qui entraîne de la frustration et de l'irritation chez lui.

Ayant essayé de comprendre les comportements de Léo autrement et sous différents angles en lien avec son parcours migratoire et sa vie dans le camp de réfugié.e.s, voici quelques pistes d'intervention que Natalia envisage :

Reconnaître et comprendre

- Vérifier si les besoins de base de Léo sont comblés (p. ex. : sécurité alimentaire) et intervenir en conséquence.
- Reconnaître les éléments déclencheurs (alarmes) de Léo afin de pouvoir intervenir là-dessus.
- Aider Léo à pouvoir reconnaître ses propres alarmes.

Établir un sentiment de sécurité et un lien de confiance

- S'assurer que Léo sait pourquoi il rencontre Natalia et lui parle.
- Rassurer Léo en lui disant qu'il peut respecter son rythme (p. ex. : prendre des pauses).
- Établir une relation de confiance avec Léo en démontrant sa fiabilité en tant qu'adulte.
- Explorer avec Léo ce qu'il vit (ce qu'il se passe pour lui) lorsque vient le temps des collations en classe.

Consolider les forces et les stratégies d'adaptation

- Normaliser ce que Léo vit : ses comportements ont été importants pour sa survie dans le passé.
- Enseigner, pratiquer et modeler des techniques de relaxation et de pleine conscience à utiliser quand Léo reconnaît ses alarmes.
- Encourager des activités d'expression créatrice, qui permettent à Léo de s'exprimer.

Natalia s'assure de ne pas oublier de vérifier les besoins immédiats et de base dans le « ici et maintenant. » Elle est consciente qu'elle risque de ne pas porter attention aux problèmes actuels si elle ne considère que les traumatismes passés.





UNE RENCONTRE ENTRE JEAN-MARIE ET PABLO, INTERVENANT EN EMPLOYABILITÉ

Pablo, intervenant en employabilité, rencontre Jean-Marie qui est actuellement en recherche d'un nouvel emploi. Quand Jean-Marie est questionné sur sa dernière expérience professionnelle, il entre peu dans les détails. Il explique que son patron a décidé de mettre fin à son emploi par manque de travail. Pendant la rencontre, Jean-Marie révèle certaines choses qui laissent Pablo croire qu'il ne va pas bien.



Comportements observables

- Jean-Marie exprime vivre de la discrimination dans sa recherche d'emploi
- Au cours de la journée, Jean-Marie a tendance à boire de la bière et à beaucoup écouter la télévision
- Jean-Marie dit : « J'ai honte, je ne peux rien faire pour soutenir ma famille, je ne suis plus un homme. J'aurais dû rester dans mon pays avec mon fils mort. »

Ce que Pablo connaît de la situation de Jean-Marie

- Jean-Marie a perdu son emploi au début de la pandémie de COVID-19
- Jean-Marie va chercher Léo à l'école à 16 heures, et une fois de retour à la maison, il l'aide avec ses devoirs
- Jean-Marie a perdu son fils aîné, Jonathan, dans le camp de réfugié.e.s

Pablo s'inquiète pour Jean-Marie qui exprime de la honte et a tendance à consommer de l'alcool durant la journée. Toutefois, il reconnaît que Jean-Marie est un bon père à l'endroit de Léo et Espérance. Il observe que Jean-Marie est plus volubile lorsqu'il parle de ses enfants. Avant de poursuivre son intervention, Pablo prend le temps, en questionnant doucement, de mieux comprendre les comportements du père de famille.

1 Rôle de pourvoyeur pour sa famille

- En RDC et dans le camp de réfugié.e.s, Jean-Marie a toujours travaillé pour subvenir aux besoins de sa famille.
- Pour Jean-Marie, c'est très honteux que sa femme travaille pour soutenir financièrement la famille alors que lui n'a pas d'emploi.

2 Culpabilité liée au décès de son fils aîné

- Jean-Marie était au travail lorsque son fils Jonathan est décédé. Il croit que s'il avait été présent, il aurait pu sauver la vie de son fils qui était malade (choléra).
- Cette pensée empêche Jean-Marie d'être plus actif dans sa recherche d'emploi. Il aime passer du temps avec Léo et Espérance après l'école, cela lui apporte un certain soulagement.

3 Difficultés de régulation de ses émotions

- Jean-Marie est envahi par ses pensées et souvenirs qui lui sont extrêmement souffrants.
- Jean-Marie utilise des comportements de fuite, notamment par la consommation d'alcool et l'écoute intensive de la télévision (stratégies d'adaptation).

À la lumière de sa nouvelle compréhension du vécu émotif et du quotidien de Jean-Marie, voici quelques pistes d'intervention sensible aux traumatismes que Pablo envisage :

Établir un sentiment de sécurité et un lien de confiance

- Reconnaître et normaliser la souffrance de Jean-Marie.
- Prendre le temps d'établir une relation de confiance avec lui (reconnaître sa détermination, sa motivation, son courage à entreprendre une démarche d'intervention).
- Explorer avec Jean-Marie le fait que celui-ci s'attribue la responsabilité du décès de son fils Jonathan, ce qui influence sa honte et sa culpabilité, des sentiments fortement associés aux symptômes post-traumatiques.
- Explorer et travailler sur les émotions de Jean-Marie (blâme, honte, culpabilité : identification, expression, gestion).

Consolider les forces et les stratégies d'adaptation

- Reconnaître et verbaliser les forces de Jean-Marie : c'est un père qui aide son fils dans ses devoirs quotidiennement, est à la maison lorsque sa fille rentre de l'école, commence à préparer le souper avant que sa femme ne rentre du travail, etc. (soutien familial important).
- Explorer la fonction des stratégies d'adaptation actuelles de Jean-Marie, aborder et lui enseigner de nouvelles (pleine conscience, sport, implication sociale, etc.).

Favoriser la reprise de contrôle

- Demander à Jean-Marie les emplois qu'il a occupés avant de venir au Canada, et ce qu'il aimerait faire maintenant.
- Explorer avec Jean-Marie ses talents, ses forces et ses compétences.
- Aider Jean-Marie à trouver des formations complémentaires ou nouvelles selon ses besoins. L'orienter et lui permettre de faire ses démarches avec le soutien de Pablo.



POUR ALLER PLUS LOIN : LES TECHNIQUES DE RELAXATION



Plusieurs stratégies de gestion du stress ayant démontré leur efficacité existent dans la littérature. À titre d'exemple, les techniques de relaxation sont un des éléments des interventions du modèle cognitivo-comportemental (TCC) ayant démontré une certaine efficacité auprès des personnes réfugiées [62]. Les techniques de relaxation peuvent varier selon les besoins de la personne : prendre une marche, écouter de la musique, parler avec un.e ami.e ; ainsi que d'autres formes de relaxation propices à la culture de la personne [63], [64].

Voici deux techniques faciles à apprendre qui aideront des personnes ayant vécu des traumatismes à se calmer en situation de stress. Il est important de pratiquer ces techniques avec les personnes accompagnées. Par exemple, quand vous êtes avec une personne nerveuse ou dont le niveau de stress augmente, vous pouvez lui proposer d'essayer ensemble l'une de ces techniques :

Box breathing [65]: cet exercice aide à contrer la respiration rapide, et il calme le système nerveux.

- Assis.e bien droit, respirez par le nez pendant quatre secondes. Comptez quatre secondes lentement dans votre tête. Prêtez attention à votre corps pendant que vos poumons se remplissent d'air.
- Retenez votre souffle pendant quatre secondes.
- Expirez par la bouche pendant quatre secondes. Prêtez attention à votre corps qui expire l'air de vos poumons.
- Retenez votre souffle pendant quatre secondes.
- Répétez au besoin.

De plus, le site web Passeport Santé propose de courts balados de méditation guidée qui peuvent s'avérer utiles pour certaines personnes en situation de stress :

<https://bit.ly/balados-meditation>.

5-4-3-2-1 : cet exercice ramène au moment présent et permet de retrouver un sentiment de sécurité [66].

Énumérez lentement dans votre tête ou à voix haute :

- Cinq choses qu'on peut voir (le soleil par la fenêtre, notre verre d'eau sur la table)
- Quatre choses qu'on peut entendre (le bruit de l'air conditionné, les voitures qui passent)
- Trois choses qu'on peut ressentir contre la peau (la chaise sur laquelle on est assis, nos vêtements)
- Deux choses qu'on peut sentir (l'odeur de notre shampooing, le café)
- Une chose qu'on peut goûter (le dentifrice, ce qu'on a mangé pour le lunch)

Des applications mobiles de méditation de pleine conscience peuvent aussi être utiles pour des personnes à l'aise avec la technologie :

Petit Bambou : <https://www.petitbambou.com/fr>.

Toutematête : <http://healthymindsapp.ca/index-f.php>.

Calm (anglais) : <https://www.calm.com/>.

MOT DE LA FIN

Dans ce dernier chapitre, nous avons présenté les quatre principes d'une approche sensible aux traumatismes. Celle-ci propose des pistes pour comprendre autrement les réactions et les symptômes que vous pouvez percevoir chez les personnes réfugiées accompagnées.

Avant de conclure ce chapitre, il semble pertinent de rappeler qu'à titre d'approche sensible, cette dernière pousse les intervenant.e.s. à revenir à leurs bases : se sensibiliser, se former et susciter l'engagement de la personne accompagnée. Ce sont des étapes qui s'imposent à tout

type d'intervention s'inscrivant dans la relation d'aide. Que notre mandat soit celui d'accompagner la personne à trouver un logement, à s'intégrer au niveau professionnel ou à intervenir à un niveau psychothérapeutique, travailler avec des personnes réfugiées nous met en contact avec des vécus traumatiques envers lesquels on se doit d'être sensibles, préparé.e.s et conscient.e.s de nos forces et de nos limites afin d'interagir d'une manière à susciter l'engagement et la confiance.

Pour conclure, voici trois façons de mettre de l'avant cette approche avec des personnes réfugiées.

COMPRENDRE LES EFFETS

généralisés des traumatismes et les voies éventuelles pour favoriser la résilience.

RECONNAÎTRE LES SYMPTÔMES ET LES RÉACTIONS

possibles des expériences traumatiques vécues afin d'éviter de réactiver le traumatisme.

RÉPONDRE AUX BESOINS

en intégrant aux pratiques les connaissances en matière de traumatisme.

Bien que les expériences traumatiques soient souvent présentes dans le parcours migratoire des personnes réfugiées, et que ces dernières présentent des taux de prévalence cliniquement plus élevés de troubles psychologiques liés au stress que la population générale, être une personne réfugiée ne signifie pas obligatoirement souffrir d'un traumatisme. Même pour celles ayant vécu des événements traumatiques importants, nous ne devons donc pas automatiquement supposer qu'il s'agit d'expériences traumatiques associées à des troubles de santé mentale. Il est important de reconnaître que les personnes réfugiées,

comme tout autre individu ayant vécu un trauma, font souvent preuve d'une grande résilience malgré des antécédents d'adversité.

Ainsi, parmi les personnes réfugiées qui présentent des symptômes en lien avec des problèmes de santé mentale importants, il n'est pas rare de constater des niveaux élevés de fonctionnement. Il est essentiel de garder à l'esprit cette conception élargie de la personne réfugiée comme un être unique ayant vécu des expériences différentes, présentant des réactions diverses et, souvent, ayant des atouts considérables.



CONCLUSION

Ce guide avait pour objectif d'accompagner les intervenant.e.s exerçant auprès de personnes réfugiées dans leur familiarisation avec les traumatismes psychologiques. Ce guide n'avait pas pour but de former à des savoirs et interventions spécialisés en santé mentale, mais plutôt de fournir des connaissances de base sur les traumatismes et sur une posture sensible, accessible et bénéfique à chacun.e, peu importe la nature du mandat de l'intervenant.e.

Nous avons vu que les parcours migratoires des personnes réfugiées sont souvent marqués d'événements potentiellement traumatiques, et ce, à toutes les étapes de leur parcours, du départ du pays d'origine à l'arrivée dans le pays d'accueil. Puisque ces événements peuvent rendre vulnérables les personnes qui les vivent, être sensible aux traumatismes signifie prendre conscience de ces possibles événements traumatiques vécus et traversés, sans demander ou imposer un dévoilement.

Si vivre un trauma peut être la source d'effets multiples sur la santé mentale, nous avons constaté qu'il n'implique pas nécessairement un traumatisme et peut aussi s'exprimer à travers la croissance et la résilience. Adopter une posture sensible, c'est aussi reconnaître l'existence de réactions plurielles, de forces et de capacités adaptatives de la personne pouvant servir comme levier d'intervention.

Dans le cadre d'un traumatisme, nous avons observé que de nombreuses sphères peuvent être affectées, qu'elles soient physiques, cognitives ou même dans le rapport au monde, aux autres ou à l'image de soi. Dès lors, adopter un regard sensible aux traumatismes, c'est savoir observer ces manifestations traumatiques quand elles surviennent, détecter certains éléments qui les déclenchent et comprendre en quoi elles peuvent justifier certains comportements et réactions chez les personnes réfugiées. Par exemple, une date particulière peut entraîner un rendez-vous manqué, un manque d'écoute de l'intervenant.e peut rappeler un contexte de domination et provoquer un repli sur soi et un sentiment d'insécurité. Par conséquent, se montrer sensible, c'est reconnaître ces manifestations et faire preuve de flexibilité dans notre manière de comprendre les obstacles rencontrés afin d'ajuster nos interventions.

ESPACES DE DIALOGUE

L'arrimage des expertises cliniques et issues de la recherche nous donne des pistes de réflexion pour penser des interventions sensibles et adaptées à une clientèle spécifique. En ce sens, plusieurs initiatives offrent des espaces de réflexion aux professionnel.le.s de divers milieux :

- Au Québec, le CERDA développe divers outils destinés aux professionnel.le.s travaillant auprès des personnes réfugiées afin de favoriser le transfert de connaissances et de meilleures pratiques ainsi que le codéveloppement de pratiques innovantes (webinaires, fiches synthèses, infographies, BD, etc.) : www.cerda.info.
- En Ontario, le CAMH porte un projet sur la santé mentale des immigrant.e.s et des réfugié.e.s. Leur site internet regorge de ressources, telles que des cours, des webinaires, des outils et également une communauté pancanadienne de praticien.ne.s : <https://bit.ly/sitecamh>.

THÉMATIQUES APPROFONDIES

Pour aller plus loin dans la compréhension de l'approche sensible aux traumatismes, quelques références sont suggérées :

- Klinic Community Health Centre (2013). Les traumatismes : Manuel sur les traumatismes (deuxième édition). Disponible à : <https://bit.ly/traumatismes>
- Arthur, E., Seymour, A., Dartnall, M., Beltgens, P., Poole, N., Smylie, D., North, N., et 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. Disponible à : <https://bit.ly/guidetrauma>

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] 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 formation des intervenants scolaires ? *Éducation et Francophonie*, 46(2).
<https://doi.org/10.7202/1055569ar>.
- [2] 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.
- [3] UNHCR. (2020). Global trends: forced displacement in 2019. The UN Refugee Agency.
<https://www.unhcr.org/5ee200e37/>.
- [4] IRCC. (2007). Se réinstaller au Canada à titre de réfugié.
<https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/services/refugies/aide-exterieur-canada.html>.
- [5] CAMH. (2012). Best practice guidelines for mental health promotion programs: Refugees.
- [6] UNHCR. (2007). Convention et Protocole relatifs au Statut des Réfugiés.
<https://www.unhcr.org/fr/aboutus/background/4b14f4a62/convention-protocole-relatifs-statut-refugies.html>.
- [7] UNHCR. (2015). Mental health and psychosocial support. In *Emergency Handbook*. Fourth Edition.
<https://emergency.unhcr.org/entry/251117/mental-health-and-psychosocial-support>.
- [8] CPI. (2017). Un cadre commun de suivi et d'évaluation concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Comité permanent interorganisations. Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence.
- [9] Im, H., Rodriguez, C. & Grumbine, J. M. (2021). A multitier model of refugee mental health and psychosocial support in resettlement: Toward trauma-informed and culture-informed systems of care. *Psychological services*, 18(3), 345-364.
<https://doi.org/10.1037/ser0000412>.
- [10] APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V*.
- [11] Bonanno, G. A., Westphal, M. & Mancini, A. D. (2011). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(1), 511-535.
<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104526>.
- [12] Klinik Community Health Center. (2013). *Trauma-informed: The Trauma Toolkit*. Second Edition.
https://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf.
- [13] OMS. (2013). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf.
- [14] INSPQ. (1994). *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000026564.pdf>.
- [15] 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*.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-616-01W.pdf>.
- [16] 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.
- [17] 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.
- [18] Kronick, R. (2018). *Mental Health of Refugees and Asylum Seekers: Assessment and Intervention*. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(5), 290-296.
<https://doi.org/10.1177/0706743717746665>.

- [19] 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).
<https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0>.
- [20] Porter, M. & Haslam, N. (2005). 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>.
- [21] IRCC. (2021). Canada – Admissions des résidents permanents selon la province / le territoire de destination envisagé(e) et la catégorie d'immigration, Résidents permanents – Mises à jour mensuelles.
<https://ouvert.canada.ca/data/fr/dataset/7e5498e-0ad8-4417-85c9-9b8aff9bgeda>.
- [22] SAMHSA. (2014). SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
https://ncsacw.acf.hhs.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf.
- [23] Rousseau, C., Pottie, K., Thombs, B., Munoz, M. & Jurcik, T. (2011). Post traumatic stress disorder: Evidence review for newly arriving immigrants and refugees. *Canadian Medical Association Journal*, 183, 1–11.
- [24] 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://cewh.ca/wp-content/uploads/2012/05/2013_TIP-Guide.pdf.
- [25] Trosseille, N., Gagnon, M. M. & Pontbriant, A. (2019). Intervenir auprès de demandeurs d'asile : guide à l'intention des intervenants. Centre d'expertise sur le bien-être et l'état de santé physique des réfugiés et des demandeurs d'asile. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
<https://cerda.info/wp-content/uploads/2019/10/CERDA-Guide-à-l'intention-des-intervenants-2019.pdf>.
- [26] Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., Hassan, G., Rousseau, C. & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ*, 183(12).
<https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>.
- [27] 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>.
- [28] 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>.
- [29] Miller K.E. & Rasmussen, A. (2010). 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.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.029>.
- [30] Keenan, E. K., Tsang, A. K. T., Bogo, M. & George, U. (2005). Micro Ruptures and Repairs in the Beginning Phase of Cross-Cultural Psychotherapy. *Clin Soc Work J*, 33(3), 271–289.
- [31] 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 Metaanalysis. *JAMA*, 302(5), 537–549.
- [32] 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 Immigrant Minority Health*, 17(6), 1895–1905.
- [33] Agic, B., Andermann, L., McKenzie, K. & Tuck, A. (2019). Refugees in Host Countries: Psychosocial Aspects and Mental Health. Dans T. Wenzel et B. Droždek (dirs.), *An Uncertain Safety* (pp. 187–211). Springer.
- [34] Reavell, J. & Fazil, Q. (2017). The epidemiology of PTSD and depression in refugee minors who have resettled in developed countries. *Journal of Mental Health*, 26(1), 74–83.
<https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222065>.



- [35] Silove, D., Ventevogel, P. & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130–139.
<https://doi.org/10.1002/wps.20438>.
- [36] Beiser, M. & Hou, F. (2016). Mental health effects of premigration trauma and postmigration discrimination on refugee youth in Canada. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 204(6), 464–470.
- [37] Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso M. & 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.
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337>.
- [38] 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>.
- [39] Gouvernement du Canada. (2021). 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>.
- [40] Giacco, D. & Priebe, S. (2018). Mental health care for adult refugees in high-income countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(2), 109–116.
<https://doi.org/10.1017/S2045796017000609>.
- [41] Rousseau, C. & Frounfelder, R. L. (2019). Mental health needs and services for migrants: an overview for primary care providers. *Journal of Travel Medicine*, 26(2), tay150.
- [42] Edge, S. & Newbold, B. (2013). Discrimination and the Health of Immigrants and Refugees: Exploring Canadas Evidence Base and Directions for Future Research in Newcomer Receiving Countries. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 141–148.
- [43] 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>.
- [44] Marsella, A. J. (2010). Ethnocultural Aspects of PTSD: An Overview of Concepts, Issues, and Treatments. *Traumatology*, 16(4), 17–26.
<https://doi.org/10.1177/1534765610388062>.
- [45] Kirmayer, L.J., Rousseau, C., Jarvis, G.E. & Guzder, J. (2008). The Cultural Context of Clinical Assessment. Dans A. Tasman, J. Kay, J.A. Lieberman, M.B. First & M. Maj (dirs.), *Psychiatry*, Third Edition (pp. 54-66). John Wiley & Sons.
- [46] Coleman MSW, Daniel (2000) The Therapeutic Alliance in Multicultural Practice, *Psychoanalytic Social Work*, 7(2), 65-91.
https://doi.org/10.1300/J032v07n02_04.
- [47] Kolk, B. A. V. der. (2015). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma*. Penguin Books.
- [48] Sherin, J. E. & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3), 263–278.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.2/jshein>.
- [49] Ford, J. D. & Courtois, C. (2020). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults, Second Edition: Scientific Foundations and Therapeutic Models*. Guilford Publications.
- [50] Center for Substance Abuse Treatment (US) (2014). Chapter 3. Understanding the Impact of Trauma. Dans *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 57.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK207201/pdf/Bookshelf_NBK207201.pdf.
- [51] Larousse. (n.d.). *Système limbique*. Encyclopédie Larousse.
https://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/syst%C3%A8me_limbique/16433.
- [52] Westphal, M. & Bonanno, G. A. (2007). Posttraumatic growth and resilience to trauma: Different sides of the same coin or different coins? *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 417–427.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00298.x>.

- [53] Hobfoll, S. E., Hall, B. J., Canetti-Nisim, D., Galea, S., Johnson, R. J., & Palmieri, P. A. (2007). Refining our understanding of traumatic growth in the face of terrorism: Moving from meaning cognitions to doing what is meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 56(3), 345–366.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00292.x>.
- [54] Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric Times*, 21(4), 58–60.
- [55] Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258.
[https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8).
- [56] Im, H., Jettner, J. F., Warsame, A. H., Isse, M. M., Khoury, D. & Ross, A. I. (2018). Trauma-informed psychoeducation for Somali refugee youth in urban Kenya: Effects on PTSD and psychosocial outcomes. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(4), 431–441.
<https://doi.org/10.1007/s40653-017-0200-x>.
- [57] Miller K. K., Brown C. R., Shramko M. & Svetaz M. V. (2019). Applying Trauma-Informed Practices to the Care of Refugee and Immigrant Youth: 10 Clinical Pearls. *Children (Basel)*, 6(8):94.
<https://doi.org/10.3390/children6080094>.
- [58] ISSOP. (2017). Budapest Declaration On the Rights, Health and Well-being of Children and Youth on the Move.
<https://www.issop.org/cmdownloads/budapest-declaration-on-the-rights-health-and-well-being-of-children-and-youth-on-the-move/>.
- [59] Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D. & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review*, 31(3), 399–417.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004>.
- [60] Uphoff, E., Robertson, L., Cabieses, B., Villalón, F. J., Purgato, M., Churchill, R. & Barbui, C. (2020). An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD013458.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD013458.pub2>.
- [61] Lawton, K. & Spencer, A. (2021). A Full Systematic Review on the Effects of Cognitive Behavioural Therapy for Mental Health Symptoms in Child Refugees. *Journal of immigrant and minority health*, 23(3), 624–639.
<https://doi.org/10.1007/s10903-021-01151-5>.
- [62] Murray, L. K., Cohen, J. A., Ellis, B. H. & Mannarino, A. (2008). Cognitive behavioral therapy for symptoms of trauma and traumatic grief in refugee youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(3), 585–604.
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2008.02.003>.
- [63] Somasundaram, D. (2010). Using cultural relaxation methods in post-trauma care among refugees in Australia. *International Journal of Culture and Mental Health*, 3(1), 16–24.
<https://doi.org/10.1080/17542860903411615>.
- [64] CAMH. (2011). A Guide to Wellness and Comfort Activities.
- [65] Smith, S. (2018). 5-4-3-2-1 Coping Technique for Anxiety. University of Rochester Medical Center.
<https://www.urmc.rochester.edu/behavioral-health-partners/bhp-blog/april-2018/5-4-3-2-1-coping-technique-for-anxiety.aspx>.



CERDA

www.cerda.info

