

PRATIQUES SOIGNANTES EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE AUPRÈS DES FAMILLES RÉFUGIÉES : RÉPÉTITION TRAUMATIQUE ET RECONSTRUCTION DU LIEN SOCIAL YOUTH MENTAL HEALTH CARING PRACTICES WITH REFUGEE FAMILIES: TRAUMA REPETITION AND SOCIAL BOND RECONSTRUCTION

Mélanie Vachon, Prudence Caldaïrou-Bessette et Cécile Rousseau

Volume 38, numéro 3, 2017

L'ACCUEIL DES RÉFUGIÉS : COMPLEXITÉ, RÉSILIENCE ET
CRÉATIVITÉ
REFUGEE HOME: COMPLEXITY, RESILIENCE AND CREATIVITY

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1041837ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1041837ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue québécoise de psychologie

ISSN

2560-6530 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Vachon, M., Caldaïrou-Bessette, P. & Rousseau, C. (2017). PRATIQUES SOIGNANTES EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE AUPRÈS DES FAMILLES RÉFUGIÉES : RÉPÉTITION TRAUMATIQUE ET RECONSTRUCTION DU LIEN SOCIAL. *Revue québécoise de psychologie*, 38(3), 33–59.
<https://doi.org/10.7202/1041837ar>

Résumé de l'article

Cette étude de cas multiples poursuit l'objectif de mieux comprendre les soins de santé mentale offerts aux familles réfugiées. Des données qualitatives ont été recueillies auprès de 8 familles et de leurs intervenants. Notre analyse révèle deux dynamiques dans l'expérience de soins. D'une part, des soins adaptés et coordonnés pourraient contribuer à la reconstruction du filet social autour de la famille et de l'enfant, auparavant détruit par la violence collective. Cependant, une certaine violence institutionnelle pourrait répéter les ruptures traumatiques chez l'enfant réfugié. Les résultats sont interprétés à partir des cadres complémentaires de l'ethnopsychiatrie et de la souffrance sociale.

**PRATIQUES SOIGNANTES EN SANTÉ MENTALE JEUNESSE AUPRÈS
DES FAMILLES RÉFUGIÉES : RÉPÉTITION TRAUMATIQUE ET
RECONSTRUCTION DU LIEN SOCIAL**

**YOUTH MENTAL HEALTH CARING PRACTICES WITH REFUGEE FAMILIES: TRAUMA
REPETITION AND SOCIAL BOND RECONSTRUCTION**

Mélanie Vachon¹

Université du Québec à Montréal

Prudence Caldairou-Bessette

Institut universitaire SHERPA

Cécile Rousseau

Université McGill

Jour après jour, de nombreuses familles affluent aux frontières canadiennes en quête de protection et dans l'espoir d'une vie meilleure. Les données les plus récentes recueillies par l'agence des Nations-Unies pour les réfugiés sont alarmantes : on estime à 21,3 millions la population mondiale d'individus réfugiés, dont plus de la moitié seraient âgés de moins de 18 ans (HCR, 2016). Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), un réfugié est une personne ayant fui son pays d'origine et franchi une frontière internationale pour échapper à la violence, à la persécution ou au conflit (HCR, 2010).²

La violence organisée, c'est-à-dire la violence exercée par un groupe d'humains contre un autre groupe en raison de ses caractéristiques politiques, raciales, religieuses, ethniques, sociales ou autres sévit actuellement dans plusieurs régions du globe. En dépit des couvertures médiatiques souvent parcellaires, bon nombre de ces conflits perdurent depuis de nombreuses années. Depuis 2015, la médiatisation du conflit syrien a sensibilisé le monde entier à la sévérité des ravages de cette guerre ainsi qu'à son impact sur les populations civiles. De nombreux chefs d'états signataires de la Convention de Genève se sont donc mobilisés afin d'ouvrir leurs frontières, ce qui a relancé les débats politiques et sociaux quant à l'accueil des individus réfugiés au Canada et en Europe. Encore plus récemment, les décrets américains visant à resserrer les politiques migratoires aux États-Unis ont entraîné de nouvelles vagues de migration forcée en sol canadien.

1. Adresse de correspondance : Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, C.P. 8888, succ. Centre-ville, Montréal (QC), H3C 3P8, Canada. Courriel : vachon.melanie@uqam.ca

2. Les « réfugiés » se distinguent des « demandeurs d'asile ». Ces derniers recherchent la protection internationale alors que leur demande de statut de réfugié n'a pas encore fait l'objet d'une décision (HCR, 2010). Les demandeurs d'asile risquent le renvoi si leur demande est refusée. Dans la présente étude, nous référons au terme « réfugié » pour désigner à la fois les individus en attente du statut de réfugié et ceux dont le statut a été obtenu. Les appellations « en situation de migration forcée » ou encore « à statut migratoire précaire » sont ici comprises comme synonymes.

Parmi les réfugiés qui arrivent chaque jour au Canada, on retrouve inévitablement de nombreuses familles ainsi que de jeunes enfants portant le bagage souvent traumatique de la violence collective subie au pays d'origine. Par la terreur qu'elle installe, la violence organisée entraîne la démobilisation des communautés et la destruction des liens sociaux (Rousseau, 2000). Ce type de violence est susceptible de laisser une forte empreinte traumatique individuelle, mais aussi familiale et collective : destruction des liens sociaux, séparation des familles, deuils traumatiques, démantèlement des communautés, destruction des environnements physiques, migration forcée, déracinements, abandon de la culture d'origine derrière soi, etc. Sur le plan individuel et intrapsychique, c'est le sentiment de continuité, de sécurité, de cohérence des individus qui est atteint, autant que la capacité à symboliser (Barrois, 1998; Papazian-Zohrabian, 2015). Bref, les contextes traumatiques de la violence organisée sont susceptibles de marquer une série de ruptures au plan psychique, social, temporel, spatial et culturel.

Les violences collectives et les contextes de stress chronique dans lesquels évoluent les familles réfugiées affectent la santé et le développement des enfants et adolescents. Le fait d'être témoin ou victime de violence, l'instabilité des environnements, le manque de protection et les conditions de vie précaires sont autant de facteurs d'adversité qui peuvent nuire au développement des jeunes. D'ailleurs, les enfants ayant été déplacés de force auraient vécu deux fois plus d'expériences traumatiques que les enfants non déplacés (Papazian-Zohrabian, 2015). Les jeunes réfugiés vivraient aussi des traumatismes cumulatifs et des deuils complexes. Le syndrome de stress post-traumatique serait d'ailleurs le trouble le plus prévalent chez les jeunes réfugiés, suivi de la dépression et de l'anxiété (Fazel, Reed, Ponter-Brick et Stein, 2012).

L'aspect chronique, répété, organisé et souvent relationnel des violences vécues par les jeunes réfugiés se solde souvent en trauma dit complexe (Luxenberg, Spinazzola, Hunt et van der Kolk, 2001). En plus de partager la configuration symptomatique du stress post-traumatique, le syndrome de trauma complexe se caractériserait par la rupture des systèmes de sens de l'individu, le bouleversement du rapport à soi, du rapport aux autres et par la perturbation de la régulation émotionnelle. Ces manifestations symptomatiques résulteraient de l'accumulation de traumatismes importants ainsi que de l'exposition répétée à un environnement stressant et toxique, par opposition à la survenue d'un événement traumatique isolé et de nature non relationnelle (Luxenberg *et al.*, 2001).

Les influences négatives des traumatismes vécus par les enfants réfugiés sur le développement, la santé mentale et l'adaptation sociale sont plurielles. L'occurrence de manifestations somatiques, de problèmes

d'attention et de concentration de même que de comportements d'évitement et de retrait est particulièrement élevée chez les enfants réfugiés (Rothe *et al.* 2002). Dans certains cas, on remarque jusqu'à un arrêt ou une régression importante du développement affectif et social. Les difficultés d'adaptation et d'apprentissage, ainsi que les troubles du comportement (agitation, violence verbale ou physique, agressivité, impulsivité, méfiance) sont aussi courants (Beiser *et al.* 2010).

Les conséquences de la migration forcée chez les jeunes réfugiés sont importantes, mais les forces de résilience des enfants ne doivent pas être sous-estimées pour autant (Rousseau et Drapeau, 2003). Plusieurs facteurs de protection sont susceptibles d'atténuer les conséquences traumatiques des deuils et violences vécus par les enfants. La capacité des proches, notamment de la mère, de soutenir les enfants réduirait l'impact du trauma sur ceux-ci (Priya, 2012). Cependant, en contexte de migration forcée, les parents peuvent s'avérer indisponibles pour assurer cette fonction protectrice auprès des enfants (Altounian, 2000, 2005) puisqu'ils portent souvent également les séquelles de la violence vécue. Les parents doivent de plus composer avec différents facteurs d'adversité en terre d'accueil : recherche d'emploi, incertitude associée à la régularisation du statut migratoire, peur de la déportation, inquiétudes pour les proches demeurés au pays d'origine, re-traumatisme dû aux violences institutionnelles, etc. En outre, tant les traumatismes que la violence subie peuvent entraîner ou exacerber les conflits familiaux, en particulier les relations intimes des parents et les relations parent-enfant. De fait, à la violence subie vient parfois s'ajouter la violence intrafamiliale (Papazian-Zohrabian, 2015).

L'éventuelle intégration scolaire des jeunes réfugiés peut contribuer à une forme d'insertion sociale et de retour à une vie dite « normale ». L'institution scolaire jouerait un rôle important dans le retour à une routine prétraumatique chez l'enfant (Priya, 2012), entre autres parce que l'école fournit des routines et des règles. Par l'offre d'un cadre stable, l'école peut contrer une partie des ruptures traumatiques de la migration forcée. L'école permettrait également des liens d'amitié avec les pairs ainsi que des relations positives avec des enseignants lorsque ceux-ci sont soutenant. La reprise de l'école contribuerait donc au développement du bien-être psychologique des enfants traumatisés par la guerre et à leur résilience (Persson et Rousseau, 2009). Toutefois, en dépit des forces adaptatives des enfants et des facteurs potentiellement protecteurs qui les entourent, la force de l'empreinte traumatique et l'adversité vécue continuent souvent de leur occasionner des problèmes de santé mentale, pour lesquels une aide professionnelle en santé mentale jeunesse (SMJ) s'avère nécessaire.

Offrir des soins de qualité culturellement sensibles en SMJ aux familles réfugiées peut constituer un défi pour les intervenants (Sullivan, Bhuyan, Senturia, Shiu-Thornton et Ciske, 2005), que ce soit au niveau des contenus cliniques à charge hautement traumatique ou encore en raison des particularités culturelles à considérer dans l'intervention. En 2006, le PASM³ a mis de l'avant les modèles de soins partagés en SMJ, tout en soulignant l'importance d'adapter ces modèles de soins aux familles en situation de migration forcée. Toutefois, à ce jour, encore peu d'études sont disponibles afin de documenter la capacité des soins partagés en SMJ de répondre aux besoins des familles à statut migratoire précaire. Une étude de cas clinique (Rousseau, Measham et Nadeau, 2012) permet toutefois de décrire en quoi les intervenants de première ligne œuvrant dans les écoles, les milieux communautaires et les centres locaux de services communautaires (CLSC) se trouvent dans une posture privilégiée pour détecter les souffrances des jeunes et les soutenir. Il semble toutefois que de telles interventions gagneraient à être structurées par une démarche de consultation culturelle en pédopsychiatrie. Il nous apparaît nécessaire de documenter plus largement le contenu, l'organisation et l'adéquation des soins partagés en SMJ destinés aux jeunes réfugiés ainsi que leur capacité à répondre aux besoins spécifiques des familles en situation de migration forcée.

OBJECTIFS

Dans les prochaines années, le Québec et le Canada continueront d'accueillir de plus en plus de familles réfugiées. Celles-ci porteront un bagage de vie potentiellement traumatique. Puisque les enfants sont particulièrement vulnérables aux situations traumatiques, aux effets destructurant des contextes de persécution ainsi qu'au déracinement culturel (Priya, 2012), il nous semble essentiel de réfléchir aux bonnes pratiques en SMJ permettant de soutenir le développement, la résilience et la santé mentale de ces jeunes réfugiés. Toutefois, à ce jour, peu d'études permettent de documenter l'accompagnement clinique offert aux jeunes réfugiés et d'interroger l'adéquation des soins en santé mentale leur étant destinés. C'est ce que la présente étude souhaite accomplir en poursuivant l'objectif de décrire et de mieux comprendre les soins partagés en SMJ offerts aux familles à statut migratoire précaire. Plus précisément, nous cherchons à documenter l'organisation des soins partagés offerts aux familles réfugiées, à comprendre leurs particularités cliniques ainsi qu'à interroger leur adéquation en fonction des problèmes spécifiques des jeunes réfugiés. Pour ce faire, nous avons exploré le parcours et l'expérience de soins de 8 familles à statut migratoire précaire, suivies en SMJ.

3. Plan d'action en santé mentale.

CADRES THÉORIQUES ET CONCEPTUELS

Puisque nous cherchions spécifiquement à développer notre compréhension des soins partagés à partir de l'expérience des acteurs impliqués (parents, enfants et intervenants), notre démarche se voulait essentiellement inductive, qualitative et constructiviste. Notre démarche de recherche se veut davantage un processus par lequel les significations émergent de la rencontre entre chercheur, participants et données, à l'intérieur de notre contexte spécifique. Les différentes perspectives sont ainsi mises en commun dans un processus inévitablement interprétatif, de manière à développer et enrichir notre compréhension d'un phénomène donné (Ponterotto, 2005). De fait, le chercheur est ici amené à expliciter ses présupposés ainsi que ses allégeances théoriques et cliniques afin de pouvoir mettre à contribution son apport subjectif de manière réflexive, authentique, transparente (Ponterotto, 2005; Tracy, 2010).

À ce titre, il importe de spécifier que notre compréhension initiale du vécu des jeunes réfugiés s'inspire de la pensée complémentariste de Devreux (Moro, 1998), c'est-à-dire à la jonction de la clinique et de l'anthropologie. Notre conception du vécu considère l'enchevêtrement complexe des dimensions personnelles et sociales, individuelles et collectives, pathologiques et politiques (Rousseau, 2000). En ce sens, plutôt que concevoir les impacts de la violence collective et l'adaptation des familles en tant que processus personnel, psychique, pathologique ou résilient, notre approche s'inspire davantage de la psychiatrie transculturelle (Kleinman et Kleinman, 1997). Ce modèle insiste sur l'importance de contextualiser toute expérience humaine et d'éviter de pathologiser des réactions normales à l'atrocité (Summerfield, 2000, 2002). Kleinman et Kleinman (1997) réfèrent à la notion de souffrance sociale pour réfléchir les conséquences de la violence collective. Selon cette ligne de pensée, la guérison et le rétablissement des victimes de violence organisée passeraient nécessairement aussi par la reconstruction du lien social.

C'est donc par la création d'espaces relationnels dans le champ social que l'émancipation et l'insertion des victimes de violence collective deviennent possibles. Toutefois, notre compréhension n'est pas sans savoir les souffrances sociales qui se jouent dans les espaces collectifs des pays hôtes : discours hostiles par rapport aux réfugiés, islamophobie, profusion d'images médiatiques susceptibles d'alimenter la crainte de l'autre/étranger et de l'avenir. Le contexte politique et social se caractérise aussi par un durcissement des conditions de vie et la précarisation du statut de réfugié politique autant que par des discours de plus en plus polarisés à l'égard des nouveaux arrivants. C'est donc avec cette compréhension préalable que nous avons entamé notre travail de terrain.

MÉTHODOLOGIE

Afin de développer notre compréhension des soins partagés en SMJ destinés aux familles en situation de migration forcée, nous avons opté pour un devis qualitatif par étude de cas multiples. Ce format méthodologique nous a permis de développer une compréhension en profondeur des caractéristiques et du vécu unique de chacune des familles rencontrées, autant que de leur trajectoire de soins. Ici, « un cas » représentait un dossier clinique en SMJ, pour lequel nous avons recueilli de multiples informations : 1) étude approfondie du dossier clinique; 2) entretiens avec le ou les parents; 3) entretiens avec le ou les enfants/adolescents (6-17 ans); 4) entretiens avec le ou les intervenants impliqués auprès de la famille (intervenants psychosociaux, psychiatre, intervenant scolaire, etc.).

Participants

À la suite de l'approbation éthique du projet par les comités institutionnels des établissements concernés,⁴ nous avons approché des intervenants œuvrant en SMJ auprès de la population visée afin d'introduire le projet. Nous avons établi différents critères de sélection afin de cibler les « cas » recherchés. Pour être sélectionné, le « cas » devait posséder les caractéristiques suivantes : (1) un ou des enfants (de la même famille) âgé de 6 à 17 ans bénéficiait ou avait bénéficié de soins en SMJ et (2) vivait au Québec dans une situation de migration forcée. Le parent ou le tuteur légal devait consentir à la participation de l'enfant ainsi qu'accepter de participer lui-même à la recherche. De plus, ceux-ci devaient consentir au partage confidentiel de leur dossier clinique. Finalement, un ou des intervenants impliqué(s) auprès de l'enfant devait également consentir à participer à la recherche. Nous avons choisi de ne pas cibler d'appartenance culturelle spécifique, mais plutôt de miser sur la diversité des parcours migratoires.

Avec l'aide des intervenants, nous sommes parvenus à recruter 8 familles répondant aux critères établis et acceptant de participer. Celles-ci recevaient toutes des soins de SMJ et étaient à une étape différente de leur parcours migratoire, autant que de leur parcours de soins. Le Tableau 1 fait état de la description des caractéristiques sociodémographiques des familles.

4. De sorte à protéger au maximum l'identité des participants, nous ne donnons pas de détails sur les lieux de recrutement, outre le fait qu'il s'agissait d'établissements offrant des services de première ligne en SMJ.

Tableau 1
Caractéristiques sociodémographiques des familles échantillonnées^a

Caractéristiques sociodémographiques	Étendue	Moyenne
Âge des enfants au moment du diagnostic	4 -16 ans	9 ans
Durée des services en SMJ	1 à 34 mois ^b	21,37 mois
Provenance	Nombre d'enfants (n=12) ^c	
Amériques	5	
Proche-Orient	1	
Moyen-Orient	5	
Asie	1	
Statut migratoire	Au moment de la prise en charge en SMJ	Lors de la cueillette des données
Demandeur d'asile	n = 11	n = 8
Réfugié	n = 0	n = 3
Demande initiale refusée	n = 1 ^d	n = 1

Notes. ^aLes données ne sont pas présentées sous forme de cas de sorte à protéger l'identité des familles. ^bPlusieurs enfants étaient toujours en suivi lors de l'arrêt de la cueillette des données, donc ces chiffres pourraient être plus élevés. *** Le nombre d'enfants dépasse le nombre de familles, car, dans certains cas, plus d'un enfant au sein d'une même famille a bénéficié de soins en SMJ. ^dDans ces cas, une demande de résidence permanente en raison de motifs humanitaires a été entamée.

Procédure

La cueillette des données a impliqué des entretiens avec les intervenants (n = 9 entretiens)⁵, avec les enfants ou adolescents (n = 9)⁶ et avec leurs parents (n = 7). Les entretiens auprès des familles ont été réalisés en français, en anglais ou avec la présence d'un interprète afin de permettre à certaines des familles de s'exprimer dans leur langue maternelle. En reconnaissance de leur participation à l'étude, les participants ont reçu un bon d'achat d'épicerie d'une valeur de 50 \$ par famille.

Les entretiens auprès des parents visaient l'exploration du parcours de soins et de l'expérience des soins reçus en SMJ. Les questions portaient sur leur compréhension de la situation de soins, sur les aspects qui leur

5. Certains intervenants étaient impliqués auprès de plus d'une famille.

6. Certains enfants n'ont pas été interviewés directement à la demande des parents, mais ont tout de même été inclus dans l'échantillon pour l'étude des dossiers cliniques et entretiens avec les intervenants ou parents). Certaines familles étaient composées de plus d'un enfant ayant bénéficié de soins en SMJ.

ont semblé aidants ou moins aidants. Nous les avons aussi invités à formuler des suggestions ou recommandations sur les soins.

Les entretiens auprès des enfants ont été réalisés par une psychologue en SMJ, également professionnelle de recherche. Les entretiens étaient adaptés à l'âge et au niveau de développement de l'enfant. En plus de certaines questions portant sur leur expérience des soins, nous avons utilisé d'autres modalités d'exploration de sorte à faciliter le contact et l'exploration, à savoir : le « Jeu de sable » (Lacroix, 2002) et « Le petit train » (Blanchet, 1996) pour les enfants de 6 à 12 ans, ainsi qu'une adaptation des « quatre dessins » (Bertrand, Bessette, Krymko-Bleton, Dufour et Lesourd, 2011).⁷ Pour les adolescents, la cueillette des données a davantage pris la forme d'un entretien semi-structuré, bien que plusieurs adolescents aient également souhaité jouer ou dessiner lorsque cela leur était proposé. Ces modalités d'exploration n'étaient pas utilisées à des fins évaluatives, mais bien exploratoires.

Finalement, les entretiens auprès des intervenants ont permis d'obtenir un portrait général du parcours de soins de chacune des familles ainsi que les ressources mobilisées (ou non) autour d'elles. Nous avons également exploré l'expérience des intervenants au contact de chacune des familles, autant que leur perspective sur les forces et écueils des soins offerts.

En complément aux entretiens, nous avons procédé à un examen des dossiers cliniques des jeunes, lesquels ont pu nous renseigner sur : a) le parcours de soins (références, motifs, diagnostics, interventions), b) la durée de celui-ci, c) les intervenants impliqués, d) les interventions tentées et leurs résultats, etc. À partir de ces données et des données recueillies auprès des intervenants, nous avons constitué des génogrammes détaillés pour chacune des familles, permettant de visualiser a) les liens sociaux, familiaux, communautaires, b) certains éléments du parcours migratoire et du parcours de vie ainsi que c) les intervenants impliqués auprès des membres de la cellule familiale et de l'enfant référé. Les motifs de références autant que l'apport des différents acteurs impliqués dans la vie de l'enfant ont été spécifiés dans les génogrammes. Finalement, les génogrammes nous ont permis de visualiser la complexité de certaines situations cliniques ou encore de l'absence de soutien autour de la cellule familiale ou même certaines des ruptures ayant marqué le parcours des familles. Ces données ont été considérées dans l'analyse descriptive des cas ainsi que pour générer des pistes d'analyse plus interprétatives sur l'expérience des soins.

7. Les « quatre dessins » comprennent habituellement deux dessins de famille, un de la famille réelle et un de la famille idéale. Ici, nous avons demandé de dessiner « une famille » et avons ajouté un dessin des rencontres au CLSC.

Le corpus analytique comportait à la fois a) les verbatim d'entretiens auprès des parents, des enfants et des intervenants, b) les génogrammes et c) les informations recueillies dans les dossiers cliniques. Dans un premier temps, nous avons procédé à une analyse cas par cas. Cette étape a impliqué une codification fine des transcriptions des entretiens auprès des parents, enfants et intervenants à l'aide d'une analyse thématique (Braun et Clarke, 2006). Entre autres, notre analyse thématique s'est articulée autour de l'identification des facilitateurs et des obstacles dans le parcours de soins. Nous avons identifié des incidents critiques (tant positifs que négatifs) dans les parcours de soins à partir de la parole des parents et intervenants. L'analyse des incidents critiques a permis d'identifier, pour chacun des cas, des points névralgiques dans l'évolution clinique des jeunes. Dans certains cas, nous sommes retournées dans les dossiers cliniques afin de valider certaines observations ou encore de nourrir certaines intuitions analytiques quant aux dynamiques de soins.

Dans un deuxième temps d'analyse, nous avons procédé à un examen transcas à partir des thèmes et incidents identifiés préalablement dans l'analyse intracas. Par une analyse au moyen de catégories conceptualisantes (Paillé et Mucchielli, 2008), nous avons identifié des tendances plus générales se dégageant du parcours et de l'expérience de soins des familles, lesquelles prenaient toutefois en considération les particularités individuelles. Cette analyse plus interprétative s'est construite de manière itérative en consultant certains écrits concernant les concepts émergents, tout en revenant aux récits eux-mêmes.

Afin de préserver au maximum l'anonymat des participants, nous ne présenterons pas les résultats d'analyse sous forme d'étude de cas. Plutôt, nous retracerons le parcours de soins des familles en l'illustrant de leurs paroles, de leurs expériences, mais également en écho à la compréhension que nous avons développée des soins partagés destinés aux familles en situation de migration forcée.

RÉSULTATS

La première section des résultats propose de dresser un portrait des 8 familles rencontrées quant : a) aux parcours migratoires, b) à l'adversité rencontrée en terre d'accueil, c) au vécu parental, d) aux sources référence en SMJ et e) aux portraits cliniques des enfants. La section subséquente abordera leur parcours et expérience de soins en SMJ.

Section 1 : Portrait des familles

Parcours marquants, enfants marqués

Tous les enfants des familles rencontrées ont été victimes d'épisodes de violence dans leur pays d'origine, sous de multiples formes. Dans certains cas (Miguel, Abdul, Tania) les enfants ont été témoins d'agressions armées à l'endroit de leurs proches. Dans d'autres, ils ont directement été victimes de violences physiques ou sexuelles, et ce, de manière isolée ou encore répétée sur de longues périodes de leur vie.

Aux violences subies, la trajectoire des jeunes était aussi marquée de différentes ruptures intrafamiliales, souvent violentes. Tous les enfants avaient été séparés de certains des membres de leur famille (grands-parents, parent, fratrie). Pour Abdul, Céleste, Thaïs, June et Malik, au moins un des parents (parfois les deux) demeurait toujours au pays d'origine. Tarek, Farah et Karim ont pour leur part vécu la disparition de membres de leur famille dans des circonstances violentes. Bon nombre d'enfants ont été victimes d'une forme de violence intrafamiliale intriquée à la violence organisée qui sévissait dans leur pays d'origine : un des parents s'était affilié à un groupe soit terroriste ou criminel et en était venu à perpétrer des actes de violence auprès des membres de sa famille.

Accompagnés ou non de leurs parents,⁸ les jeunes réfugiés rencontrés se sont retrouvés au Canada afin d'échapper à la violence répétée dont ils étaient victimes au pays d'origine. Pour certains (Tania, Miguel, Abdul et Thaïs), les épisodes de violence subis étaient toujours bien présents dans le souvenir. Pour d'autres, la violence s'inscrivait dans un passé souvent flou, troué, difficile, voire impossible à mettre en récit.

L'adversité... en terre d'accueil

À leur arrivée au Canada, toutes les familles ont dû composer avec de nouveaux éléments d'adversité, souvent au sujet des démarches d'immigration ou encore avec la situation hautement précaire dans laquelle elles étaient forcées de vivre. C'est ce que décrit ici Ève-Marie (intervenante), lorsqu'elle relate l'histoire de la famille de Tania :

Ils ont quitté très vite, parce que ça devenait vraiment dangereux (...)
Arrivés ici, et c'est la réalité des réfugiés, c'était : pas droit aux allocations, avec quatre enfants, pas d'accès aux services, le stress de la demande du statut... les problèmes avec les avocats... (Ève-Marie, Intervenante)

Ce qu'Ève-Marie évoque en tant que les « problèmes avec les avocats » s'est avéré récurrent dans le parcours des familles rencontrées.

8. Pour mes MNA (mineur non accompagné), la migration forcée a été rendue possible avec l'intervention d'un membre de la famille élargie.

Non seulement les démarches de demande d'asile étaient longues, complexes et laborieuses, mais bon nombre des familles ont aussi rapporté avoir été victimes de fraude ou d'abus de la part de certains avocats dits « spécialistes » en immigration. C'est ce que dénonce Indira, la maman de June :

J'ai consulté six avocats spécialisés en immigration... De ceux-là, seulement deux étaient de vrais avocats... Les autres étaient des faux et ne m'ont pas bien conseillée, mais ils m'ont chargé leurs frais. Je me suis donc retrouvée endettée encore plus, avec aucun avancement dans notre situation. J'étais vraiment découragée et je ne savais plus où me tourner, à qui faire confiance... (Indira, mère)

Au moment où nous avons rencontré les familles, plusieurs vivaient toujours en situation de grande précarité financière et d'isolement social. À bout de ressources financières, sociales ou psychiques, certaines avaient été contraintes de vivre sans papier pendant de nombreuses années. Cette vie clandestine était source supplémentaire de stress : aucun accès aux ressources scolaires, communautaires ou de santé, impossibilité d'obtenir un emploi régulier, peur constante d'être démasqué, isolement complet. Les menaces de déportation et la détention se sont aussi ajoutées au stress de plusieurs des familles.

Des parents fragilisés...

L'adversité quotidienne postmigratoire aurait, au fil du temps, significativement fragilisé les parents, déjà passablement éprouvés par leur propre histoire. Tous rapportent avoir vécu (ou vivre encore) un état d'épuisement paralysant, de la fatigue extrême, des inquiétudes constantes. D'ailleurs, des symptômes dépressifs et anxieux faisaient partie du tableau clinique de plusieurs parents. Certains présentaient des symptômes de stress post-traumatique pour lesquels ils recevaient un traitement pharmacologique. Pour d'autres, c'est sous forme d'attaques de panique, d'anxiété généralisée ou d'une dépression formelle que s'exprimait leur souffrance. La pauvreté, les dettes cumulées, les souvenirs intrusifs du passé, la peur de la déportation, l'isolement, la barrière de la langue et l'adaptation culturelle représentaient autant de facteurs de stress et d'adversité auxquels devaient faire face les parents. Parfois, ces contextes avaient été à la source de difficultés conjugales ou encore de l'incapacité d'assumer la fonction parentale auprès de leurs enfants. C'est d'ailleurs ce qu'a rapporté Asma (mère), qui s'est dit « complètement dépassée par la situation, terrorisée de retourner dans son pays d'origine (...) et indisponible aux enfants ». Pour Pamela (mère), les cauchemars, les pertes traumatiques, les deuils et l'anxiété étaient devenus tellement insupportables qu'elle en est venue à formuler sa propre demande de suivi en santé mentale. Certains des parents rencontrés ont mentionné avoir eu des idéations suicidaires qu'ils relient à

l'isolement, à l'ampleur des difficultés vécues et à la perte d'espoir d'une vie meilleure ayant motivé leur migration.

À la frontière des soins, la porte d'entrée en SMJ

L'adversité postmigratoire, incluant notamment les menaces de déportation et les épisodes de détention, ont également été source d'anxiété multiforme chez les enfants. Pour June, Abdul, Farah, Tarek et Karim, les symptômes anxieux auraient été déclenchés à la perspective de devoir retourner dans leur pays d'origine, à la suite de la réception d'un avis de déportation.

Pour la plupart des enfants qui étaient scolarisés en dépit du statut migratoire précaire, c'est l'école qui s'est avérée être la porte d'entrée vers les soins et les services en SMJ. Ce fut le cas pour Céleste qui a grandi dans le milieu de la prostitution dans son pays d'origine. Maintenant âgée de 15 ans, Céleste aurait fait montre de comportements de délinquance dans le cadre scolaire. Pour Hittesh et Tarek, des troubles du comportement étaient à la source de la référence en SMJ. Pour Malik, Miguel et Abdul, c'est la présence d'un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) qui était suspectée par les intervenants scolaires et qui a précipité une demande de services en SMJ.

Le trauma : la face cachée des symptômes

Notre examen plus approfondi des dossiers cliniques a révélé que tous les enfants échantillonnés souffraient d'anxiété au moment de la prise en charge en SMJ. L'anxiété pouvait s'accompagner de troubles du comportement (agressivité, impulsivité, violence envers d'autres enfants, comportements sexuels inappropriés, etc.) ou de manifestations dépressives, pouvant aller jusqu'aux idéations suicidaires chez les adolescents. Des retards sur le plan du développement cognitif, affectif, moteur ou langagier étaient également présents chez trois enfants. Bien que des problèmes attentionnels aient été soulignés chez plusieurs, dans aucun des cas le processus d'évaluation n'a mené à un diagnostic de TDAH.

Plusieurs jeunes présentaient aussi des difficultés affectives et relationnelles, telles que des problèmes d'attachement, de la méfiance, de l'inhibition sociale marquée, des comportements de retrait ou une grande peur de l'abandon. Un diagnostic de stress post-traumatique formel a été émis pour deux enfants, mais, dans la majorité des cas, c'est plutôt un trauma complexe qui a été diagnostiqué. La présence de cauchemars et d'attaques de panique complétait souvent le tableau clinique des enfants. En somme, les affections diagnostiquées chez les jeunes réfugiés

sélectionnés semblaient souvent associées à un trouble anxieux, parfois intériorisé, parfois extériorisé.

Section 2

Les soins partagés en SMJ : entre la réparation du lien et la répétition des ruptures

L'accueil des familles : (re)tisser les liens

Qu'ils aient été référés par l'école ou par un organisme communautaire, le parcours de soins de plusieurs des familles (5 sur 8) a débuté par un processus de consultation culturelle en pédopsychiatrie. Dans certains cas, le processus de consultation a pris la forme d'une rencontre d'accueil, en équipe, où les membres de la famille ont été invités à rencontrer non seulement le pédopsychiatre consultant, mais toute l'équipe d'intervenants en SMJ. Bien plus qu'une séance de consultation, d'orientation ou d'évaluation, ce type de rencontre visait *un accueil à la fois concret et symbolique de la famille*, ainsi qu'une manière de *favoriser la reconstruction d'un tissu social* autour de celle-ci. Parce que la violence organisée s'attaque d'emblée aux sentiments de sécurité, de bienveillance et d'appartenance à la communauté, le processus de soins viserait une forme de restauration des liens sociaux et collectifs. D'ailleurs, pour Juan, le père de Miguel, *l'accueil sincère, soutenant et humanisant* de l'équipe SMJ demeure un moment marquant de la trajectoire de soins :

Au début, ils nous ont reçus, toute la famille ensemble. C'était impressionnant, mais magnifique en même temps. Tous ces gens pour nous aider, pour nous soutenir, nous accueillir. Je me suis dit : j'ai le support. J'ai l'aide. Il faut que je passe toutes les difficultés. Parfois, c'était stressant, mais je me disais, je dois le faire. (Juan, père)

Les paroles de Juan témoignent de l'effet contenant, soutenant, mobilisant et potentiellement réparateur d'un accueil bienveillant, en groupe, offert aux familles. Pour Indyra, la mère de June, l'accueil offert par l'équipe de SMJ aurait aussi initié un processus de reconstruction et de restauration de la foi et de la confiance en la bénévolence, détruite par son expérience traumatique de violence organisée :

J'avais plus espoir. Je voyais le noir. Ça allait pas, avec tout ce que ces personnes ont fait à ma famille, ont détruit... Grâce à eux, je voyais l'espoir. J'avais le soutien. La famille avait le soutien. Ils étaient là pour nous, pour nous aider. Je me disais, wow! C'est beau... (Indyra, mère)

Élaborer le plan d'intervention : priorisation et alliance de travail

De fait, l'objectif explicite de certaines des équipes de SMJ est d'utiliser l'espace de rencontres collectives pour recréer un filet social autour de la famille. C'est notamment ce qui permettrait de bâtir tranquillement l'alliance avec la famille, mais aussi, et surtout, de s'assurer

que les intervenants développent, ensemble, une *compréhension partagée* du vécu de la famille et des besoins à prioriser par la suite. Cette *alliance* de travail entre les intervenants, instaurée et encadrée par le processus de consultation en pédopsychiatrie, permettrait de mettre en place des *interventions concertées*, cohérentes et adaptées à chaque famille.

À cet effet, France, une intervenante, rapporte en quoi le processus de consultation en pédopsychiatrie et les échanges d'équipe subséquents lui ont permis de mieux comprendre le vécu de son jeune client, mais également de définir son rôle auprès de lui :

Cette rencontre-là a vraiment permis d'établir quel serait le rôle de chacun dans le plan de traitement. Ça m'a permis d'apprendre beaucoup sur le trauma complexe. Jusqu'à l'audience pour le statut, mon rôle était vraiment de le soutenir, d'installer un lien de confiance, comme être figure bienveillante pour lui... il en a tellement pas eu... De toute façon, je ne pense pas que ça aurait été réaliste pour moi de me donner la mission de traiter son trauma... mais l'idée du holding, de le soutenir, de l'épauler, de l'accompagner, ça faisait du sens. Je savais pas ce qui allait arriver, mais au moins, il savait qu'il n'était pas tout seul avec ça. (France, Intervenante)

Les paroles de France évoquent en quoi le processus de consultation lui a permis d'approfondir sa compréhension du vécu d'Abdul, son jeune client, ainsi que d'adapter son intervention à sa situation particulière puisqu'il devait à l'époque composer lui-même avec des démarches migratoires complexes. Dans ce contexte, l'établissement d'un lien fort, soutenant et bienveillant devenait prioritaire.

Pour plusieurs équipes en SMJ, l'instauration et la restauration de liens structurants et bienveillants étaient primordiales lorsqu'elles interviennent auprès des familles ayant subi de la violence organisée. Toutefois, nous avons également rencontré des familles et des intervenants qui devaient plutôt de nouveau composer avec de *multiples ruptures, et ce, à même le processus de soins*. Ces *ruptures ou « mésalliance »* se révélaient notamment dans l'absence d'une compréhension partagée de l'expérience des enfants ou de leurs familles, que ce soit au niveau de l'étiologie des difficultés, du diagnostic de l'enfant ou encore du plan de traitement. Thomas, intervenant, a d'ailleurs été confronté à une telle situation :

Les pédopsychiatres pensent que c'est de l'anxiété et des traumas qui sont à l'origine de son agitation et non un déficit d'attention... mais on continue de vouloir le médicamenter pour un TDAH à l'école. Personne s'entend et tout le monde tient son bout. On est dans l'impasse. (Thomas, Intervenant)

Dans ces cas, des avis contradictoires quant au diagnostic de l'enfant ainsi qu'une polarisation des divers acteurs (psychiatre, parent, intervenant scolaire et communautaire) influençant la ligne d'intervention à privilégier pouvaient mener à une impasse dans le soin de l'enfant, voire contribuer à l'adversité à laquelle les familles faisaient face. L'entente entre les divers intervenants quant au diagnostic de l'enfant, à la situation de la famille et au plan d'intervention à privilégier nous a semblé cruciale à l'évolution clinique des enfants, mais aussi à la résilience familiale.

Par ailleurs, une compréhension globale, partagée et bien approfondie du vécu holistique de la famille semblait nécessaire de sorte à bien *adapter* et *prioriser* l'intervention en fonction des besoins de la famille. Le plus souvent, une priorisation adéquate était permise par une évaluation complète de la famille et par un usage judicieux de la consultation en pédopsychiatrie. En effet, en raison du caractère souvent dramatique de la violence subie par les familles, les intervenants en SMJ peuvent éprouver un sentiment d'urgence d'adresser l'expérience traumatique. Toutefois, les besoins et priorités des familles sont souvent beaucoup plus concrets (Rousseau *et al.*, 2012). C'est d'ailleurs ce qu'évoque Judith, intervenante :

Ça m'a fait réaliser que c'était pas possible ni le bon moment de travailler le trauma à fond. La première couche de l'intervention était vraiment d'agir sur le statut. On a fait un rapport d'évaluation psychiatrique en support à la demande. (Judith, Intervenante)

Le soutien à la régularisation de la situation migratoire devient donc une intervention prioritaire qui consiste à faciliter un retour à une vie la plus normale possible. De manière générale, les priorités mises de l'avant par les équipes de soins avaient pour objectif d'endiguer la spirale de pertes et de ruptures vécues par les enfants et familles, et ce, en restaurant un sentiment de sécurité aux niveaux concret et affectif :

Avec Farah, l'idée était surtout d'avoir un espace sain pour elle... où elle peut s'exprimer en sécurité... et éventuellement, qu'elle intègre tranquillement tout cela et qu'elle puisse fonctionner à l'école... (Laure, Intervenante)

Au début, l'enfant n'était pas scolarisé, donc j'essayais de le stimuler... On joue. On fait des activités. J'essaie de l'amener à verbaliser ses émotions, voir comment il se sent maintenant à l'école. J'ai commencé de la stimulation générale, on va au parc, je lui montre des choses de la nature, des mots... On se voit le plus souvent possible, dans le quotidien. (Thomas, Intervenante)

L'idée était de lui donner un espace sécuritaire pour s'exprimer... et essayer tranquillement d'intégrer son histoire, comprendre sa migration... rupture totale avec l'avant... retracer un fil de vie et de sortir de la vie clandestine. (Anca, Intervenante)

Réparer la déchirure de la violence : l'attachement enfant-intervenant

Parce que la violence organisée s'attaque d'emblée au lien social et au sentiment de sécurité relationnelle, l'établissement d'un lien significatif et privilégié avec un intervenant en particulier aurait été crucial dans l'évolution clinique des enfants. D'ailleurs, plusieurs parents ont attribué le rétablissement de leur enfant au *lien d'attachement* particulier que leur intervenant aura su établir avec lui ou elle :

Je pense que Miguel, le plus grand soutien qu'il a eu, c'est d'apprendre à faire confiance aux autres. Parce que comme je disais, au début, il avait tout le temps peur et il avait peur de tout le monde. Au début, il était pas capable de s'attacher aux personnes. C'est vraiment avec tout le support que maintenant il est capable de parler aux autres... et ça, c'est vraiment grâce à tout le support qu'il a eu avec Danielle. C'est tout l'appui de ce qu'elle a fait. Elle a un charisme. Miguel l'aime beaucoup. Elle est vraiment bien. (Juan, père)

Malik va mieux que l'an passé. (..) Je pense que ça peut aussi être le fait que Jonathan l'aide vraiment. Malik est vraiment très attaché à Jonathan. C'est normal dans le fond pour les enfants de s'attacher à des gens comme ça. Comme d'autres enfants, il est vraiment timide, mais avec Jonathan ça marche et il est attaché fort. Pour lui, c'est comme si Jonathan fait partie de la famille. Quand Jonathan arrive, il est vraiment excité. Et maintenant, il semble plus calme, moins anxieux. Il s'est fait des amis... (Gloria, mère)

La coordination d'interventions ciblées : un nouveau filet de sécurité pour la famille

La résilience postmigratoire des familles victimes de violence organisée impliquerait aussi la *reconstruction du tissu social et collectif*, détruit par la guerre. En ce sens, *l'aide concrète* offerte aux familles et la mobilisation de différents réseaux de soutien autour d'elles sont susceptibles de nourrir une nouvelle perception du monde et de la société comme pouvant être accueillants et bienveillants.

Souvent, de multiples actions concrètes dans différentes sphères de la vie des familles faisaient partie du plan d'intervention : inscription des enfants au camp de jour, démarches d'aide financière ou d'aide alimentaire, inscription aux cours de francisation, paniers de Noël, etc. Plusieurs des intervenants rencontrés ont aussi mobilisé l'institution scolaire de sorte à étendre le réseau de soutien autour de la famille. D'ailleurs, tous les enfants vivaient des difficultés importantes à l'école, que ce soit sur le plan social ou cognitif. Par exemple, Abdul rapporte qu'il est impossible pour lui de se concentrer à l'école, car trop de pensées l'habitent. Pour France, intervenante, sensibiliser l'école au vécu des familles est primordial :

On a même souvent des contacts avec l'école... Ils sont souvent venus ici pour qu'on puisse leur en dire plus sur les difficultés de la petite et qu'ils puissent comprendre notre vision des choses. On a pu leur expliquer pourquoi l'enfant avait telle ou telle réaction ou comportement, que c'était lié à son histoire. Ça change beaucoup le comportement de l'enseignant quand il réalise pourquoi un enfant agit de telle ou telle façon. Ce n'est pas parce qu'il est tannant, mais parce qu'il a peur et qu'il vit des choses difficiles. (France, Intervenante)

Les interventions auprès des écoles étaient d'ailleurs très appréciées par les parents :

Les intervenants du CLSC ont mis l'école au courant de sorte à ce qu'ils puissent mieux comprendre les réactions de ma fille et s'adapter. Ça m'a vraiment permis de me sentir mieux entourée, plus supportée. (Indyra, mère)

La *coordination d'interventions ciblées* dans les différentes sphères de vie des familles semble être ce qui a spécifiquement contribué au mieux-être de plusieurs, entre autres en restaurant tranquillement un sentiment d'appartenance à la communauté d'accueil :

Mais aussi, Ève-Marie elle était toujours là. C'était elle qui nous aidait avec l'école, pour faire la relation avec le CLSC, l'école, la famille. C'était vraiment tout un travail ensemble pour aider. Vraiment on a reçu le soutien de plein de personnes différentes. Du soutien pédagogique, du soutien psychologique, tout ça... Pour moi, arriver au CLSC c'était comme arriver à la maison... c'était comme une nouvelle famille autour de nous. Ils font partie de notre vie maintenant. (Pamela, mère)

La multiplication des efforts et des modalités d'interventions peut donc avoir un effet *soutenant*, *contenant* et *réparateur* pour les familles, précisément lorsqu'elles sont *orchestrées par un intervenant* (ici, Ève-Marie) qui s'assure de la cohérence des interventions, mais aussi et surtout de la continuité du lien qui se tisse tranquillement entre la famille et l'environnement d'accueil. À l'inverse, nous avons également constaté qu'une multiplication trop importante des intervenants peut créer un manque de continuité dans les soins et être *désorganisant* pour la famille et l'enfant. Dans certains cas, cela irait jusqu'à contribuer à une forme d'ambivalence dans le lien, entre la confiance et la méfiance :

Oui, y'a plein de monde qui essaient de m'aider... Je ne sais même plus leur nom tellement il y en a ...Y'a toujours des rendez-vous et ça change. C'est compliqué. En même temps, ça fait plein de monde qui sont de mon côté... Mais en même temps, ça fait vraiment plein de monde qui me posent les mêmes questions. Tout le temps les mêmes questions. Et je suis tannée de raconter. Je pense qu'ils sont là pour me protéger. Pour être de mon côté. Mais des fois tout les intervenants, je suis juste pas sûre de comprendre. Des fois je me dis, ok hier c'était elle, aujourd'hui c'est elle et elles me disent tout le temps; on va vous aider, on est là pour t'aider. Ils me disent que je peux leur faire confiance et que c'est

confidentiel et que je peux me sentir en sécurité, mais en même temps, des fois, je veux pas parler, je fais pas confiance. (Thaïs, adolescente)

Un peu plus tard, Thaïs nous a précisé son souhait de revoir la même intervenante plus souvent et régulièrement. Par les paroles de Thaïs, on constate que la multiplication insuffisamment coordonnée des interventions répète un contexte potentiellement traumatisant ou violent pour elle, en exigeant de nouveau qu'elle dévoile son histoire traumatique intime et privée alors qu'elle souhaiterait s'en protéger.

Thaïs n'est pas la seule à avoir évoqué une certaine *confusion* au niveau des soins qui lui sont offerts ainsi que *l'absence de continuité dans les liens thérapeutiques*. Thomas dénonce aussi cette situation et ses impacts sur l'enfant qu'il accompagne : « Dans ce dossier-là, on est à notre 3^e travailleuse sociale. Pour un enfant réfugié, traumatisé, abandonné et méfiant... C'est clair que ça aide pas. » (Thomas, Intervenant)

La multiplication des interventions, une coordination insuffisante et un manque de continuité du lien thérapeutique ont été évoqués par plusieurs autres familles. Souvent, ces écueils résultaient de contraintes institutionnelles hors du contrôle des intervenants impliqués (congé de maladie, changements de postes, restructurations, etc.). Toutefois, dans certains cas, ces ruptures résultaient d'une *mésentente* entre les acteurs impliqués auprès de l'enfant et pouvaient aller jusqu'à une forme de *violence institutionnelle répétée* à l'endroit de la famille. C'est ce qu'évoque Jonathan (Intervenant) :

L'école, on dirait qu'ils se foutent complètement de ce que cet enfant-là a vécu... Y'a vécu des choses... Ils veulent juste le médicamenter pour qu'il arrête de déranger. À un moment donné, la maman voulait pas signer le plan d'intervention. Elle veut pas médicamenter son fils et je la comprends, il n'a même pas de diagnostic... Et bin l'école a décidé qu'elle coupait le transport de l'enfant parce que la mère signait pas. Bin l'enfant n'était plus scolarisé, ils l'ont renvoyé chez lui. (...)

En fait, tout le monde se lance la balle, bien à un moment donné va falloir que quelqu'un l'attrape la balle... Moi, je fais ce que je peux, mais je n'ai pas le pouvoir institutionnel de mobiliser les évaluations et les ressources dont il a besoin. La mère est découragée. C'est *rough* ce que je vais dire, mais on dirait que tout le monde veut s'en débarrasser de cet enfant-là. On fait juste répéter l'histoire de sa vie... (Jonathan, intervenant)

Le récit de Jonathan dénonce les limites institutionnelles avec lesquelles il doit composer et l'impuissance dans laquelle ces limites le placent. Un peu plus tard dans l'entrevue, il s'indignera aussi devant ce qu'il qualifie comme étant « la violence du système, à la fois défailant et discriminatoire » envers la famille qu'il accompagne.

Du lien thérapeutique à l'action militante et engagée

Comme Jonathan, plusieurs des intervenants rencontrés ont dénoncé les *multiples formes de violence institutionnelle* à l'endroit des familles, principalement concernant les démarches d'immigration. D'ailleurs, les propos d'Abdul, 16 ans, illustrent sans compromis cette nouvelle forme, certes plus subtile, de violence organisée :

Il y avait la violence contre nous là-bas et on est parti... ici, y'a aussi la même chose... c'est pas la violence pareille, mais c'est encore contre nous... (Abdul, adolescent)

Dans certains cas, cette violence institutionnelle pouvait prendre la forme d'une négation du vécu traumatique des enfants et des familles, justifié par le mythe du faux réfugié menteur (Rousseau, 2000) :

Au départ, c'est le psychiatre qui a aidé. Au moins, le psychiatre a pu expliquer à l'immigration que mon enfant a des problèmes pour vrai et que ce n'est pas des choses qu'on a inventées pour être ici. (Asma, mère)

Pour toutes les familles, de multiples formes de violences institutionnelles associées aux démarches migratoires et à l'accès aux soins et services se surajoutaient aux défis quotidiens. Par rapport à de telles situations, plusieurs équipes d'intervenants reconnaissaient se mobiliser pour se porter à la défense des droits et du bien-être des familles. Leurs actions, non pas uniquement cliniques, mais engagées, politiques et citoyennes pouvaient prendre différentes formes. Pour une majorité des familles, les équipes de première ligne avaient *recours au pouvoir institutionnel de la pédopsychiatrie* par la rédaction de rapports attestant du vécu traumatique des enfants et des dangers d'une déportation éventuelle pour leur santé. Pour Indyra (mère), c'est sans aucun doute le service le plus précieux qu'elle aura reçu de l'équipe :

Finalement, au CLSC, on nous a offert une évaluation par le psychiatre. C'est le rapport d'évaluation du psychiatre qui a permis de stopper le processus de déportation. Si on n'avait pas eu un psychiatre qui disait que ma fille était traumatisée de retourner là-bas et qu'elle avait besoin de soins, on nous aurait déportés. (Indyra, mère)

Les intervenants devaient également parfois faire pression sur les institutions scolaires pour que les enfants sans papier puissent être scolarisés. Dans d'autres cas, une sortie dans les médias a été initiée par les intervenants afin de dénoncer l'injustice dont une famille était victime, et ce, afin de faire pression sur l'immigration. Autrement, certains intervenants s'étaient impliqués pour faciliter l'accès à des soins de santé nécessaires pour des enfants.

L'autre jour, ma fille a essayé d'ouvrir une canne de conserve avec un couteau et elle s'est tout ouvert la main. Là je savais pu quoi faire. Je savais que je devais l'amener à l'hôpital, mais on a pas de papier... J'ai

mis un pansement et on a attendu, mais ça s'est infecté et c'était vraiment pas beau... Finalement, on en a parlé à Anca (Intervenante). Quand Anca a vu la main, elle nous a dit qu'on n'avait pas le choix, il fallait voir le médecin, mais on avait peur à cause des papiers. Finalement, je pense que c'est Anca qui leur a parlé... mais en tout cas, c'est elle qui est venue à l'urgence avec nous et qui leur a parlé... et ça a été correct, le médecin nous a aidé et a rien demandé... (Lucy, mère)

De telles actions pour faciliter le processus migratoire des familles, les protéger et assurer le respect de leurs droits auraient une fonction protectrice, mais également thérapeutique par les messages qu'elles véhiculent :

Il nous a vus nous mobiliser pour écrire le rapport, pour le faire parvenir à l'avocat, tout ça. Il a vu qu'on était là non pas juste pour son soutien et sa sécurité psychologique, mais aussi pour défendre ses droits. C'était vraiment ce qu'on voulait créer autour de lui... qu'on répare quelque chose psychiquement en lui montrant qu'on est là pour lui. (Judith, Intervenante)

De fait, plusieurs intervenants se disaient *investis d'une mission clinique, laquelle ne peut s'affranchir d'une parole politique ou d'actions militantes*. Nous avons donc observé en quoi le politique et le thérapeutique interagissaient dans les pratiques soignantes des intervenants ainsi que dans les discours qu'ils tenaient sur celles-ci. C'est d'ailleurs ce que France a mis de l'avant dans sa compréhension de son rôle d'intervenante :

C'est comme une question éthique... Parce qu'ils ont vécu de la souffrance organisée, parce que le contexte d'immigration ravive et amplifie leur trauma, bien l'intervention clinique doit aussi viser la réinsertion sociale, mais aussi la protection et la défense de leurs droits... Ils ont tellement vécu tellement d'injustices avant... (France, Intervenante)

Pour France, parce que la source de la souffrance traumatique des familles s'inscrit dans un contexte politique et d'abus de pouvoir, le processus thérapeutique doit impérativement interagir avec le politique. D'ailleurs, France précisera plus loin qu'une pratique clinique qui tenterait de s'affranchir de toute action militante serait susceptible de faire davantage de dommage aux familles, en niant les abus de pouvoir qui doivent être réparés et contrebalancés.

D'ailleurs, les équipes de soins se retrouvaient elles aussi à devoir composer avec plusieurs limites des instances à l'endroit des familles. Dans plusieurs cas, les soignants rapportaient mobiliser les sources de pouvoir institutionnel à leur disposition (notamment la pédopsychiatrie), de sorte à dénouer les impasses du système. C'est d'ailleurs ce qui a été fait pour 6 des 8 familles afin de faire pression auprès de l'immigration. Or, ce type d'instrumentalisation du pouvoir institutionnel - pour contrebalancer l'abus de pouvoir dont avaient été victimes les familles sur leur trajectoire -

était possible uniquement au sein des équipes où une parole politique, militante et engagée pouvait circuler librement.

Nous avons rencontré des intervenants dénonçant l'absence d'une position politique claire au sein de leurs équipes et institutions. Pour d'autres, la question politique s'avérait une tache aveugle de la pratique soignante. Dans certains cas, tel que l'évoque Martine, les limites institutionnelles auxquelles étaient confrontés les intervenants étaient source d'impuissance, voire de résignation : « C'est devenu impossible pour moi de les aider dans les limites institutionnelles. Je suis aussi prise qu'eux. » (Martine, intervenante)

Cependant, même dans l'absence d'une posture d'équipe claire quant à la défense des droits des réfugiés, certains intervenants choisissaient de transgresser certaines règles institutionnelles rigides, dans une volonté soignante et éthique de mieux répondre aux besoins des familles. Toutefois, cela n'était pas sans conséquence personnelle pour les intervenants :

S'il y a un cadre institutionnel rigide et que l'équipe n'est pas liée dans une mission clinique, qui est de protéger les réfugiés, ça ne peut pas fonctionner... Bien je transgressais... Mon éthique personnelle passait avant les prescriptions institutionnelles... mais j'étais toute seule avec ça... je ne pouvais pas l'élaborer... Et en même temps, de porter mon cadre éthique et clinique à l'intérieur de moi toute seule, on s'entend que ça peut créer de la confusion des fois si on n'a pas de place pour le déposer et l'élaborer... (Judith, Intervenante)

L'absence d'une mission militante au sein de la fonction soignante était aussi susceptible de limiter le pouvoir d'agir des intervenants : bien qu'ils osaient transgresser certaines de leurs fonctions, ils se butaient à des barrières institutionnelles, mais où le recours à un pouvoir institutionnel instrumental était impossible :

Là, même si j'ai pas l'autorité de le faire, j'ai décidé de prendre les choses en mains, car on était dans l'impasse. J'ai sollicité la pédopsychiatre. J'ai sollicité l'équipe de pédiatrie sociale et je leur ai dit que je voulais qu'on se rencontre tout le monde ensemble.... bin au final, ça a pas donné grand-chose, car personne d'autre a pris ça en charge... (Thomas, Intervenante)

Là où ça bloque, c'est pour l'accès aux services. Moi je peux rien faire j'ai l'impression. Je suis aussi pris que l'enfant. Je suis intervenant. En fait, en ce moment, je suis complètement en dehors de mon rôle d'intervenant. Et ce qui est difficile, c'est qu'on fait affaire avec des hôpitaux, des écoles et y a des hiérarchies à respecter. Je prends contact avec eux et ils sont tout déboussolés que j'essaie de prendre des choses en mains. Faut qu'il y ait un docteur... là, y'a rien qui se passe simplement à cause de questions de hiérarchie. (Jonathan, Intervenante)

Les paroles de Jonathan soulèvent les écueils de l'absence de mobilisation d'un pouvoir institutionnel, lequel semblait s'inscrire dans une apparente scission entre le thérapeutique et le politique.

DISCUSSION

Notre analyse du parcours de soins de familles réfugiées visait à comprendre les particularités des soins leur étant offerts ainsi qu'à interroger l'adéquation des services en fonction des problèmes spécifiques présentés par les familles.

À l'instar des nombreux écrits sur la santé mentale des jeunes réfugiés (Fazel *et al.*, 2012; Papazian-Zohrabian, 2015), les enfants de notre échantillon portaient les traces d'un passé traumatique et présentaient des portraits cliniques similaires aux prévalences répertoriées dans la littérature. Dans plusieurs cas, les familles ont trouvé leur chemin vers les services de SMJ à la suite d'une référence de l'école, où les intervenants étaient dans une posture privilégiée pour détecter les difficultés des enfants (Rousseau *et al.*, 2012). Les processus d'évaluation et de consultation en pédopsychiatrie ont permis d'éclaircir les problèmes des enfants en révélant un passé traumatique à la source des symptômes manifestés dans le cadre scolaire.

Lorsque l'alliance et la collaboration étaient assurées entre les familles, les instances et les intervenants, certaines écoles se sont avérées d'un grand soutien dans la mise en place des plans d'intervention. Dans la littérature, le rôle structurant et soutenant des institutions scolaires dans la résilience des enfants réfugiés est bien documenté (Papazian-Zohrabian, 2015). Toutefois, notre analyse suggère qu'en l'absence d'une compréhension partagée de la situation de l'enfant et de la sensibilité nécessaire des intervenants à l'endroit de la famille, l'institution scolaire est susceptible de s'inscrire en tant que facteur d'adversité supplémentaire en répétant abandon, discrimination et stigmatisation de l'enfant ou de sa famille.

Ces résultats d'analyse appuient d'ailleurs les conclusions de Rousseau et ses collaborateurs (2012) qui suggèrent que les intervenants de première ligne, y compris les intervenants scolaires, peuvent contribuer à l'accompagnement des familles réfugiées en SMJ, si elles sont supportées et encadrées par un processus de consultation culturelle en pédopsychiatrie. Non seulement la consultation permet d'orienter l'intervention, mais se veut également un espace structurant et contenant pour les intervenants eux-mêmes. (Rousseau *et al.*, 2017). Le rôle de la pédopsychiatrie serait de porter tant la famille que l'équipe de première ligne (Rousseau *et al.*, 2012). Nous ajoutons toutefois que le rôle de la

consultation en pédopsychiatrie serait aussi celui d'être particulièrement sensible aux dynamiques de pouvoir et d'abus de différentes instances à l'endroit de la famille, pour ainsi choisir de mobiliser le pouvoir institutionnel nécessaire pour se porter à la défense des droits des familles.

D'ailleurs, outre leur passé traumatique, nous avons constaté que les familles composaient aussi avec une adversité quotidienne qui les fragilise d'autant plus sur le plan de la santé mentale. À cet égard, certains écrits avancent que les réfugiés vivent un double traumatisme : le premier, dans leur pays d'origine, où ils ont été les cibles de violences collectives, et le deuxième vient du déni de ce qu'ils ont vécu par le pays hôte (Rousseau, 2000), qui peut se traduire par une banalisation de leur expérience, par un discours sur les faux réfugiés mensongers, par une exigence constante de dévoilement (immigration) ou par le rejet, la stigmatisation et la discrimination de la part de certaines institutions (migratoires, scolaires, de santé) à leur endroit.

La violence institutionnelle et la discontinuité de soins émergent donc de notre étude en tant que deux facteurs d'adversité centraux propres à la trajectoire postmigratoire des familles suivies en SMJ. Si le système actuel comporte inévitablement de grandes limites, notamment institutionnelles, il est également possible de penser que les sentiments de violence et de rupture interagissent de manière complexe avec l'expérience traumatique initiale des familles, pour ainsi amplifier les sentiments de vulnérabilité et d'insécurité associés. Il nous semble nécessaire de saisir en quoi les facteurs institutionnels et cliniques sont susceptibles d'interagir, sans pour autant minimiser la violence organisée de notre société ou encore tendre vers un idéal de réparation ultime qui ne tiendrait pas compte des déceptions inévitables associées aux processus migratoires des familles.

Néanmoins, il nous semble que les soins de SMJ destinés aux familles réfugiées ne devraient pas se limiter à leur dimension clinique, mais bien à s'arrimer de manière réflexive à une parole citoyenne qui puisse prendre en compte les interactions complexes entre les sphères psychiques, sociales et politiques. Une mission claire de soins, qui consisterait également à défendre et à protéger les familles dans les limites du possible, deviendrait une exigence éthique supplémentaire inhérente aux pratiques soignantes en SMJ destinées aux familles en situation de migration forcée.

D'ailleurs, il nous semble que c'est précisément cet engagement politique qui puisse faire une différence dans les parcours des familles en facilitant le recours au pouvoir institutionnel de la pédopsychiatrie, soit pour faire pression sur les instances, soit pour soutenir, structurer et légitimer

certaines pratiques non conventionnelles des intervenants de première ligne. En l'absence d'une telle mission partagée, les intervenants peuvent se retrouver impuissants et isolés, voire paralysés par des dynamiques de soins polarisés et agissantes plutôt que réflexives. Ainsi, les espaces de consultations collectives en pédopsychiatrie deviennent des lieux privilégiés pour solidifier cette mission politique et soignante, la réfléchir dans toutes ses nuances ainsi que pour permettre aux intervenants de se l'approprier à même leur pratique.

Une conception des espaces de soins comme étant à la fois thérapeutiques et politiques est bien entendu controversée, précisément dans le domaine de la santé mentale (psychologie, psychiatrie). La posture engagée et militante s'affranchit complètement des postures d'objectivité scientifique, de neutralité clinique ou même des postures de bienveillance ou de compassion mises de l'avant dans certaines approches. Pourtant, tel que l'évoquent Gaillard et ses collaborateurs (2014), les pratiques psychologiques s'inscrivent dans un monde social et, ainsi, elles peuvent résister, voire s'opposer à des mouvements dominants de la société. De fait, en ce qui concerne la question spécifique des familles réfugiées, l'absence d'une prise de position sur le plan social, le silence ou encore la non-intervention, sont aussi des choix : ils appuient le statu quo et, en cela, témoignent également d'une posture politique susceptible d'interférer avec le thérapeutique. Ainsi, les pratiques psychologiques sont toujours des pratiques citoyennes et politiques. Engagées, adaptées et impliquées, les pratiques soignantes en SMJ sont susceptibles de contribuer à l'insertion des familles réfugiées et à de nouvelles configurations d'un mieux-vivre ensemble.

Conclusions et implications

Les équipes de soins partagés en SMJ sont susceptibles de répondre aux besoins spécifiques des familles réfugiées en tissant des liens structurants autour de celles-ci, et ce, dans la mesure où elles s'inscrivent à même une mission politique claire de défense et de protection des droits des réfugiés. Les espaces de consultation culturelle en pédopsychiatrie sont nécessaires pour réfléchir les enjeux de pouvoirs inhérents à la pratique auprès des familles réfugiées et à ses interactions complexes avec la clinique. Bref, nos conclusions suggèrent l'importance d'une mission de soins engagés explicite au sein des équipes de SMJ pour mieux composer avec les enjeux spécifiques vécus par les familles réfugiées, entre autres au regard des défis posés par les diverses instances (Nadeau *et al.*, 2012).

De par les limites inhérentes à notre devis de recherche, la valeur de notre étude est essentiellement heuristique. D'une part, elle ouvre sur diverses pistes de recherche prometteuses pouvant permettre de

documenter de manière systématique et exhaustive l'évolution clinique des jeunes réfugiés en étudiant ses liens potentiels avec : la qualité de l'alliance entre les différents acteurs des soins, la continuité des soins, le lien d'attachement enfant-intervenant, la cohésion des équipes de soins autour de missions claires, l'alliance entre les équipes de première ligne et la pédopsychiatrie, etc.

D'autre part, notre recherche soulève des questions fondamentales sur le plan de la pratique du psychologue. Elle nous invite à nous interroger sur les valeurs humaines et sociales qui sous-tendent notre pratique et à remettre en question certains de nos cadres de référence. Cette pratique nous porte vers un engagement citoyen et vers une réappropriation de nos convictions personnelles et politique, à même notre pratique clinique. Quelle est notre mission soignante et quelle place occupe-t-elle sur la sphère collective? De quelles façons souhaitons-nous incarner cette mission? Au cœur des profondes transformations sociales qui bouleversent nos rapports aux autres et à nous-mêmes, notre capacité d'adapter notre pratique soignante, de naviguer les différents espaces politiques, sociaux, culturels, thérapeutiques et de se réinventer dans une pratique métissée, sont autant de manières de faire honneur à la résilience que doivent déployer les familles réfugiées dans leur rétablissement. C'est ainsi, qu'en tant que psychologues, nous sommes amenés à participer à la configuration d'un mieux-vivre ensemble.

RÉFÉRENCES

- Altounian, J. (2000). *La survivance : Traduire le trauma collectif*. Paris, France : Dunod.
- Altounian, J. (2005). *L'intraduisible : Deuil, mémoire, transmission*. Paris, France : Dunod.
- Barrois, C. (1998). *Les Névroses traumatiques*. Paris, France : Dunod.
- Beiser, M., Hamilton, H., Rummens, J. A., Oxman-Martinez, J., Ogilvie, L., Humphrey, C. et Armstrong, R. (2010). Predictors of emotional problems and physical aggression among children of Hong Kong Chinese, Mainland Chinese and Filipino immigrants to Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(10), 1011-1021.
- Bertrand, S., Bessette, P., Krymko-Bleton, I., Dufour, V. et Lesourd, S. (2011). Le *Test des quatre dessins* comme fenêtre sur la vie psychique infantile : un exemple d'analyse. *Revue québécoise de psychologie*, 32(3), 289-310.
- Blanchet, L. (1996). *Le petit train*. Montréal, QC : Service Enfance-Famille Hôpital Jean-Talon.
- Braun V. et Clarke V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C. et Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282.
- Gaillard, G., Talpin, J.-M., Cuvillier, B. et Mercader, P. (dir.). (2014). *Pratiques psychologiques, pratiques citoyennes : Engagement, aliénation et lien social*. Paris, France : In Press.
- Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). (2010). *Convention and Protocol Relating to the Status of Refugees*. Repéré à <http://www.unhcr.org/protection/basic/3b66c2aa10/convention-protocol-relating-status-refugees.html>
- Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). (2016). *Global Trends: Forced Displacement in 2015*. Repéré à <http://www.unhcr.org/576408cd7>

- Kleinman, A. et Kleinman, J. (1997). The appeal of experience; The dismay of images: Cultural appropriations of suffering in our times. Dans A. Kleinman, V. Das et M. Lock (dir.), *Social suffering* (p. 1-24). Berkeley, CA : University of California.
- Lacroix, L. (2002). Retour au pays d'origine : Créativité sensorielle par l'utilisation du jeu de sable en art-thérapie. *PRISME*, 37, 32-45.
- Luxenberg, T., Spinazzola, J. H. et van der Kolk, B. A. (2001). Complex trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) diagnosis. *Directions in Psychiatry*, 21, 373-414.
- Moro, M. R. (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants et de l'adolescent*. Paris, France : Dunod.
- Nadeau, L., Jaimes, A., Rousseau, C., Papazian-Zohrabian, G., Germain, K., Broadhurst, J.,... Measham, T. (2012). Partnership at the forefront of change: Documenting the transformation of child and youth mental health services in Quebec. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(2), 91-97.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Papazian-Zohrabian, G. (2015). Les enfants traumatisés et endeuillés par la guerre. Dans C. Fawer Caputo et M. Julier-Costes (dir.), *La mort à l'école : Annoncer, accueillir, accompagner* (p. 249-270). Paris, France : De Boeck Supérieur.
- Persson, T. J. et Rousseau, C. (2009). School-based interventions for minors in war-exposed countries: a review of targeted and general programmes. *Torture*, 19(2), 88-101.
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative research in counseling psychology: A primer on research paradigms and philosophy of science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136.
- Priya, K. R. (2012). Trauma reactions, suffering, and healing among riot-affected internally displaced children of Gujarat, India: A qualitative inquiry. *Qualitative Research in Psychology*, 9(3), 189-209. doi:10.1080/14780887.2010.500353
- Rothe, E. M., Lewis, J., Castillo-Matos, H., Martinez, O., Busquets, R. et Martinez, I. (2002). Posttraumatic stress disorder among Cuban children and adolescents after release from a refugee camp. *Psychiatric Services*, 53(8), 970-976.
- Rousseau, C. (2000). Les réfugiés à notre porte : violence organisée et souffrance sociale. *Criminologie*, 33(1), 185-201. doi:10.7202/004743ar
- Rousseau, C. et Drapeau, A. (2003). Are refugee children an at-risk group? A longitudinal study of Cambodian adolescents. *Journal of Refugee Studies*, 16(1), 67-81.
- Rousseau, C., Measham, T. et Nadeau, L. (2012). Addressing trauma in collaborative mental health care for refugee children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 18(1), 121-136.
- Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T. et Broadhurst, J. (2017). La santé mentale jeunesse : un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101-118.
- Sullivan, M., Bhuyan, R., Senturia, K., Shiu-Thornton, S. et Ciske, S. (2005). Participatory action research in practice: A case study in addressing domestic violence in nine cultural communities. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(8), 977-995. doi : 10.1177/0886260505277680
- Summerfield, D. (2000). Childhood, war, refugeeedom and "trauma": Three core questions for mental health professionals. *Transcultural Psychiatry*, 37(3), 417-433. doi:10.1177/136346150003700308
- Summerfield, D. (2002). Effects of war: moral knowledge, revenge, reconciliation, and medicalised concepts of "recovery". *British Medical Journal*, 325(7372), 1105-1107.
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight "Big-Tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851. doi:10.1177/1077800410383121

RÉSUMÉ

Cette étude de cas multiples poursuit l'objectif de mieux comprendre les soins de santé mentale offerts aux familles réfugiées. Des données qualitatives ont été recueillies auprès de 8 familles et de leurs intervenants. Notre analyse révèle deux dynamiques dans l'expérience de soins. D'une part, des soins adaptés et coordonnés pourraient contribuer à la

reconstruction du filet social autour de la famille et de l'enfant, auparavant détruit par la violence collective. Cependant, une certaine violence institutionnelle pourrait répéter les ruptures traumatiques chez l'enfant réfugié. Les résultats sont interprétés à partir des cadres complémentaires de l'ethnopsychiatrie et de la souffrance sociale.

MOTS CLÉS

familles réfugiées, santé mentale jeunesse, violence institutionnelle, trauma.

ABSTRACT

This multiple case study aims at better understanding Youth Mental Health Care dedicated to refugee families. We collect qualitative data with 8 refugee families and their health care professionals. Our analysis reveals two tendencies in the health care dynamics. Well-coordinated care seemed to contribute to recreating the social bonds for refugee families, who suffered from collective violence. However, institutional violence may contribute to the original traumatic experience for refugee children. Results are discussed within the ethno psychiatry and social suffering conceptual frameworks.

KEY WORDS

refugee families, youth mental health, institutional violence, trauma.
