

Faire face à un exode moderne : étude longitudinale des besoins spécifiques de familles réfugiées syriennes

Date : 09.06.2021

Auteurs :

- Nahema El Ghaziri : Département vulnérabilité et médecine sociale, Unisanté
- Jérémie Blaser : Département vulnérabilité et médecine sociale, Unisanté
- Joëlle Darwiche : Centre de recherche sur la famille et le développement,
Institut de psychologie, UNIL
- Joan-Carles Suris : Département épidémiologie et systèmes de santé, Unisanté
- Javier Sanchis Zozaya : Département vulnérabilité et médecine sociale, Unisanté
- Régis Marion-Veyron : Département des policliniques, Unisanté
- Dario Spini : Centre interdisciplinaire de recherche sur les parcours de vie et les
vulnérabilités (LIVES), et Institut des sciences sociales, UNIL
- Patrick Bodenmann : Département vulnérabilité et médecine sociale, Unisanté

Table des matières

Table des matières	2
Abstract	4
Contexte du projet	4
Objectifs de l'étude	5
Méthode	6
Protocole.....	6
Réculte de données.....	6
Critères d'inclusion.....	7
Questionnaires	7
Traitement statistique des données.....	8
Obstacles et aménagements.....	8
Résultats	9
Données sociodémographiques de l'échantillon.....	9
Description des familles PSR.....	9
Familles non-PSR	10
État de santé général.....	12
1. Santé physique (> 14 ans).....	13
2. Santé psychique (> 14 ans)	15
3. Santé globale (< 14 ans).....	16
Récapitulatif et analyse	17
Troubles psychiques	18
Trouble dépressif majeur	18
Trouble panique	20
Stress post-traumatique.....	21
Troubles anxieux.....	22
Récapitulatif et analyse	24

Qualité des relations familiales	25
Qualité de la relation conjugale.....	25
Récapitulatif et analyse	27
Fonctionnement familial général	27
Récapitulatif et analyse	29
Qualité de la relation parent-enfant	29
Récapitulatif et analyse	32
Parentification	32
Récapitulatif et analyse	35
Relations sociales	35
Soutien social.....	35
Récapitulatif et analyse	41
Appartenance à des groupes sociaux	41
Récapitulatif et analyse	43
Discussion	43
Limites.....	46
Conclusion	47
Bibliographie.....	Erreur ! Signet non défini.

Abstract

Depuis 2011, la Syrie fait face à une crise humanitaire due à la guerre civile qui fait rage dans le pays. En 2013, la Confédération suisse a décidé d'aider la population syrienne déplacée en lançant un projet nommé "réinstallation". Nous avons cherché à comparer l'impact de cette facilitation du processus d'asile sur le bien-être des familles syriennes. Il apparaît que les familles bénéficiant du programme de réinstallation suisse se portent effectivement mieux, comparées à des familles étant venues par leurs propres moyens ou au travers de programmes européens. Malgré les contraintes du terrain nous avons réussi à inclure 19 familles dans le groupe PSR (programme suisse de réinstallation) que nous avons vu à trois temps de mesure et 15 familles dans le groupe non-PSR. Nous avons évalué leur santé physique, psychique, leurs relations familiales et sociales. Il apparaît que les deux groupes diffèrent surtout en ce qui concerne la santé psychique et que la famille joue un rôle de soutien important. Enfin les mères PSR semblent à risque, car si elles ne rapportent pas plus de troubles psychiques que les pères, elles rapportent néanmoins un niveau de santé psychique global plus faible et qui chute avec le temps, et ce combiné à un sentiment de soutien qui est lui aussi inférieur.

Contexte du projet

Depuis près d'une décennie, la Syrie fait face à une guerre civile particulièrement destructrice et ayant mené plus de 6 millions de Syriens à l'exil [1]. En 2013, la Confédération suisse a décidé d'aider la population syrienne déplacée grâce à un projet pilote. Au travers de ce projet, la Suisse a relancé la politique de « réinstallation » instiguée par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et qui, sur son territoire, avait été suspendue depuis 1993. Ce projet pilote réunissait huit cantons et a permis l'accueil d'environ 500 personnes, choisies notamment selon des critères de vulnérabilité [2]. En mars 2015, ce projet a été étendu à tous les cantons suisses, avec l'objectif d'accueillir 3000 Syriens supplémentaires sur 3 ans.

En parallèle, l'Union Européenne a elle aussi entrepris un programme de relocalisation de migrants arrivant aux frontières, parmi lesquels un certain nombre de Syriens. La Confédération suisse a décidé de prendre part à ce programme en accueillant une partie de ces migrants.

Malgré le fait que ces deux programmes visent à faciliter l'asile dans notre pays, la procédure à suivre est très différente pour les personnes bénéficiant du programme suisse de réinstallation, comparées à celles impliquées dans le programme européen de relocalisation. La politique de réinstallation concerne des personnes ayant déjà fui leur pays d'origine, mais se trouvant dans une situation précaire. Concernant la Syrie, les personnes sont sélectionnées au Liban ou en Jordanie par le HCR. Elles sont ensuite envoyées en Suisse par contingents d'environ 7 familles et acquièrent un permis B dès leur entrée dans le pays. De plus, elles bénéficient de plusieurs mesures d'intégration, telles que l'accès à des cours de langue intensifs. Une aide significative était la présence de coaches parlant arabe et ayant pour mission d'assister les familles durant les deux premières années de la réinstallation. A noter cependant que l'obligation de l'engagement des coaches demandée par le Secrétariat d'Etat

aux migrations (SEM) s'est interrompue début 2020, et que le Centre social d'intégration aux réfugiés (CSIR) a finalement stoppé leur engagement dans la 2^{ème} moitié de l'année 2020.

Les personnes faisant partie du programme européen, suivent par contre la voie normale du processus de demande d'asile suisse, mais se voient faciliter l'accès à la Suisse depuis les autres pays de l'Union Européenne.

Au travers de ces différents programmes, la Suisse prévoyait donc l'arrivée d'un nombre important de migrants syriens, venant s'ajouter aux requérants d'asile arrivés par leurs propres moyens. Cela a nécessité certaines adaptations dans le domaine des soins, notamment en raison de leur procédure d'asile raccourcie et l'octroi d'un permis B directement aux familles issues du programme de réinstallation. Dans le canton de Vaud, la prise en charge médicale des requérants d'asile est coordonnée par le centre universitaire de médecine générale et de santé publique (Unisanté) pour les adultes, et par l'Hôpital de l'Enfance de Lausanne (HEL) pour les enfants. Pour les adultes, Unisanté, et plus particulièrement l'Unité de Soins aux Migrants (USMI), assure un bilan médical à l'arrivée, avec un schéma de rattrapage vaccinal, un bilan sérologique pour le virus de l'hépatite B ainsi que du VIH[3]. Pour les enfants, l'HEL suit une procédure similaire, le bilan s'adaptant à l'âge de l'enfant et effectuant systématiquement un test de Mantoux pour le dépistage de la tuberculose. L'USMI et l'HEL assurent également le suivi médical de ces patients tant qu'ils restent dans le domaine de l'asile.

Dans le cadre du programme suisse de réinstallation, cette prise en charge a dû être adaptée. Comme les participants à ce programme obtiennent rapidement un permis B, ils sortent de facto du processus standard des demandeurs d'asile et donc des systèmes de prise en charge réservés à ceux-ci. Pour cette raison, une prise en charge spécifique a été proposée, avec la création d'une « consultation famille », issue d'un partenariat entre Unisanté et l'HEL. La consultation famille a pour but de prodiguer un suivi similaire à celui des requérants d'asile, mais en prenant soin des familles entières, dans un cadre interdisciplinaire (collaboration d'un pédiatre, d'un généraliste, d'un membre de l'équipe infirmière et d'un interprète communautaire).

C'est de là qu'est né le projet de recherche que nous présentons dans ce document. Cette consultation famille représente une occasion unique d'obtenir une « photographie » de l'état de santé (mentale et physique) des réfugiés syriens, tout en adoptant une perspective systémique puisque la consultation famille permet d'avoir accès tant aux parents qu'aux enfants et donc à l'ensemble du système familial.

Objectifs de l'étude

Les objectifs principaux de cette étude sont d'évaluer l'impact du programme suisse de réinstallation et d'y proposer certaines modifications afin d'améliorer la prévention et la promotion de la santé mentale. Pour mieux y parvenir, la santé physique est également investiguée de manière sommaire. Ces objectifs sont atteints en comparant des familles faisant partie du programme suisse (familles PSR) à des familles syriennes arrivées en Suisse soit au travers du programme de relocalisation européen, soit par leurs propres moyens (familles non-PSR). Précisons qu'au-delà du fait que les familles non-PSR ne bénéficient pas des mêmes sources de soutien à l'intégration, la procédure d'asile normale est nettement plus longue. Or, de nombreuses études démontrent un lien significatif entre santé mentale et accès

au permis de réfugié statutaire [4, 5]. Nous nous attendions donc à des différences entre les deux groupes, en particulier en ce qui concerne la santé mentale.

De plus, les besoins sanitaires spécifiques des réfugiés syriens, notamment dans le cadre de la promotion de la santé ainsi que de la prévention, sont à explorer. En effet, une étude de l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne, ayant pour but d'évaluer dans quelle mesure les prestations de certains programmes cantonaux touchaient les personnes issues de la migration, avait conclu sur la nécessité trois des points suivants : « s'informer sur la situation des migrants dans les différentes communautés migrantes [...], opérer un suivi » et finalement « s'assurer que le plus de communautés possibles aient été contactées, que leur degré de compréhension ainsi que leur participation soit optimum et identifier les éventuels obstacles » [6]. Notre étude contribue à pallier ce manque. Par ailleurs, l'aspect novateur de notre recherche est qu'elle se focalise sur les familles et non les individus. Notre enquête sera donc utile afin de conseiller les décideurs politiques dans la prise en charge des migrants en Suisse, mais également à l'étranger, pour les questions des mesures d'intégration et de promotion de la santé mentale.

Méthode

Protocole

Afin d'atteindre les objectifs indiqués, une recherche longitudinale prospective a été développée. Ci-dessous, nous décrivons le protocole initial, qui, au vu des circonstances politiques a dû subir les adaptations que nous exposerons plus bas. Le protocole initial détaillé a fait l'objet d'une publication dans une revue scientifique [7].

La récolte de données s'est faite au travers de questionnaires standardisés lors d'entretiens en face-à-face. Ces entretiens ont eu lieu à trois reprises (T1, T2 et T3), et étaient chacun espacés de six mois. La première rencontre était programmée dans le courant des trois premiers mois d'installation dans le canton de Vaud. Ainsi, le premier temps de mesure (T1), avait lieu rapidement après l'arrivée dans le canton, tout en laissant aux familles le temps de s'adapter quelque peu à leur nouvelle vie. Le second temps de mesure (T2), était organisé six mois plus tard. Cela devait coïncider avec la période durant laquelle les familles devaient être transférées des foyers de l'établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) à leur habitation personnelle et représentait donc un changement important dans leur quotidien. Il était ainsi pertinent de vérifier si cela se traduisait par une évolution mesurable de leur situation. Le dernier temps de mesure (T3), avait lieu un an après l'arrivée en Suisse, et survenait donc une fois qu'une certaine routine s'était installée et que les familles avaient eu le temps de réaliser ce que la vie en Suisse signifie, ceci pouvant avoir une influence sur leur bien-être et donc sur les résultats des questionnaires.

Récolte de données

Le premier contact avec les familles PSR s'est fait au travers de leurs coaches. Un rendez-vous était initialement organisé dans chaque foyer d'accueil afin de présenter la recherche. Puis les familles ayant accepté de participer étaient vues de façon individuelle. Pour les familles non-PSR, le premier contact s'est fait au travers de leur assistant(e) social(e). Similairement, une rencontre afin de présenter la recherche était organisée dans leur foyer d'accueil. Notre chargée de recherche parlant arabe, les entretiens se sont déroulés sans interprète. Ceux-ci

ont eu lieu soit dans les foyers (T1), soit à domicile (pour T2 et T3). Les questionnaires étaient divisés en deux parties, la première concernant la santé psychique était hétéro-rapportée. Le reste des questionnaires était de type auto-rapportés. Néanmoins, les participants n’ayant pas nécessairement un niveau de lecture suffisant pour remplir seuls les questionnaires, il leur était systématiquement proposé que cela soit fait de façon hétéro-rapportée avec la chargée de recherche.

La récolte de données a débuté en février 2019 et s’est terminée en août 2020.

Critères d’inclusion

Les données de familles PSR et non-PSR ont été collectées, nous avons donc deux groupes indépendants. Nous avons considéré comme famille tout système comprenant au moins un parent et un enfant vivant dans le même logement. Les deux parents ainsi que les enfants dès 8 ans et habitant avec leurs parents dans le canton de Vaud ont été invités à participer à la recherche.

Questionnaires

Lors du premier entretien uniquement, des données sociodémographiques étaient collectées concernant l’âge, le genre, l’état civil, la religion, les langues parlées, le niveau d’éducation, la profession (avant 2011), le niveau socio-économique (avant 2011), l’âge et le nombre d’enfants, le réseau social suisse (pré-migration), le parcours de migration, la présence et la durée d’incarcération en Syrie et lors du parcours de migration, la date d’arrivée en Suisse. Pour le groupe non-PSR, le statut légal en Suisse a été renseigné à chaque entretien.

Le reste des mesures étaient collectées à chacun des trois temps de la recherche et sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 Questionnaires de la recherche

	Questionnaires	Nombre d’items	Cible
Comportements à risque	ASSIST [8]	6 items pour chacune de 9 substances (tabac, alcool et drogues)	≥ 14 ans
Troubles psychiques	M.I.N.I., [9]	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif majeur, 22 items • Trouble panique, 16 items • Trouble post-traumatique, 15 items • Anxiété généralisée, 11 items 	≥ 17 ans
	M.I.N.I. kid [10]	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble dépressif majeur, 13 items • Trouble panique, 23 items • Trouble post-traumatique, 15 items • Anxiété de séparation, 18 items 	8-16 ans

État de santé général	SF-12 [11]	12 items	≥ 14 ans
	SF-10 [12]	10 items	0-13 ans (rempli par la mère)
Qualité de la relation conjugale	S-DAS [13]	7 items	Parents
Fonctionnement familial	FAD [14]	12 items	≥ 8 ans
Qualité de la relation parent-enfant	A-FPRQ [15]	13 items	Parents et aîné si ≥ 8 ans
Parentification	PI [16]	22 items	Enfants ≥ 8 ans
Soutien social perçu	MSPSS [17]	12 items	≥ 8 ans
Appartenance à des groupes sociaux	GI [18]	4 items (Syrie /Suisse)	≥ 8 ans

Traitement statistique des données

Afin de comparer les groupes PSR et non-PSR nous avons procédé à des tests de Mann-Whitney pour les variables numériques ou ordinales, et à des tests de Fisher pour les variables dichotomiques (oui/non). Ces tests ont été réalisés en T2 et en T3, mais pas en T1 au vu du faible nombre de participants non-PSR.

Nous avons également étudié l'évolution du groupe PSR entre T1-T2 et T2-T3 au moyen des mêmes tests statistiques et en ne prenant en compte que les sujets ayant participé aux 3 temps de mesure. En raison du manque de donnée aux trois temps concernant le groupe non-PSR, cette comparaison longitudinale n'a pas pu être réalisée.

Finalement, nous avons comparé les résultats entre pères et mères PSR, toujours au moyen de tests de Mann-Whitney et de Fisher. Cette comparaison n'a pas été faite dans le groupe non-PSR car le nombre de pères y est très faible.

Obstacles et aménagements

En 2015, lors de la conception de ce projet, la continuité du PSR n'était pas assurée. Par conséquent, la taille de l'échantillon avait été fixée à 15 familles PSR (soit environ 2-3 contingents du projet de réinstallation), à comparer à 15 familles non-PSR. Le recrutement de ces dernières ne devant pas poser de problème, au vu des nombreuses arrivées de migrants syriens à l'époque.

Néanmoins en 2019, lorsque la récolte de données a débuté, la situation s'était inversée : la Suisse ayant décidé de pérenniser la politique de réinstallation et le nombre de migrants arrivant en Suisse par d'autres moyens ayant drastiquement chuté en raison de la fermeture

de certaines routes migratoires (Turquie, Hongrie). A noter également un possible impact des modifications des procédures d’asile en Suisse à cette période [19]. Nous avons donc été confrontés à un manque d’arrivées de familles non-PSR. Afin de résoudre ce problème, trois options ont été envisagées :

1. L’élargissement de l’étude à d’autres populations de migrants tels que les réfugiés afghans ou irakiens
2. La suppression du groupe contrôle et l’utilisation des résultats de précédentes publications comme référence de comparaison
3. L’inclusion rétroactive des familles syriennes non-PSR

La 1ère solution a été écartée, car la fermeture des routes migratoires a impacté l’ensemble des arrivées de migrants, quelle que soit leur nationalité. Il est ainsi apparu que cette solution n’aurait pas été suffisante afin de compléter le groupe contrôle (non-PSR). La 2ème solution n’a pas non plus été retenue, car si de nombreuses études portent sur les réfugiés syriens, la plupart se basent sur des données récoltées dans les pays limitrophes (Turquie et Liban) où les conditions d’asile sont très différentes de la Suisse. En outre, tel que relevé par Miles [20], les recherches portant sur le thème de la famille dans le domaine de la migration restent rares et par la suite, il serait difficile de se baser sur la littérature existante comme source de comparaison. Nous avons donc opté pour l’inclusion rétroactive des familles syriennes non-PSR, arrivées depuis janvier 2016 dans le canton de Vaud. Cette solution est également la plus proche du projet initial. Une des conséquences de ce choix étant que pour la majorité des familles non-PSR, seul un temps de mesure est disponible : le temps 3 (se situant pour ces dernières familles entre 1-3 ans après l’arrivée dans le canton de Vaud).

De plus, la récolte de données a été suspendue entre le 16 mars et le 29 mai 2020 pour des raisons sanitaires, dues à la pandémie de COVID-19.

Résultats

Par soucis de précision scientifique, nous avons volontairement inclus les résultats statistiques détaillés dans le texte de ce chapitre. Pour une lecture rapide des points principaux, nous invitons le lecteur à consulter les encadrés intitulés « Récapitulatifs et analyses » figurant à la fin chaque section. Pour une question de lisibilité, un rappel méthodologique concernant les questionnaires figure au début de la majorité des sections.

Données sociodémographiques de l’échantillon

Description des familles PSR

Parmi les 21 familles sollicitées, deux ont refusé de participer à la recherche sans donner d’explications précises. Des 19 familles restantes, tous les parents ont accepté de participer aux temps 1, 2 et 3 de l’étude. Trois enfants ont refusé de participer au temps 1, deux au temps 2 et 1 au temps 3 (un seul enfant n’a participé à aucun des temps). A noter néanmoins que 2 familles étant arrivées en décembre 2019 nous n’avons pas pu collecter leur temps 3 (la récolte de données ayant cessé en août 2020).

Notre groupe d'étude est issu de trois contingents. Le premier en provenance de Jordanie, les deux suivants du Liban. Par définition les familles PSR ont toutes un permis B. Le groupe PSR est ainsi composé de 19 mères, 19 pères, et 70 enfants, ce qui correspond à une moyenne de 3.7 enfants par famille. Parmi les enfants, 41 étaient en âge de participer (à l'un ou a plusieurs des temps de mesure), dont 18 garçons et 23 filles. Au T1 les mères avaient en moyenne 34 ans (min= 24, max= 44) et les pères 39 ans (min= 31, max= 54). Les enfants en âge de participer avaient en moyenne 12 ans (min= 8, max= 22).

Toutes les familles PSR sont mariées, de langue maternelle arabe et de religion sunnite. De plus, elles se décrivent comme étant dans la moyenne d'un point de vue socio-économique (hormis une, se considérant au-dessus de la moyenne). La majorité des parents ont arrêté leur scolarité entre 11 et 13 ans (n= 22/38), sans distinction de genre (Tableau 2). En ce qui concerne les enfants ayant participé à l'étude, plusieurs ont arrêté leur scolarité au Liban, soit pour travailler afin de subvenir aux besoins de la famille (uniquement des garçons, n= 7) soit parce que l'école publique leur était refusée (n= 1). Tous les enfants en Jordanie étaient scolarisés.

Tableau 2 Niveau d'éducation des parents PSR

	< Primaire	Primaire	Secondaire 1 (15 ans)	Secondaire 2 (18 ans)	> Secondaire
Pères	1	10	6	1	1
Mères	1	12	3	2	1

Dans le contexte du conflit syrien, trois des pères et une des mères ont passé une courte période en prison (moins de 2 semaines). De plus, deux pères y ont fait des séjours plus longs (3 mois pour l'un et 1 an pour l'autre). Toutes les familles ont passé au moins trois ans au Liban ou en Jordanie, la majorité d'entre elles ayant quitté la Syrie entre 2012 et 2013 (n= 13/19). Environ la moitié des familles n'avaient pas de réseau préalable en Suisse (n=10/19).

Nous avons également évalué la consommation de tabac, d'alcool et de tout type de drogues auprès des parents et des enfants âgés de plus de 14 ans. Étant donné que ces chiffres restent stables, nous ne rapportons qu'un seul des temps de mesure.

La majorité des pères PSR fument des cigarettes quotidiennement (n_{T1}=13/19). A l'inverse, la majorité des mères PSR, ne fument pas (n_{T1}=15/19). Celles qui fument le font généralement de façon hebdomadaire (n_{T1}= 3) et uniquement du narguilé.

Parmi les enfants PSR âgés de 14 ans ou plus (n_{T3}= 10), deux des fils rapportent une consommation de tabac, l'un quotidienne (cigarettes) et l'autre hebdomadaire (narguilé). Tous deux sont âgés de plus de 18 ans.

Concernant les autres substances, seul un des pères rapporte avoir déjà consommé de l'alcool (mais uniquement au cours de son service militaire). Aucun participant ne rapporte de consommation de drogues.

Familles non-PSR

Comme indiqué plus haut, plusieurs aspects ont compliqué la constitution du groupe non-PSR. Lors de la période de récolte de données, seules deux familles sont arrivées dans le canton de Vaud et l'une d'entre elles a refusé de participer, l'évocation du passé étant trop douloureuse

pour elle. De plus, et malgré la garantie de confidentialité, celle-ci avait des craintes quant à l'utilisation des données.

Au vu de l'absence de nouvelles arrivées, nous avons débuté les inclusions rétroactives en juillet 2019. Nous avons initialement pris contact avec les familles syriennes arrivées en Suisse à partir de mai 2018, afin de les inclure directement au temps 2 de l'étude (6 mois \pm 3 après l'arrivée dans le canton de Vaud) ou au temps 3 (12 mois \pm 3 après l'arrivée dans le canton de Vaud). Celles-ci étaient au nombre de 10. Parmi elles, sept ont accepté de participer (quatre au temps 2 et deux au temps 3).

Pour atteindre notre objectif de 15 familles, nous avons pris contact avec des familles arrivées depuis d'un an dans le canton Vaud (incluses au temps 3 de l'étude). Nous avons réussi à joindre 12 familles arrivées entre 2016 et 2017. Parmi elles, sept ont accepté de participer et cinq ont refusé.

Nous avons donc réussi à constituer un groupe de 15 familles, mais celui-ci comporte de nombreuses données manquantes et est nettement moins homogène que le groupe PSR. Aucune famille n'a participé aux 3 temps de l'étude, quatre familles ont participé aux temps 2 et 3. Enfin, une famille n'a participé qu'au temps 1, une autre uniquement au temps 2 et neuf familles n'ont participé qu'au temps 3. Le Tableau 3 indique le nombre de participants inclus à chaque temps de la recherche.

Tableau 3. Nombre de participants non-PSR inclus à chaque temps de l'étude

	T1	T2	T3
Nombre de familles Total= 15	1	5	13
Nombre de pères Total= 11	1	3	8
Nombre de mères Total= 14	0	5	13
Nombre d'enfants Total= 16	2	6	14

Ces 15 familles comprennent 15 mères, 12 pères (l'un des pères est porté disparu, un autre est décédé et le troisième est séparé de la mère et n'habite pas en Suisse) et 43 enfants, ce qui correspond à une moyenne de 2,9 enfants par famille (moyenne légèrement inférieure au groupe PSR), dont 18 en âge de participer. Parmi ces personnes, une mère et un père n'ont pas souhaité participer ainsi que 2 enfants (d'où les chiffres reportés dans le Tableau 3). De plus, un père ayant participé au T2 n'a pas souhaité poursuivre au T3, la famille ayant participé au T1 n'a plus pu être contactée par la suite et une famille ayant participé au T2 n'a pas pu être incluse au T3 à cause du COVID-19 et du gel de la collecte de données que cela a entraîné. Notre groupe de comparaison est donc finalement composé de 14 mères, 11 pères et 16 enfants. Lors de leur première participation les mères avaient en moyenne 36,5 ans (min=19, max=49) et les pères 40 ans (min=25, max=50). Les enfants en âge de participer avaient en moyenne 13,8 ans (min= 8, max=30). Au temps 3 de l'étude, trois familles avaient encore un permis N (demande d'asile en cours), 5 possédaient un permis F (admission à titre provisoire impliquant certaines restrictions telle que l'interdiction de sortir des frontières suisses) et cinq

avaient un permis B de réfugié. Concernant les familles n'ayant pas participé au temps 3 la première avait un permis B (T1) l'autre un permis N (T2).

Les familles composées de parents mariés sont au nombre de 11. Chez deux familles les parents sont séparés, quant aux deux autres, le père est décédé ou porté disparu. Nos participants non-PSR sont soit arabes ($n_{\text{familles}}=7$), soit kurdes ($n_{\text{familles}}=7$), une famille est mixte (mère kurde et père arabe). Une des familles est orthodoxe, les autres sont toutes sunnites. En ce qui concerne le niveau d'éducation, la plupart des parents ont étudié jusqu'à l'âge d'environ 13 ans, les mères ayant un niveau légèrement plus élevé (Tableau 4). Enfin, trois familles se décrivent comme venant d'un niveau socio-économique inférieur à la moyenne, sept familles rapportent un niveau socio-économique dans la moyenne et les dernières cinq considèrent qu'elles étaient au-dessus de la moyenne.

Tableau 4 Niveau d'éducation des parents non-PSR

	< Primaire	Primaire	Secondaire 1 (15 ans)	Apprentissage	Secondaire 2 (18 ans)	> Secondaire
Pères	1	4	3	1	1	1
Mères ¹	0	4	5	0	2	2

En ce qui concerne la consommation de substances, la plupart des pères non-PSR fument de façon quotidienne (sept sur les dix ayant répondu à ce questionnaire). Deux des pères rapportent avoir déjà consommé de l'alcool, mais pas au cours des trois derniers mois et un des pères dit en avoir consommé une à deux fois lors des trois mois précédant la collecte de données. Enfin, l'un des pères rapporte avoir fumé de la marijuana quelques mois après son arrivée en Suisse (et avant l'arrivée de sa famille), mais avoir cessé au bout d'une semaine.

Parmi les 13 mères non-PSR ayant rempli ce questionnaire, cinq n'ont jamais fumé et cinq fument quotidiennement (les autres ayant une consommation moins régulière). Les consommations quotidiennes sont en général des cigarettes alors que les consommations plus sporadiques sont plutôt de type narguilé. De plus, trois d'entre elles consomment de l'alcool de façon occasionnelle (une fois par mois ou moins). Aucune ne rapporte de consommation de drogues.

Parmi les sept enfants non-PSR de 14 ans ou plus, deux filles fument des cigarettes de façon quotidienne (plus de 18 ans) et consomment de l'alcool de façon occasionnelle (une fois par mois ou moins), un garçon (16 ans) rapporte une consommation hebdomadaire de tabac (narguilé). Aucun enfant ne rapporte de consommation de drogues.

État de santé général

L'état de santé physique ainsi que l'état de santé psychique (Sf-12) ont été évalués chez les parents et les enfants âgés de 14 ans ou plus (Figures 1 et 2). Pour les plus jeunes, un questionnaire adapté a permis de mesurer la santé physique et psychique globale (SF-10), celui-ci étant rempli par les mères.

¹ Pour l'une des mères cette donnée est manquante

1. Santé physique (> 14 ans)

La spécificité du Sf-12 est qu'il propose de pondérer les résultats en fonction de la moyenne américaine, celle-ci se situant à 50 et constitue le seuil clinique [21]. A noter que ce questionnaire a également été testé dans différents pays européens tels que la France, l'Italie ou l'Allemagne et que la moyenne de ces échantillons se situe également aux alentours de 50 (± 1 point). Ainsi, le seuil de 50 nous permet de comprendre où se situent les participants de notre recherche, par rapport à une population occidentale.

La figure 1 concerne la santé physique globale et nous apporte une vision d'ensemble de l'échantillon. Les différents graphiques représentent les résultats obtenus par les familles PSR (à droite) ainsi que les familles non-PSR (à gauche), en fonction du rôle dans la famille (père, mère, enfant). Par exemple, le graphique situé à la gauche de la ligne supérieure correspond aux résultats des pères non-PSR. Chaque point représente une mesure. Lorsqu'un individu a participé à plusieurs temps de la recherche, ses points sont reliés par une ligne. Les couleurs des points dépendent du score obtenu : les individus dont le score se situe au moins une fois (au cours des 3 temps) en dessous de la moyenne américaine sont en rouge, alors que les autres sont en vert.

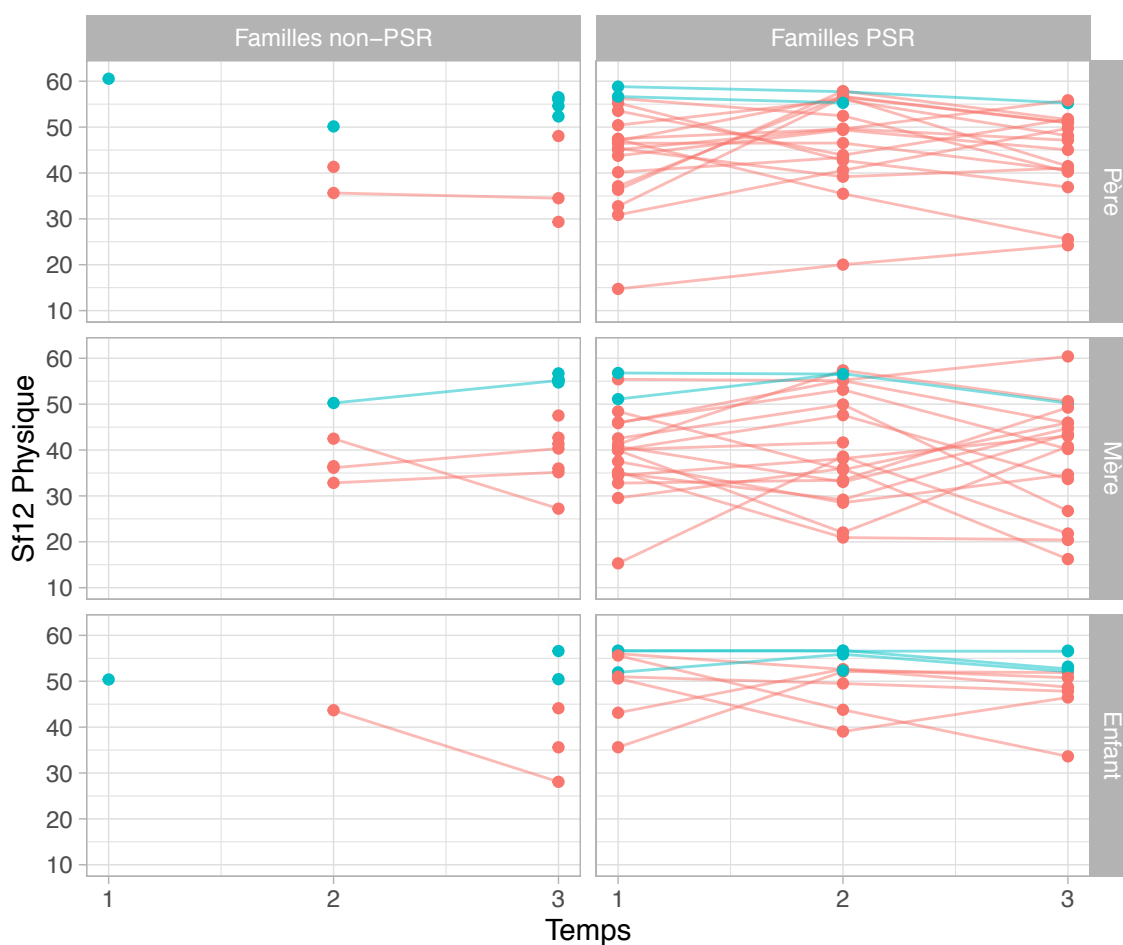


Figure 1 Santé Physique en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (les participants se situant au moins une fois en dessous de la moyenne américaine de 50 sont indiqués en rouge)

On remarque que la majorité des points sont en rouge, indiquant que les individus rapportent au moins un fois un score en dessous du seuil clinique américain. Néanmoins, les participants ne semblent pas si éloignés de ce seuil, puisque la plupart obtiennent un score aux alentours de 40-45, comme l'indiquent les moyennes des différents groupes (Tableau 5).

Les différences entre les deux groupes ne sont pas significatives. Que ce soit en T2 ($médiane_{PSR} = 49,59$; $médiane_{non-PSR} = 41,40$; $U = 136$, $p = 0,09$) ou en T3 ($médiane_{PSR} = 46,48$; $médiane_{non-PSR} = 47,78$; $U = 604$, $p = 0,42$)².

Si on considère le groupe PSR, il apparaît que la santé physique rapportée reste relativement stable entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-T1} = 45,27$; $médiane_{PSR-T2} = 49,45$; $U = 375$, $p = 0,34$), ainsi qu'entre T2 et T3 ($médiane_{PSR-T2} = 49,45$; $médiane_{PSR-T3} = 45,98$; $U = 566$, $p = 0,15$). En effet, les changements rapportés au cours du temps ne sont pas suffisamment élevés pour atteindre le seuil de significativité.

Finalement, nous avons testé les différences entre pères et mères PSR. Il apparaît que si les mères tendent à rapporter une santé physique plus basse que les pères, cette différence n'est toutefois pas non plus statistiquement significative (**T1** $médiane_{pères PSR} = 46,44$; $médiane_{mères PSR} = 39,97$; $U = 100$, $p = 0,27$; **T2** $médiane_{pères PSR} = 49,64$; $médiane_{mères PSR} = 38,07$; $U = 117$, $p = 0,06$; **T3** $médiane_{pères PSR} = 47,05$; $médiane_{mères PSR} = 43,09$; $U = 104$, $p = 0,20$).

Tableau 5. Moyennes de la santé physique pour le groupe PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

Rôle familial	Temps	PSR					Non-PSR				
		M Sf12-Physique	σ	min	max	n	M Sf12-Physique	σ	min	max	n
Père			10,7								
	T1	44,49	9	14,76	58,72	19	60,59	NA	NA	NA	1
	T2	47,86	9,69	20,06	57,81	19	42,41	7,38	35,59	50,24	3
	T3	44,50	9,22	24,23	55,92	17	47,32	11,00	29,29	56,58	7
Mère	T1	40,43	9,55	15,32	56,78	19	NA	NA	NA	NA	0
	T2	41,51	8	20,90	57,44	19	39,58	6,87	32,84	50,21	5
	T3	39,32	3	16,24	60,34	17	45,67	9,94	27,21	56,78	12
Enfant	T1	50,05	7,28	35,54	56,58	8	50,33	NA	NA	NA	1
	T2	50,53	5,57	39,14	56,69	9	43,61	NA	NA	NA	1
	T3	50,05	6,29	33,72	56,58	11	42,94	11,39	28	56,58	5

² Le test de Fisher étant non-paramétrique, nous indiquons dans le texte les valeurs médianes dans l'expression des résultats statistiques. Les valeurs moyennes sont indiquées additionnellement dans les tableaux.

2. Santé psychique (> 14 ans)

En ce qui concerne la santé psychique, la Figure 2 indique que les participants se situent aux alentours, voir au-dessus de la moyenne américaine pour le groupe PSR, ce qui est confirmé par les résultats reportés dans le Tableau 6.

À nouveau, les tests statistiques ne montrent pas de différence significative entre les groupes PSR et non-PSR (**T2** $médiane_{PSR} = 52,53$; $médiane_{non-PSR} = 44,85$; $U = 135$, $p = 0,09$; **T3** $médiane_{PSR} = 51,79$; $médiane_{non-PSR} = 52,17$; $U = 458$, $p = 0,30$), bien que les valeurs soient globalement plus basses dans le groupe non-PSR.

En ce qui concerne les familles PSR, on observe un déclin significatif de la santé psychique entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-T1} = 55,81$; $médiane_{PSR-T2} = 51,23$; $U = 697$, $p < 0,01$), qui se stabilise en T3 ($médiane_{PSR-T2} = 51,23$; $médiane_{PSR-T3} = 51,5$; $U = 498$, $p = 0,57$). Lorsque l'on compare les résultats des pères et des mères PSR, ils ne diffèrent pas en T1 ($médiane_{pères PSR} = 59,83$; $médiane_{mères PSR} = 54,20$; $U = 102$, $p = 0,24$). Par contre, en T2 et en T3 les mères rapportent une santé psychique significativement plus faible (**T2** $médiane_{pères PSR} = 54,48$; $médiane_{mères PSR} = 42,92$; $U = 118$, $p = 0,05$; **T3** $médiane_{pères PSR} = 57,79$; $médiane_{mères PSR} = 39,67$; $U = 125$, $p = 0,02$).

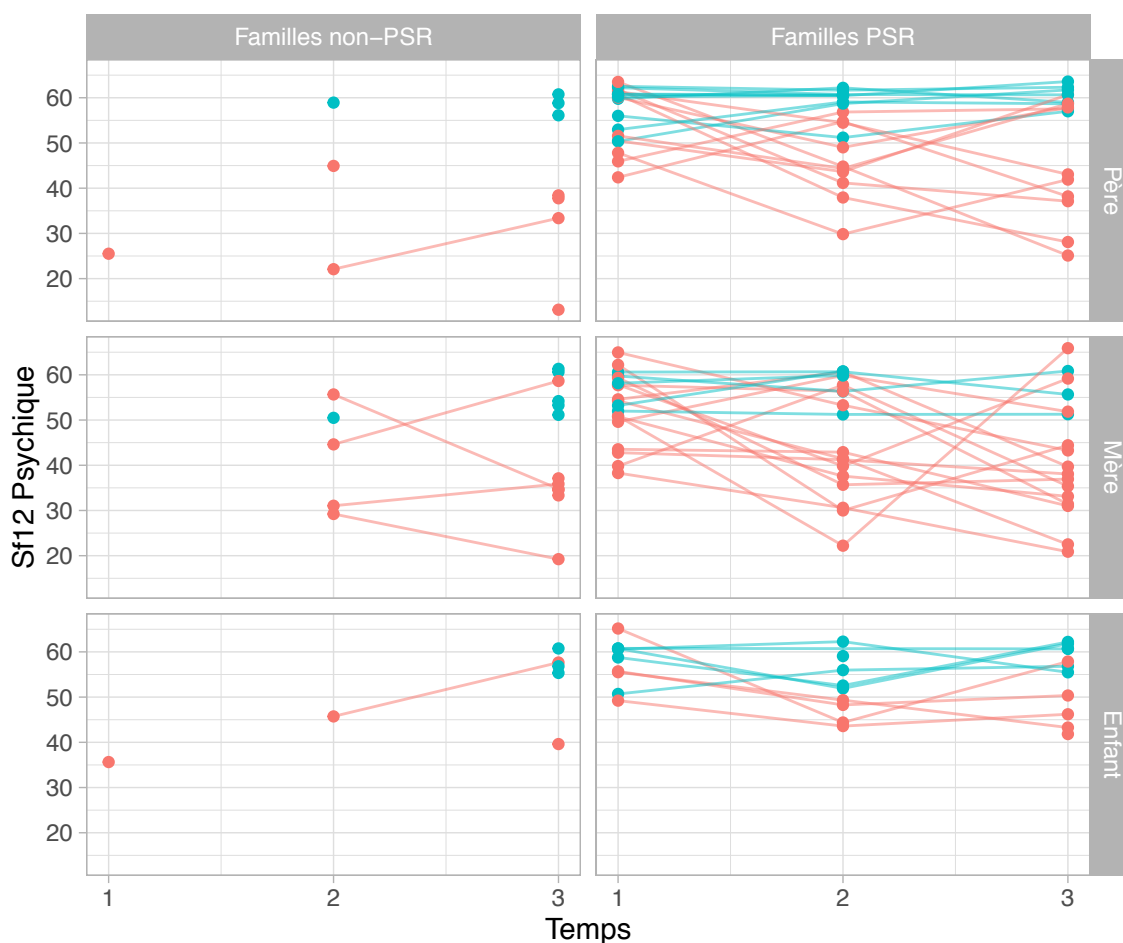


Figure 2. Santé psychique en fonction du groupe, du temps et du rôle familial

Tableau 6: Moyennes de la santé psychique des familles PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

		PSR					Non-PSR				
Rôle familial	Temps	M SF12- Psychique	σ	min	max	n	M SF12- Psychique	σ	min	max	n
Père	T1	56,37	6,50	42,32	63,48	19	25,59	NA	NA	NA	1
	T2	52,24	9,48	29,89	62,29	19	41,99	18,61	22,12	59,01	3
	T3	51,24	12,73	25,06	63,51	17	42,61	17,15	13,15	60,76	7
Mère	T1	53,17	7,63	38,35	64,88	19	NA	NA	NA	NA	0
	T2	47,29	12,39	22,24	60,76	19	42,18	11,72	29,13	55,57	5
	T3	42,43	13,31	20,81	65,98	17	44,51	13,65	19,27	61,38	12
Enfant	T1	57,08	5,36	49,25	65,23	8	35,61	NA	NA	NA	1
	T2	51,89	6,34	43,5	62,17	9	45,67	NA	NA	NA	1
	T3	54,27	7,62	41,82	62,19	11	54,97	8,33	39,59	60,76	5

3. Santé globale (< 14 ans)

Le questionnaire utilisé pour les plus jeunes enfants se compose d'une échelle allant de 10 à 47, un score élevé indiquant une bonne santé globale.

Ici, nous n'avons pas de seuil nous indiquant où se situeraient les enfants par rapport à un échantillon occidental. Néanmoins, afin de rendre les résultats plus clairs, les sujets ayant un score inférieur ou égal à 20 à au moins un des temps de mesure sont indiqués en rouge et renvoient au fait que la mère rapporte une santé mauvaise à très mauvaise (Figure 3).

Seul un des enfants se trouve dans cette situation et uniquement à un des temps de mesure. Cet enfant est décrit par sa mère comme ayant un léger retard mental, et au T3 des aides ont été mises en place ce qui explique le fait que la santé soit perçue comme meilleure par la mère. En observant la Figure 3 et le Tableau 7, on remarque que les mères rapportent une bonne santé de leurs enfants, ceux-ci se situant en général dans le quart supérieur de l'échelle.

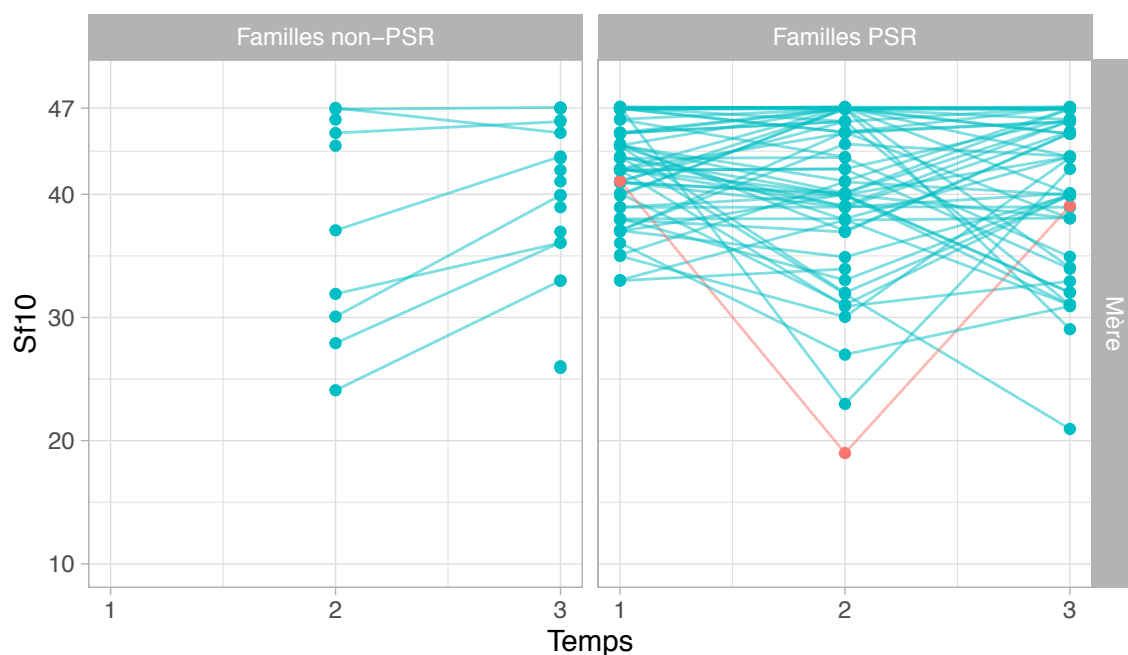


Figure 3 Santé globale des enfants de moins de 8 ans en fonction du groupe et du temps, tel que rapporté par les mères (les points rouges renvoient aux enfants dont la mère décrit la santé comme étant mauvaise, à très mauvaise à au moins un des temps de mesure).

Les mères PSR tendent à rapporter une santé plus élevée au sujet de leurs enfants que les pères, mais ces différences ne sont pas significatives (T2 médiane_{PSR} = 42,0 ; médiane_{non-PSR} = 40,50 ; U= 283, p= 0,32 ; T3 médiane_{PSR} = 43,0 ; médiane_{non-PSR} = 41,50 ; U= 602, p= 0,91).

La santé des enfants PSR semble stable. En effet, les changements entre T1-T2 (médiane_{PSR-T1} = 42 ; médiane_{PSR-T2} = 40 ; U= 516, p= 0,16) et T2-T3 ne sont pas significatifs (médiane_{PSR-T2} = 40 ; médiane_{PSR-T3} = 43 ; U= 446,5, p= 0,75).

Tableau 7. Moyennes de la santé globale des enfants de moins de 8 ans pour le groupe PSR et non-PSR (M = moyenne, σ = écart-type, n = effectif)

Temps	PSR					Non-PSR				
	M Sf10	σ	min	max	n	M Sf10	σ	min	max	n
T1	42,27	3,92	33	47	60	NA				
T2	40,85	6,58	19	47	59	38,00	8,87	24	47	10
T3	40,67	6,25	21	47	51	40,42	6,26	26	47	24

Récapitulatif et analyse

Les résultats obtenus aux questionnaires concernant la santé des participants indiquent une meilleure santé psychique que physique. En effet, les participants tendent à se situer en dessous du seuil clinique (américain) en ce qui concerne leur santé physique, ce qui n'est pas le cas concernant leur santé psychique. Il n'y a pas de différences significatives en ce qui concerne les deux groupes.

Concernant le groupe PSR, dont nous avons pu observer l'évolution, la santé physique semble relativement stable, sans différence significative entre mères et pères. Ce n'est pas le cas de la santé psychique qui décline entre T1 et T2. Ce déclin est particulièrement marqué chez les mères. Notons également qu'alors qu'en T1 les mères rapportent un niveau de santé psychique supérieur à seuil clinique américain, celui-ci chute de façon assez drastique et passe au-dessous du seuil à partir de T2 et continue à se péjorer en T3. A la suite d'échanges avec les parents, l'un des aspects qui semble particulièrement peser sur le moral des familles est le retard quant à l'obtention d'une habitation privée. Ce que les parents rapportent comme étant particulièrement dur n'est pas vraiment le fait d'être en foyer, mais surtout la promesse non respectée quant à la durée de cette période. En effet, le passage en logement privatif est supposé se faire dans les six mois or ce n'est majoritairement pas le cas pour les familles que nous avons suivies.

Un autre aspect qui semble difficile est le sentiment d'impuissance, de ne pas pouvoir agir sur son futur et d'être dépendant de la bonne volonté des différents services sociaux.

En ce qui concerne la santé globale des enfants de moins de 14 ans, les mères rapportent de relativement bons résultats. Il est intéressant de noter que l'échantillon comporte quelques enfants avec des conditions physiques et/ou psychiques difficiles (syndrome de down, autisme, retard mental), mais cela ne semble pas ressortir au travers du Sf-10, notamment

parce que les mères ont le sentiment que leurs enfants sont plutôt heureux et parce que ceux-ci sont pris en charge par des systèmes éducatifs spécialisés. Ils ne sont donc pas pénalisés dans leurs activités scolaires par rapport à leurs camarades de classe.

Troubles psychiques

Afin d'analyser plus en détail la santé psychique des participants nous avons dépisté la présence de quatre types de troubles psychiques via les sections dédiées du questionnaire M.I.N.I: le trouble dépressif majeur, le trouble panique, la présence de stress post-traumatique et d'anxiété généralisée. Pour chacun des troubles, nous avons mesuré la présence d'épisodes ayant eu lieu dans le passé ainsi que la présence actuelle du trouble.

Troubles dépressifs majeurs

Les résultats indiquent qu'une partie significative de l'échantillon a connu un trouble dépressif passé (Figure 4).

Par trouble dans le passé, on comprend les troubles étant survenus avant le début de la recherche mais aussi ceux survenant entre deux temps de mesures. A noter en effet que certains participants rapportent des symptômes compatibles avec un épisode dépressif entre deux temps de mesure. C'est le cas de l'un des pères PSR que l'on voit passer de 0 à 1 entre T1 et T2 indiquant que l'épisode s'est déroulé durant cette période. Par ailleurs, les données étant cumulatives si un participant rapporte un trouble dépressif ayant eu lieu avant la recherche il sera indiqué par un 1 aux trois temps de mesure et cela ne permet pas de voir si la personne a refait des épisodes dépressifs entre ceux-ci. C'est le cas de trois participants PSR. En effet, une des participantes rapporte un épisode ayant eu lieu avant notre recherche ainsi qu'un deuxième épisode entre T2 et T3. Un couple rapporte également un épisode passé entre T1 et T2 ainsi qu'un second entre T2 et T3. Chez les familles non-PSR c'est également le cas pour deux mères.

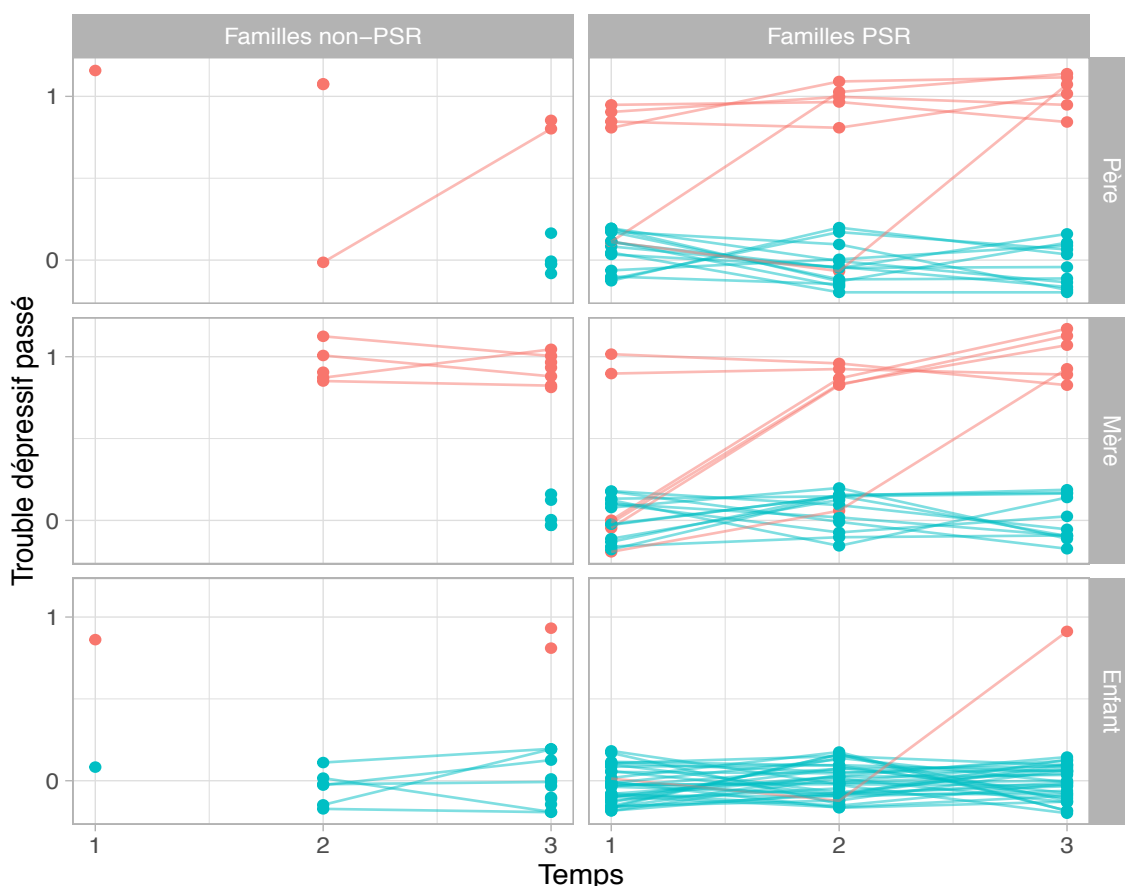


Figure 4 Trouble dépressif passé en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (0= absence de trouble, 1= présence de trouble, pour plus de visibilité les points représentant les participants sont espacés, mais les seules valeurs possibles sont 0 ou 1)

Lorsque l'on compare les deux groupes, il apparaît que les familles non-PSR sont plus à risque de rapporter un trouble dépressif passé en T2 ($p < 0.01$), mais cette différence n'est plus significative en T3 ($p = 0.14$).

En ce qui concerne le groupe PSR il n'y a pas de différence significative entre T1 et T2 ($p = 0.42$) ni entre T2 et T3 ($p = 0.64$). Il n'y a pas non plus de différence entre mères et pères ($p_{T1} = 0.67$; $p_{T2} = 1$; $p_{T3} = 1$).

La figure 5 nous indique que peu de participants remplissent les critères pour un trouble dépressif majeur au moment de la collecte de données. Il existe cependant une différence significative entre les groupes en T2 ($p = 0.05$), ainsi qu'en T3 ($p = 0.04$), les participants non-PSR ayant plus de risques de rapporter un trouble dépressif actuel.

En ce qui concerne le groupe PSR, nous n'observons pas d'évolution significative entre T1 et T2 ($p = 0.24$) ni entre T2 et T3 ($p = 1.00$). Enfin, la fréquence de pères et de mères PSR rapportant un trouble dépressif actuel est la même à chacun des temps de mesure. Notons qu'au T2 les trois participants qui rapportent un trouble dépressif actuel font partie de la même famille (père, mère et enfant). Le problème principal étant la prolongation du temps d'habitation en foyer ajouté au fait que la cohabitation avec les autres familles se passait vraiment mal. En T3

la famille a emménagé dans un logement individuel et les symptômes se sont atténués. C'est un autre couple qui rapporte un trouble dépressif actuel en T3. Ici le problème est plutôt lié à l'isolement social notamment dans le cadre de l'épidémie de covid-19. Cette famille-là souhaite se soustraire aux carcans des codes sociaux et culturels dans lesquels elle a grandi, ce qui l'éloigne des autres familles syriennes et elle n'a pas encore le niveau nécessaire de français pour pouvoir tisser des relations avec des personnes suisses, ce qui impacte défavorablement leur intégration.

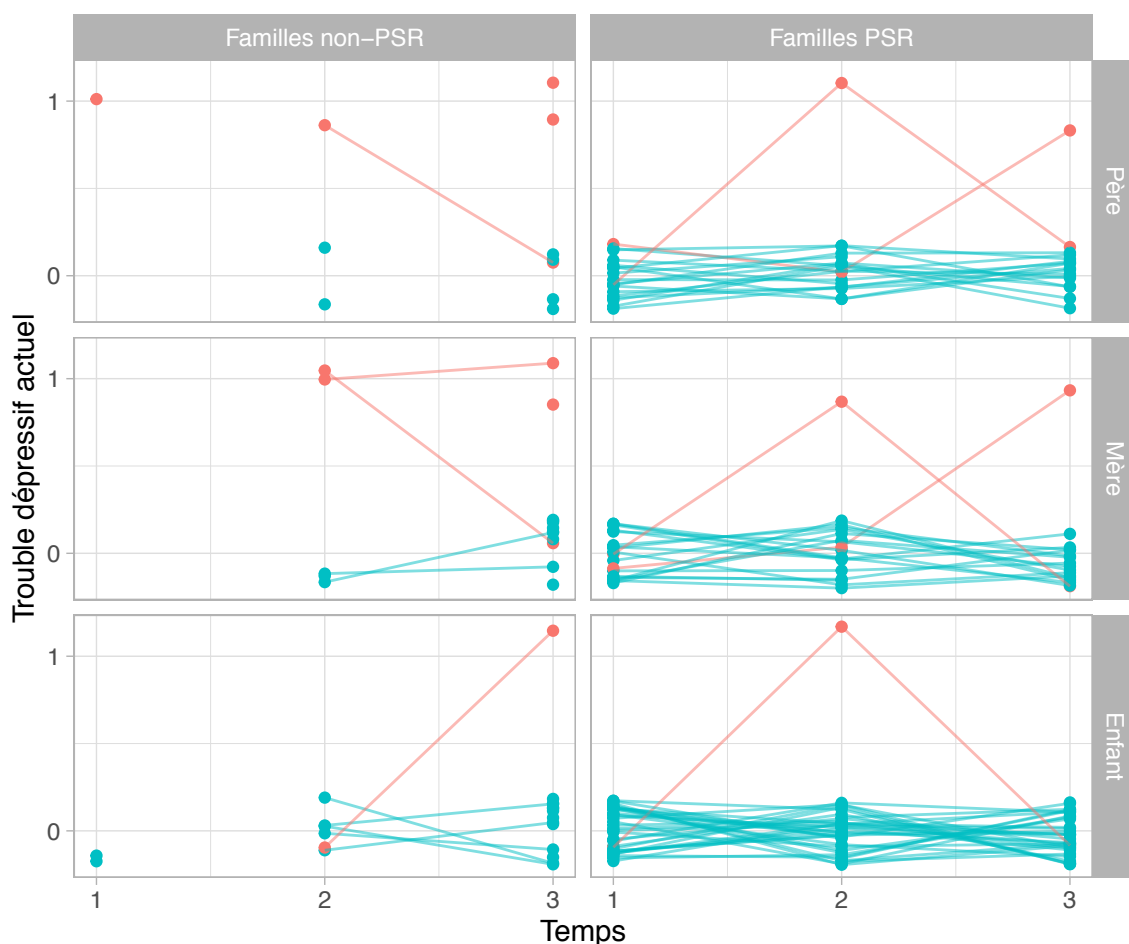


Figure 5. Trouble dépressif actuel en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (0= absence de trouble, 1= présence de trouble).

Trouble panique

Aucun participant PSR ne remplit les critères pour un trouble panique passé ou actuel. Parmi les familles non-PSR, seule une mère rapporte un trouble panique actuel en T3 et deux rapportent un trouble panique passé. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes (T2 $p_{passé} = 0.17$; T3 $p_{passé} = 0.17$ $p_{actuel} = 0.35$). Au vu du faible nombre d'occurrences, nous n'avons pas représenté ces résultats graphiquement.

Stress post-traumatique

Un nombre relativement important de participants rapportent un stress post-traumatique passé (Figures 6-7). De plus, il existe une différence significative entre les deux groupes, les participants non-PSR étant proportionnellement plus nombreux à en avoir rempli les critères en T2 ($p=0.01$) ainsi qu'en T3 ($p=0.04$).

Entre T1, T2 et T3, nous n'observons pas de changement dans la fréquence reportée de stress post-traumatiques survenus dans le passé par les familles PSR. Il n'y a pas non plus de différence entre pères et mères ($p=1.00$).

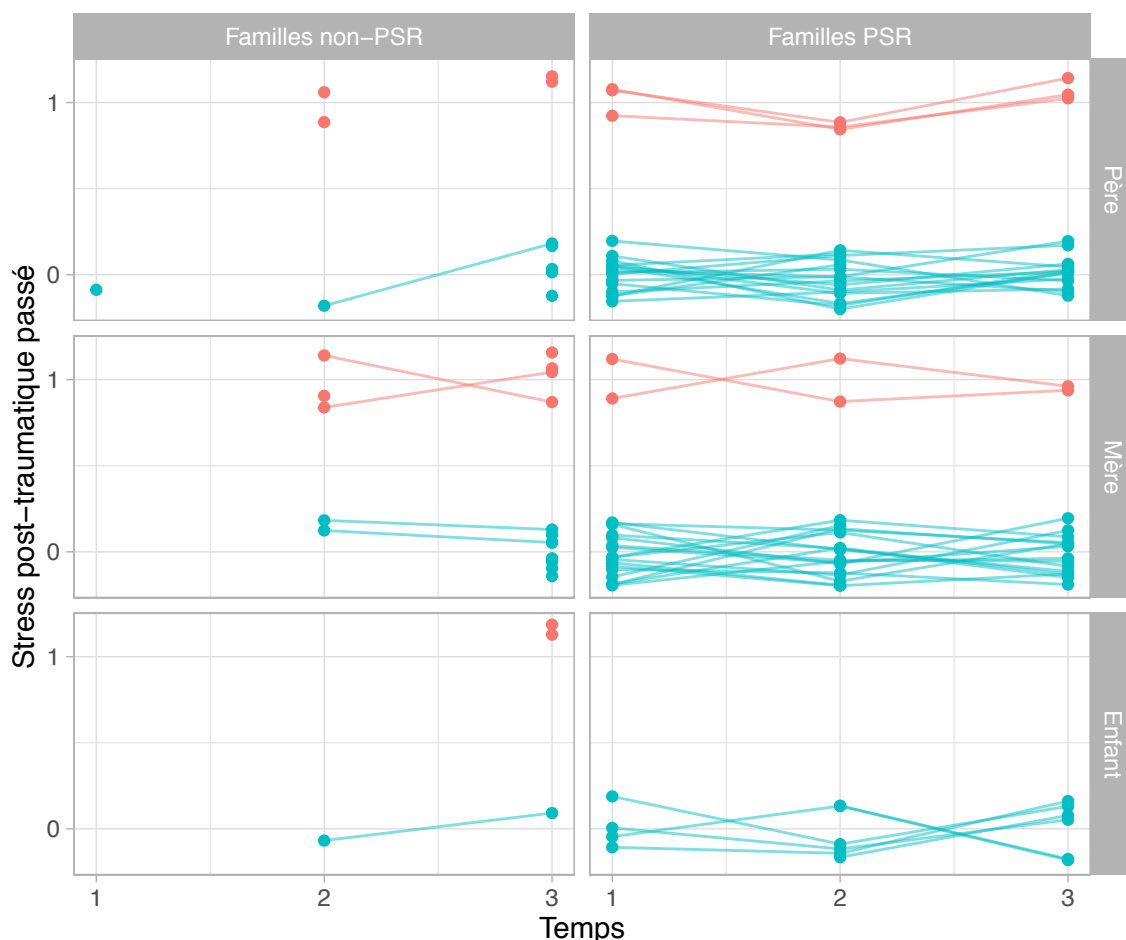


Figure 6 Stress post-traumatique passé en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (0= absence de trouble, 1= présence de trouble).

Concernant le stress post-traumatique actuel la différence entre les deux groupes n'est pas significative en T2 ($p=0.12$) ni en T3 ($p=0.11$).

Au sein du groupe PSR il n'y a pas de différence entre les temps de mesure ($p_{T1-T2}=1.00$; $p_{T2-T3}=0.50$) ni entre les pères et les mères ($p_{T1}=1.00$; $p_{T2}=1.00$; $p_{T3}=1.00$). A noter qu'ici le nombre de mesures pour les enfants est beaucoup plus élevé que pour les troubles post-traumatiques

passés, car le M.I.N.I. pour enfants ne mesure que le stress post-traumatique actuel et ne recherche pas le stress post-traumatique passé.

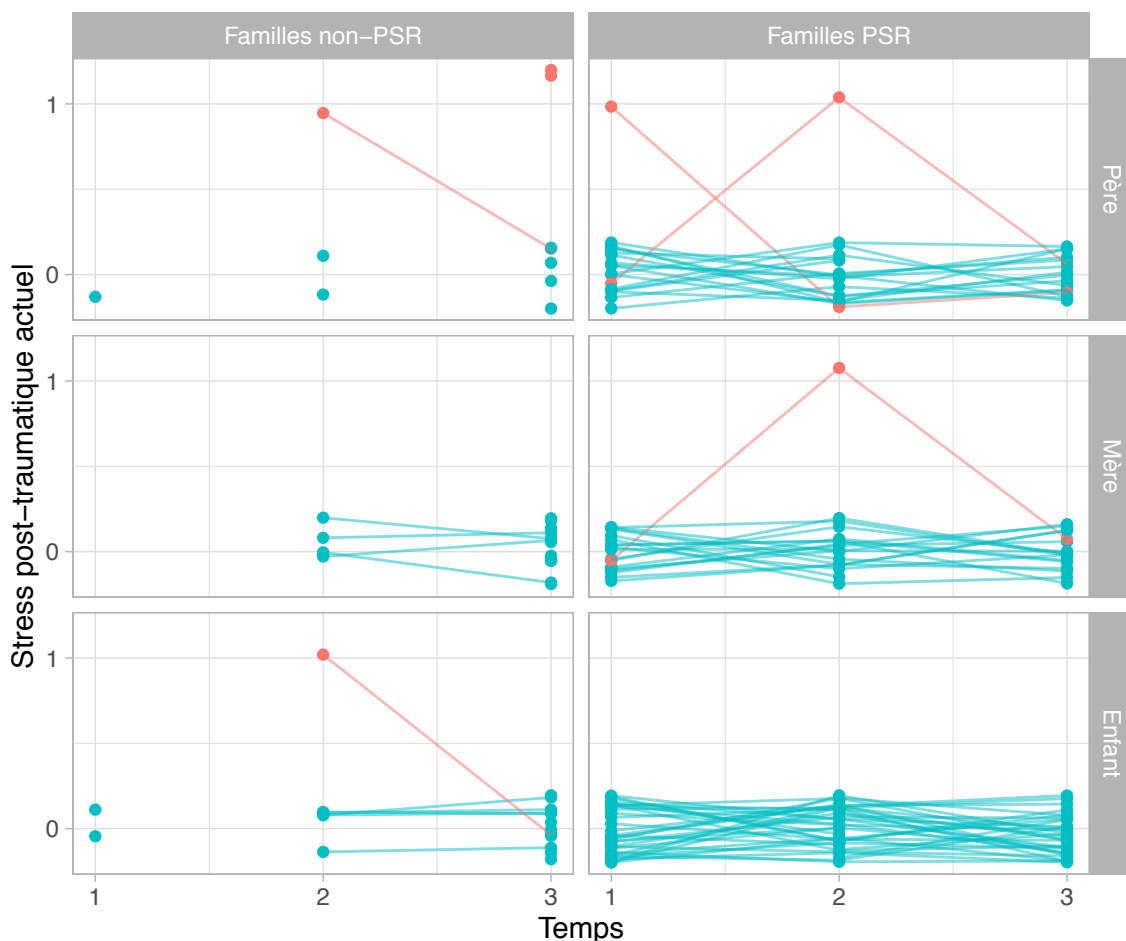


Figure 7 Stress post-traumatique actuel en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (0= absence de trouble, 1= présence de trouble).

Troubles anxieux

Concernant les troubles anxieux passés, ils sont très peu nombreux (Figure 8). Il n’y a pas de différence entre groupes ($p_{T2} = p_{T3} = 1.00$). Les fréquences ne changent pas et sont identiques entre pères et mères PSR.

Pour les enfants de moins de 18 ans, nous avons mesuré l’anxiété de séparation, mais aucun enfant n’en présente les critères diagnostiques.

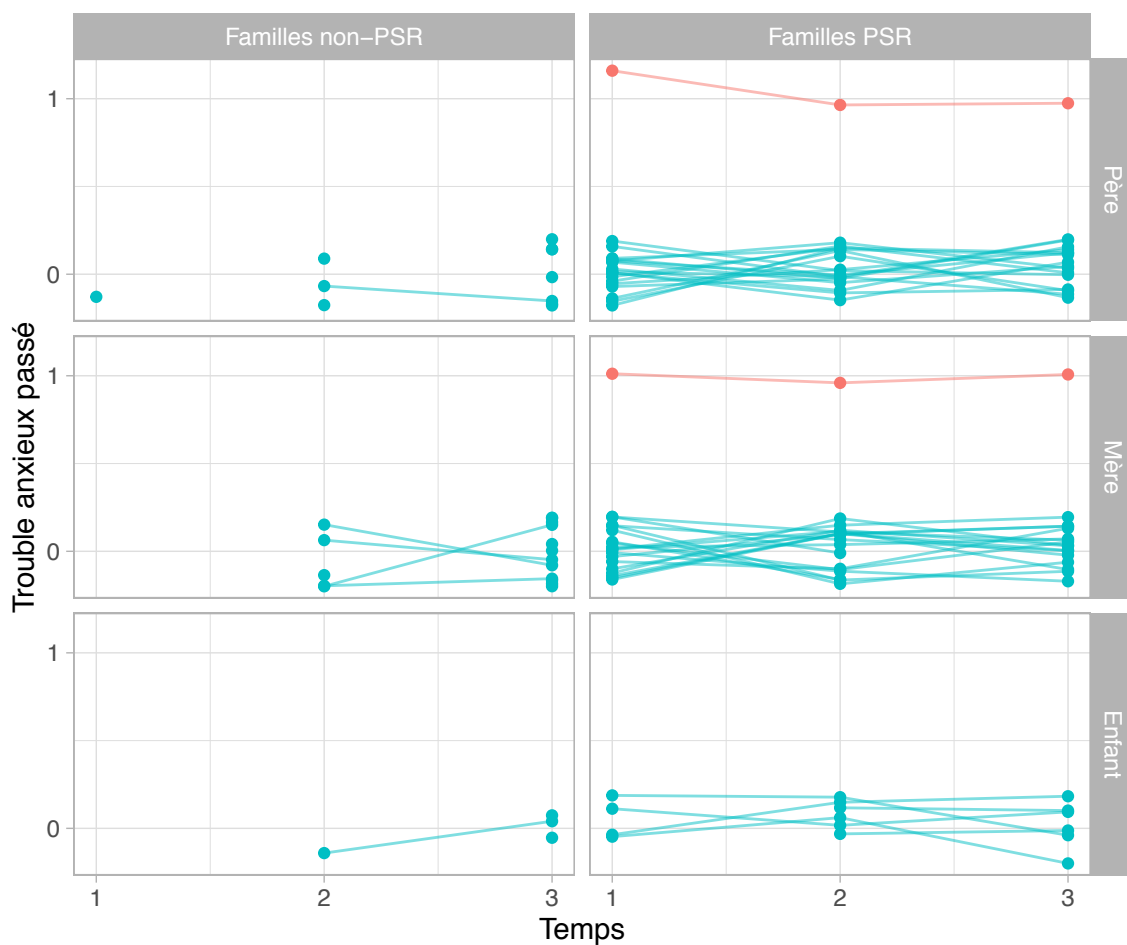


Figure 8 Trouble anxieux passé en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (0= absence de trouble, 1= présence de trouble).

En ce qui concerne les troubles anxieux actuels (Figure 9), il n'y a pas de différence entre les deux groupes, que ce soit en T2 ($p= 0.43$) ou en T3 ($p= 1.00$).

Au sein du groupe PSR on n'observe pas de changement significatif entre T1 et T2 ($p= 1.00$) ni entre T2 et T3 ($p= 1.00$). Les différences entre pères et mères ne sont pas non plus significatives ($p_{T1}= 1.00$; $p_{T2}= 0.50$; $p_{T3}= 1.00$).

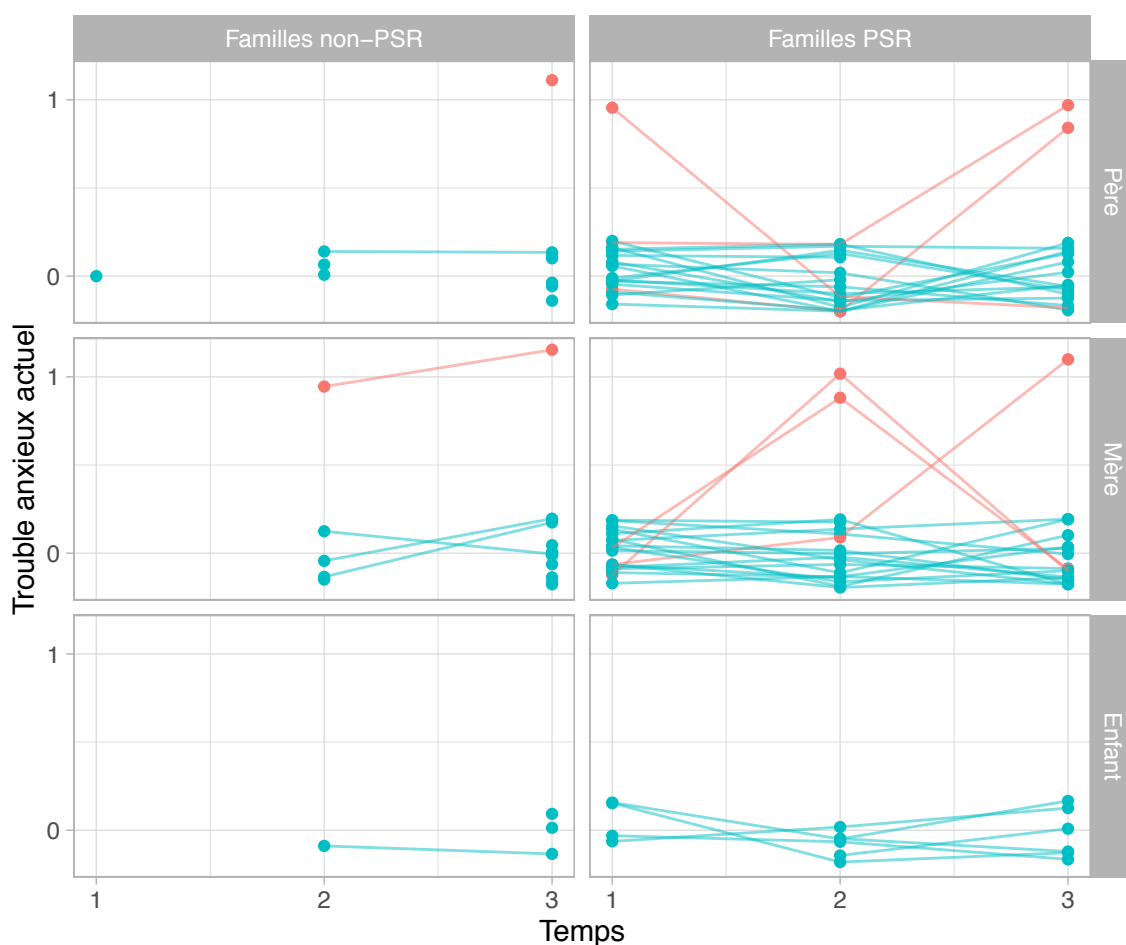


Figure 9 Trouble anxieux actuel en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (0= absence de trouble, 1= présence de trouble).

Récapitulatif et analyse

En accord avec les résultats du SF12, les résultats montrent que de manière générale les participants vont bien, les enfants rapportant particulièrement peu de troubles. On remarque cependant que plusieurs parents passent par des phases de troubles dépressifs, tant les mères que les pères. De plus, plusieurs d'entre eux rapportent avoir vécu un état de stress post-traumatique. Les cas de trouble panique ou d'anxiété généralisée sont nettement plus faibles. A noter que ces derniers résultats ne démontrent pas forcément fidèlement la réalité. En effet, concernant le trouble panique un item du questionnaire (le fait de craindre de nouvelles attaques panique) est considéré comme nécessaire au diagnostic. Or la plupart des parents ne rapportent pas ce type de craintes. Pour autant, si l'on ignore cet item, plusieurs d'entre eux ont vécu des symptômes du trouble panique. Similairement, l'anxiété généralisée ne s'applique qu'aux cas où cette anxiété n'est pas en accord avec les événements. Une grande partie des parents est passée par des états d'anxiété généralisée, mais celle-ci était justifiée. Ceci n'est donc pas considéré comme un trouble. Il n'en reste pas moins le souvenir d'une grande souffrance psychique.

Notons également que les familles non-PSR rapportent significativement plus de troubles dépressifs actuels. Chez plusieurs de ces participants, le trouble est installé depuis relativement longtemps. Les inquiétudes face au permis ont un impact particulièrement important sur ces familles. En effet, la majorité d'entre elles possèdent toujours un permis N ou F après plus d'un an en Suisse. Il s'ensuit qu'elles ne se sentent pas réellement installées ou stabilisées en Suisse et ne peuvent se projeter dans l'avenir. Tout ceci génère un fort sentiment d'insécurité.

Qualité des relations familiales

Afin d'avoir une vision globale des relations familiales, quatre aspects ont été évalués :

- La qualité de la relation conjugale (e.g., à quelle fréquence pouvez-vous dire que les événements suivants arrivent entre vous et votre conjoint/e ? Discuter calmement de quelque chose ? »)
- Le fonctionnement familial général, (e.g., dans les moments difficiles, nous pouvons compter sur le soutien des autres membres de la famille)
- La qualité de la relation parent-enfant (e.g., quelle est la probabilité que votre enfant vous le rapporte s'il se sent seul ?)
- La parentification (e.g., j'aide souvent à résoudre les problèmes entre mes parents)

Qualité de la relation conjugale

La qualité de la relation conjugale a été évaluée au moyen du s-DAS. L'étude de Hunsley [13] montre que ce questionnaire permet de distinguer entre couples en détresse et couples fonctionnels. D'après cette étude, les couples en détresse obtiennent une moyenne de 15,7 au s-DAS alors que les couples fonctionnels se situent à 26,2.

Nos résultats (Tableau 8) indiquent que les familles tant PSR que non-PSR se situent au-delà de la moyenne des couples en détresse tels que décrits par Hunsley. En effet, le score le plus bas de tout l'échantillon est de 16 (mère non-PSR). De plus, mères et pères PSR se situent également au-dessus de la moyenne des couples fonctionnels rapportée dans cette étude (Tableau 8). Si l'on se penche sur la dispersion de l'échantillon, on remarque que peu de participants PSR obtiennent un score inférieur à 26,2 à l'un des temps de mesure (points rouges dans la Figure 10).

Lorsque l'on compare les deux groupes il apparaît qu'à T2 les familles PSR rapportent une relation conjugale significativement plus élevée ($médiane_{PSR} = 30.5$; $médiane_{non-PSR} = 23.0$; $U = 30$, $p < 0.01$). Par contre, la différence n'est pas significative à T3 ($médiane_{PSR} = 29.0$; $médiane_{non-PSR} = 26$; $U = 201$, $p = 0.14$).

En ce qui concerne le groupe PSR la qualité de la relation conjugale est stable (**T1-T2** $médiane_{PSR-T1} = 30.0$; $médiane_{PSR-T2} = 30.0$; $U = 250$, $p = 0.73$; **T2-T3** $médiane_{PSR-T2} = 30.0$; $médiane_{PSR-T3} = 29.0$; $U = 295$, $p = 0.37$).

En T1, la qualité de la relation conjugale est similaire entre pères et mères ($médiane_{père-PSR} = 31.0$; $médiane_{mère-PSR} = 29.0$; $U = 81.5$, $p = 0.40$). Par contre, en T2 et en T3 les mères rapportent une qualité

de la relation conjugale significativement inférieure à celle des pères (**T2** médiane_{père-PSR} = 31.0 ; médiane_{mère-PSR} = 28.0 ; U= 119, p= 0.05 ; **T3** médiane_{père-PSR} = 30.0 ; médiane_{mère-PSR} = 28.0 ; U= 95.5, p= 0.05).

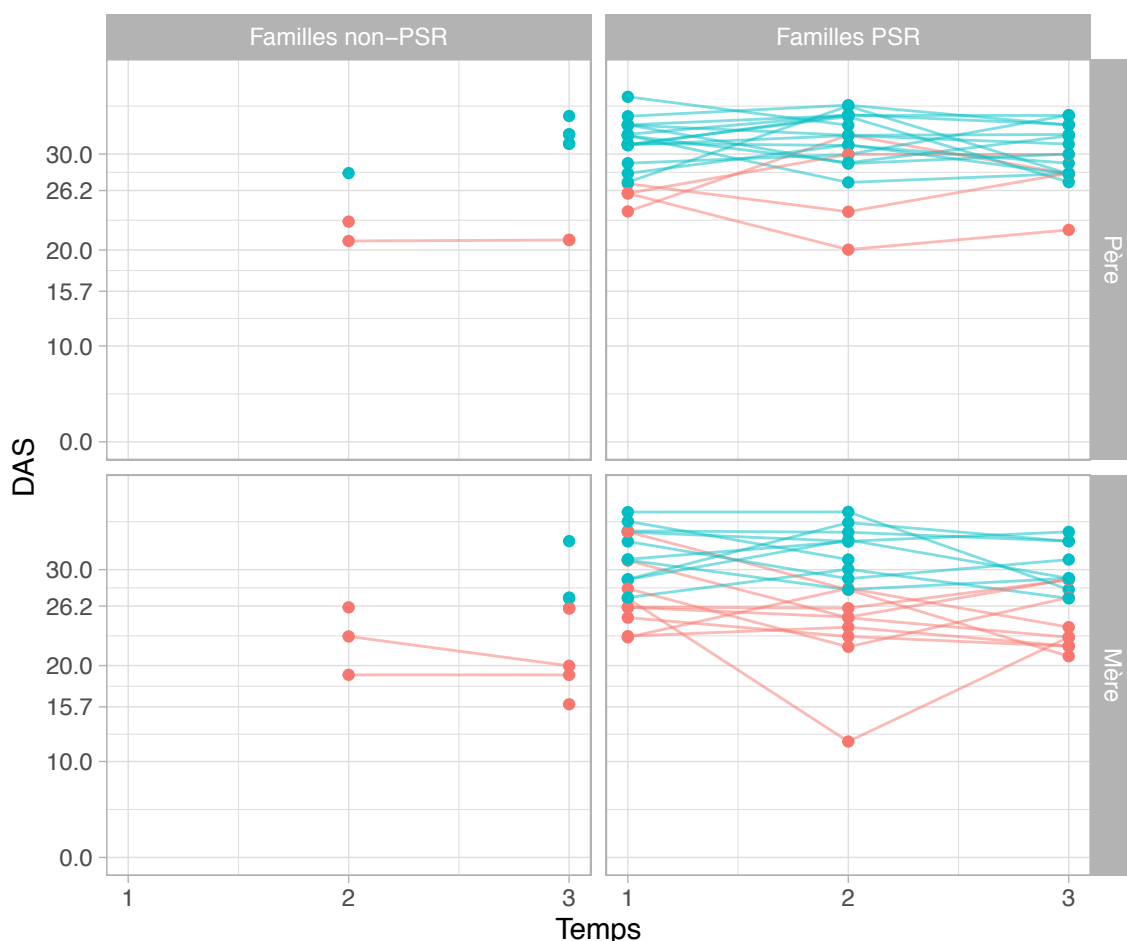


Figure 10. Qualité de la relation conjugale en fonction du groupe, du temps et du genre

Tableau 8. Moyennes de la qualité de la relation conjugale des familles PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

Rôle familial	Temps	PSR					Non-PSR				
		M DAS	σ	min	max	n	M DAS	σ	min	max	n
Père	T1	30.32	3.2	24	36	19	NA				0
	T2	30.84	3.88	20	35	19	24	3.61	21	28	3
	T3	29.82	3.09	22	34	17	28.86	5.46	21	34	7
Mère	T1	29.58	4.06	23	36	19	NA				0
	T2	28.16	5.74	12	36	19	22.67	3.51	19	26	3
	T3	27.29	4.18	21	34	17	24.44	5.17	16	33	9

Récapitulatif et analyse

Les chiffres rapportés par les familles PSR semblent démontrer un bon ajustement de la relation conjugale. Les familles non-PSR, rapportent un niveau de qualité de la relation conjugale plus bas. Néanmoins, avec le temps celui-ci semble augmenter. Rappelons toutefois que parmi les 14 familles incluses, seules une famille où les parents étaient encore en couple a participé à la fois au T2 et au T3 (de plus le père n'a participé qu'au T2). Ces résultats ne sont donc pas à lire comme une évolution de la qualité de la relation conjugale, mais plutôt comme deux groupes distincts, l'un évalué après 6 mois de vie en Suisse et l'autre après 1 à 4 ans. D'autre part, les pères PSR rapportent une qualité de la relation conjugale plus élevée que les mères.

Fonctionnement familial général

Le fonctionnement familial général a été évalué au moyen du questionnaire FAD par les parents et les enfants de plus de huit ans. Avec ce questionnaire, plus le résultat est élevé plus les relations familiales sont problématiques. Le seuil clinique étant à 2 [22].

Tel qu'on peut le voir dans le tableau 9, les familles PSR et non-PSR sont en dessous de ce seuil. La figure 11 nous indique également que les pères ont une perception particulièrement positive de la famille. Hormis un père non-PSR, qui est séparé de sa femme et voit peu ses enfants, nuanciant le résultat obtenu.

En comparant les deux groupes, on remarque que les familles PSR rapportent un meilleur fonctionnement au T2 ($médiane_{PSR} = 1.17$; $médiane_{non-PSR} = 1.42$; $U = 741$, $p < 0.01$). Cette différence n'est cependant plus significative au T3 ($médiane_{PSR} = 1.25$; $médiane_{non-PSR} = 1.5$; $U = 1431$, $p = 0.07$).

En ce qui concerne l'évolution du groupe PSR on note une amélioration de la qualité du fonctionnement familial entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-T1} = 1.17$; $médiane_{PSR-T2} = 1.16$; $U = 720$, $p = 0.05$). À l'inverse, entre T2 et T3 celle-ci se péjore ($médiane_{PSR-T2} = 1.16$; $médiane_{PSR-T3} = 1.21$; $U = 179$, $p < 0.01$). Enfin, les mères rapportent une qualité du fonctionnement familial significativement inférieure aux pères en T1 ($médiane_{père-PSR} = 1.08$; $médiane_{mère-PSR} = 1.33$; $U = 12.0$, $p < 0.01$), mais cette différence n'est plus significative en T2 ($médiane_{père-PSR} = 1.08$; $médiane_{mère-PSR} = 1.25$; $U = 30$, $p = 0.17$) ni en T3 ($médiane_{père-PSR} = 1.08$; $médiane_{mère-PSR} = 1.25$; $U = 21.2$, $p = 0.10$).

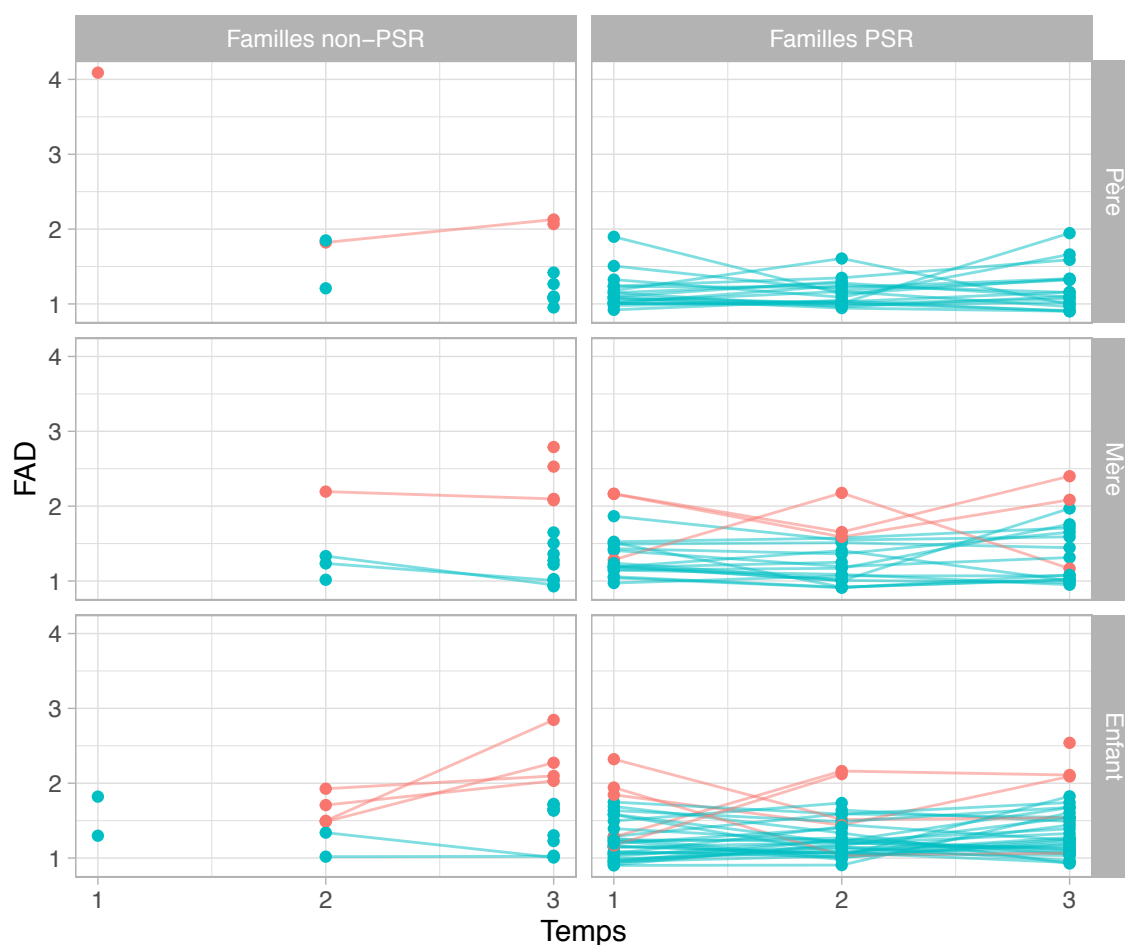


Figure 11. Qualité du fonctionnement familial en fonction du groupe, du temps et du rôle familial

Tableau 9. Moyennes de la qualité du fonctionnement familial pour le groupe PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

Rôle familial	Temps	PSR					Non-PSR				
		FAD	σ	min	max	n	FAD	σ	min	max	n
Père	T1	1,13	0,21	1	1,83	19	4				1
	T2	1,14	0,17	1	1,58	19	1,61	0,39	1,17	1,92	3
	T3	1,2	0,27	1	1,92	17	1,39	0,49	1	2,17	8
Mère	T1	1,39	0,35	1	2,25	19	NA				0
	T2	1,28	0,32	1	2,08	19	1,46	0,48	1,08	2,17	4
	T3	1,42	0,45	1	2,33	17	1,59	0,6	1	2,75	13
Enfant	T1	1,29	0,33	1	2,25	33	1,58	0,35	1,33	1,83	2
	T2	1,27	0,29	1	2,08	38	1,49	0,29	1,08	1,83	6
	T3	1,39	0,38	1	2,5	33	1,66	0,55	1	2,92	14

Récapitulatif et analyse

Le fonctionnement familial est globalement bon, que ce soit pour le groupe PSR ou non-PSR. On remarque cependant que les familles PSR tendent à rapporter un niveau plus élevé de fonctionnement familial et que ceci est particulièrement vrai pour les pères.

Il est intéressant de noter que pour le groupe PSR la qualité s'améliore entre T1 et T2 alors qu'elle diminue entre T2 et T3. Plusieurs hypothèses sont envisageables : Il est possible qu'entre T1 et T2 la famille se soude face à un environnement nouveau. Entre T2 et T3 les familles commencent à trouver leurs marques et il est possible que les différents membres de la famille développent leur indépendance, ceci pouvant être source de tensions. D'autre part, le T2 de l'étude semble être un moment charnière, avec de nombreuses familles rapportant des émotions négatives telles que tristesse, colère ou désenchantement. Il est possible que les conséquences de celles-ci sur la famille n'apparaissent que dans un second temps et donc en T3.

Qualité de la relation parent-enfant

Cet aspect a été évalué par chacun des parents ainsi que par leur aîné (dès 8 ans) au moyen du AFPR-Q. Pour ce questionnaire nous n'avons pas de seuil, mais pour plus de clarté nous avons indiqué en rouge les participants qui rapportent n'avoir d'échanges avec leurs parents/enfant que quelques fois par année ou moins. Le questionnaire allant jusqu'à 5, on remarque que la qualité de la relation est élevée (en particulier chez les familles PSR), avec des enfants et des parents qui se sentent proches et qui tendent à beaucoup partager (Figures 12-13, Tableaux 10-12).

Concernant les différences entre groupes, au T2 les parents PSR rapportent une relation plus proche avec leur aîné ($médiane_{PSR} = 4.92$; $médiane_{non-PSR} = 4.27$; $U = 80$, $p = 0.03$), mais la différence n'est plus significative au T3 ($médiane_{PSR} = 4.69$; $médiane_{non-PSR} = 4.73$; $U = 381$, $p = 0.67$). Les enfants des deux groupes rapportent des résultats similaires, que ce soit en ce qui concerne leur relation à leur mère (**T2** $médiane_{PSR} = 4.93$; $médiane_{non-PSR} = 4.71$; $U = 19.5$, $p = 0.49$; **T3** $médiane_{PSR} = 4.79$; $médiane_{non-PSR} = 4.29$; $U = 31.5$, $p = 0.18$) ou à leur père (**T1** $médiane_{PSR} = 4.86$; $médiane_{non-PSR} = 4.04$; $U = 6.00$, $p = 0.27$; **T3** $médiane_{PSR} = 4.71$; $médiane_{non-PSR} = 3.79$; $U = 18.5$, $p = 0.16$).

Dans le groupe PSR la perception des parents quant à leur relation avec leur aîné ne change pas entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-t1} = 4.92$; $médiane_{PSR-t2} = 4.92$; $U = 82.5$, $p = 0.80$). Elle se péjore par contre entre T2 et T3 ($médiane_{PSR-t2} = 4.92$; $médiane_{PSR-t3} = 4.69$; $U = 193$, $p = 0.03$). Il n'y a pas de différence significative entre la perception des mères et celles des pères.

La perception des enfants ne change pas, que ce soit en ce qui concerne leur relation avec leur mère ($médiane_{PSR-t1} = 4.71$; $médiane_{PSR-t2} = 4.93$; $médiane_{PSR-t3} = 4.79$; T1-T2 $U = 23.0$, $p = 1$; T2-T3 $U = 15.0$, $p = 0.93$) ou leur père ($médiane_{PSR-t1} = 4.86$; $médiane_{PSR-t2} = 4.86$; $médiane_{PSR-t3} = 4.71$; **T1-T2** $U = 27.0$, $p = 0.64$; T2-T3 $U = 22.0$, $p = 0.62$).

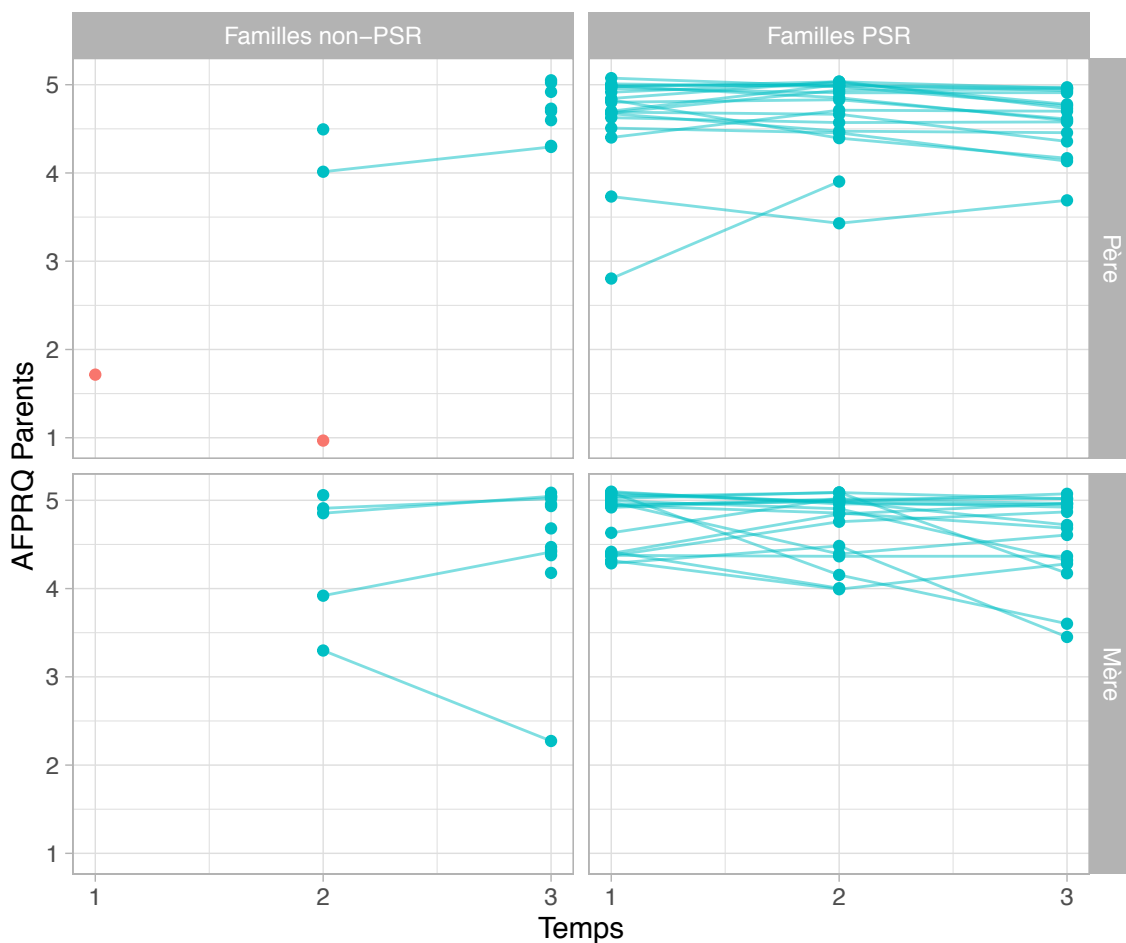


Figure 12. Qualité de la relation parent-enfant telle que perçue par les parents en fonction du groupe, du temps et du genre (en rouge sont indiqués les parents qui rapportent n'échanger avec leur enfant que quelques fois par an ou moins)

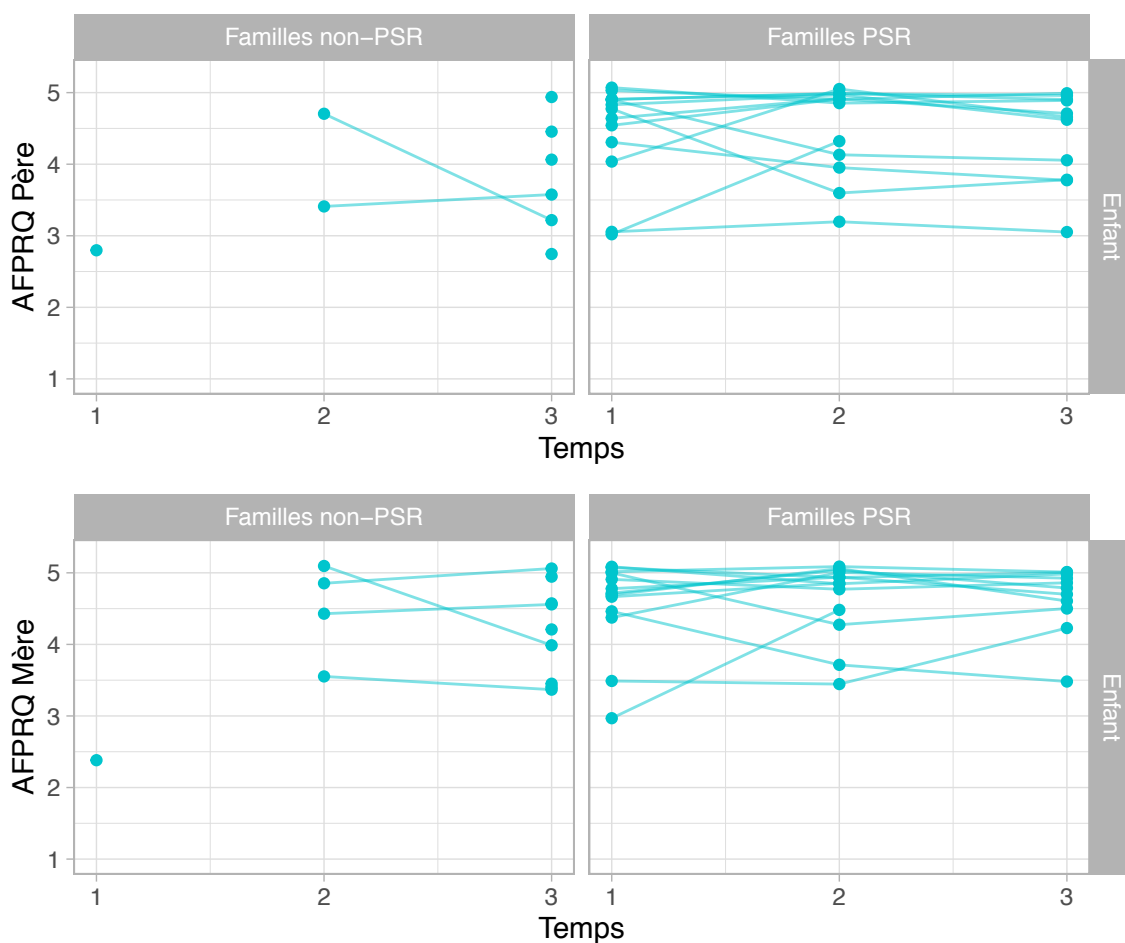


Figure 13. Qualité de la relation parent-enfant telle que perçue par l'enfant en fonction du groupe et du temps, vis-à-vis du père et vis-à-vis de la mère

Tableau 10. Moyennes de la qualité de la relation parent-enfant telle que perçue par les parents PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

Rôle familial	Temps	PSR					Non-PSR				
		M	σ	min	max	n	M	σ	min	max	n
Père	T1	4,64	0,54	2,77	5	19	1,62				1
	T2	4,7	0,42	3,46	5	19	3,18	1,91	1	4,54	3
	T3	4,64	0,38	3,69	5	17	4,71	0,3	4,23	5	8
Mère	T1	4,76	0,32	4,23	5	19	NA				0
	T2	4,7	0,41	3,92	5	19	4,39	0,77	3,25	5	5
	T3	4,6	0,48	3,54	5	17	4,54	0,75	2,25	5	13

Tableau 11 Moyennes de la qualité de la relation père-enfant telle que perçue par les enfants PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

		PSR					Non-PSR				
Rôle familial	Temps	M AFPRQ					M AFPRQ				
		père	σ	min	max	n	père	σ	min	max	n
Enfant	T1	4,46	0,74	2,93	5	13	2,86				1
	T2	4,49	0,64	3,14	5	13	4,04	0,96	3,36	4,71	2
	T3	4,44	0,65	3,07	5	11	3,81	0,82	2,71	5	6

Tableau 12. Moyennes de la qualité de la relation mère-enfant telle que perçue par les enfants PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

		PSR					Non-PSR				
Rôle familial	Temps	M AFPRQ					M AFPRQ				
		mère	σ	min	max	n	mère	σ	min	max	n
Enfant	T1	4,54	0,63	3	5	13	2,43				1
	T2	4,65	0,56	3,36	5	13	4,75	0,35	4,5	5	2
	T3	4,64	0,46	3,5	5	11	4,23	0,63	3,46	5	9

Récapitulatif et analyse

Parents et enfants de notre échantillon semblent très proches, et ce quel que soit le groupe, même si les parents PSR rapportent une relation légèrement meilleure en T2 par rapport aux familles non-PSR. A noter qu'il n'y a pas de différence entre groupes en ce qui concerne les résultats rapportés par les enfants. Il est également intéressant de noter que les parents PSR rapportent une baisse de la qualité de la relation entre T2 et T3 alors que cela ne se reflète pas sur la perception des enfants.

Parentification

La parentification a été évaluée grâce au questionnaire PI, qui comporte une échelle globale ainsi que plusieurs sous-échelles permettant de comprendre dans quel domaine la parentification a lieu, à savoir en ce qui concerne le lien aux parents (e.g., j'aide souvent à résoudre les problèmes entre mes parents) ou en ce qui concerne le lien à la fratrie (e.g., je suis responsable du fait que mes frères et sœurs fassent leurs devoirs). Une dernière sous-échelle évalue la perception de bénéfices liés à la parentification (e.g., je me sens apprécié par ma famille).

Les deux groupes ne présentent pas de différences significatives concernant la parentification globale, qui est élevée, que ce soit en T2 ($médiane_{PSR} = 3.05$; $médiane_{non-PSR} = 2.41$; $U = 77.5$, $p = 0.52$) ou

en T3 ($médiane_{PSR} = 3.00$; $médiane_{non-PSR} = 2.77$; $U = 212$, $p = 0.66$). Il en va de même concernant les sous-échelles de ce questionnaire.

Nous avons également comparé les sous-échelles de ce questionnaire. Étant donné qu'il n'y avait pas de différence entre les deux groupes nous avons fait ces comparaisons sur tout l'échantillon. On remarque que la parentification se fait plutôt dans les domaines liés à la fratrie et moins vis-à-vis des parents en T2 ($U = 68.0$, $p < 0.01$) ainsi qu'en T3 ($U = 102$, $p < 0.01$).

De plus, il apparaît que la sous-échelle liée aux bénéfiques est significativement plus élevée que celles liées à la relation aux parents ou à la fratrie, et ce en T2 ($médiane_{bénéfices} = 5.00$; $médiane_{parents} = 2.33$; $médiane_{fratrie} = 3.29$; Bénéfices-Parents $U = 946$, $p < 0.01$; Bénéfices-Fratrie $U = 903$, $p < 0.01$), ainsi qu'en T3 ($médiane_{bénéfices} = 5.00$; $médiane_{parents} = 2.42$; $médiane_{fratrie} = 3.00$; Bénéfices-Parents $U = 1128$, $p < 0.01$; Bénéfices-Fratrie $U = 1035$, $p < 0.01$).

En ce qui concerne l'évolution du groupe PSR le taux de parentification totale reste stable entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-t1} = 2.86$; $médiane_{PSR-t2} = 3.23$; $U = 102$, $p = 0.17$) ainsi qu'entre T2 et T3 ($médiane_{PSR-t2} = 3.23$; $médiane_{PSR-t3} = 3.00$; $U = 211$, $p = 0.09$).

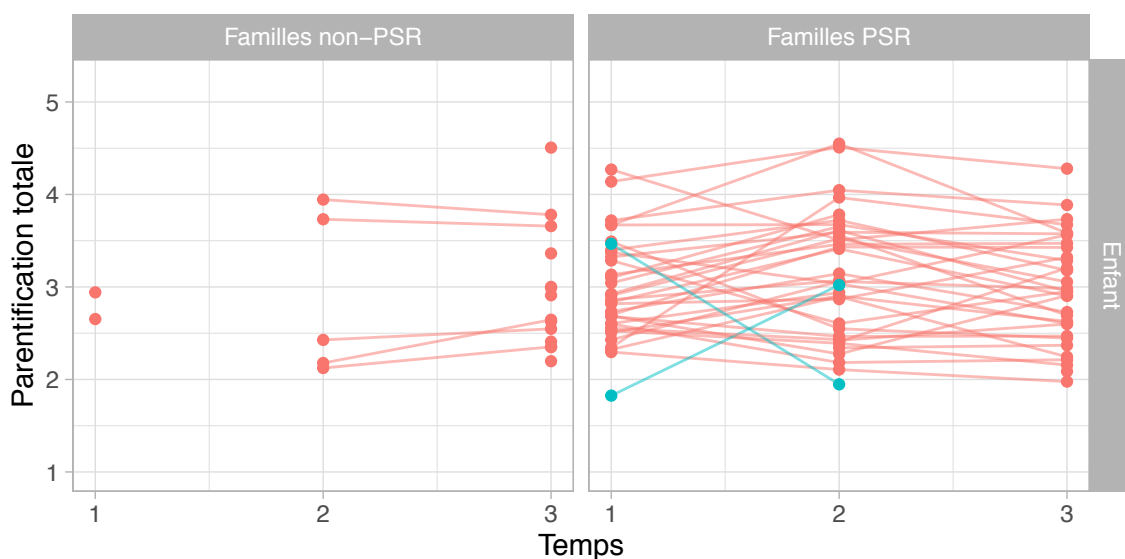


Figure 14. Parentification totale en fonction du groupe et du temps (les points verts concernent les enfants qui rapportent l'absence de parentification ou une parentification très rare à au moins 1 des 3 temps de mesure)

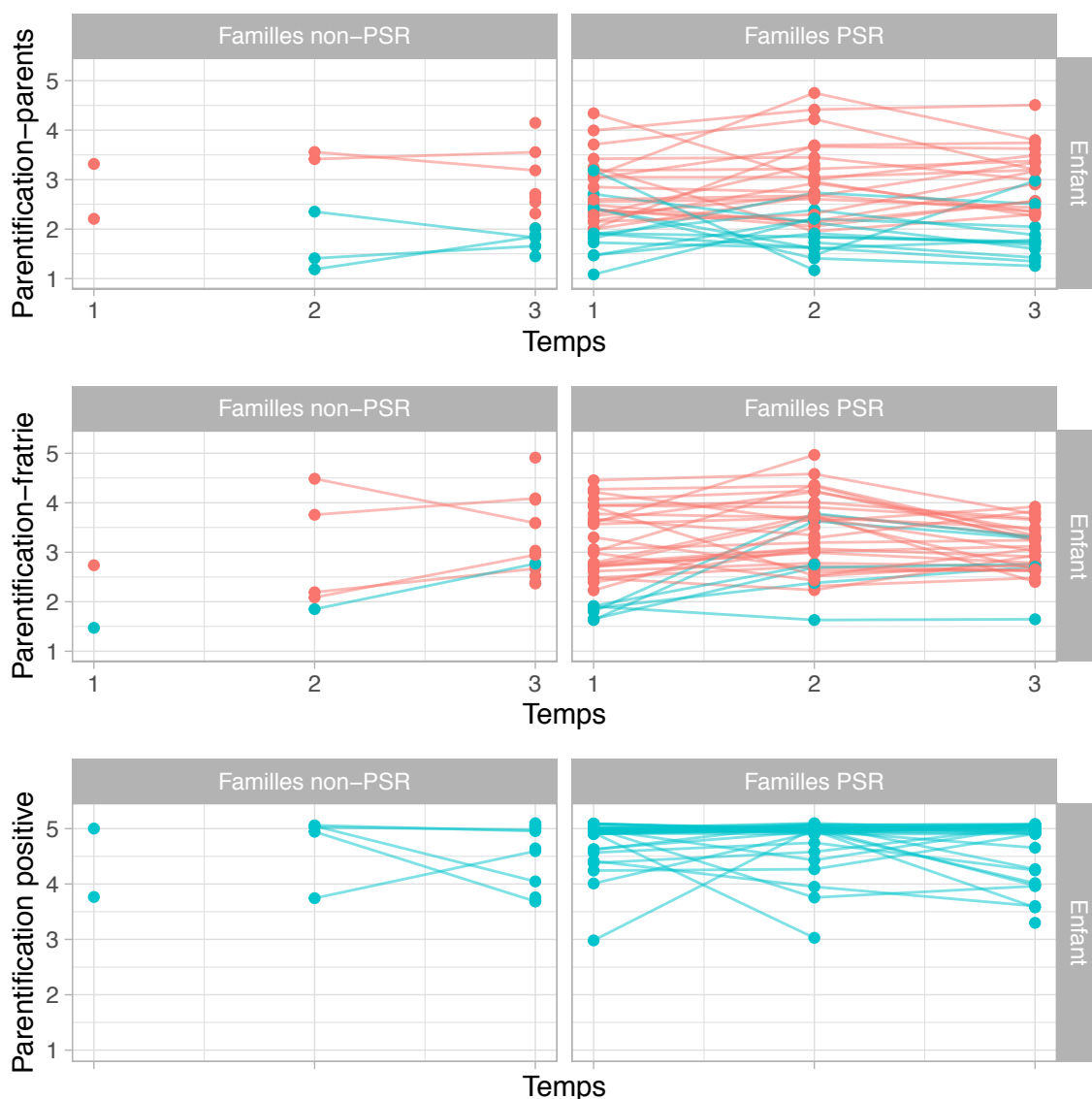


Figure 15. Parentification en fonction du groupe, du temps et du type de parentification (les points verts concernent les enfants qui rapportent l'absence de parentification ou une parentification très rare à au moins 1 des 3 temps de mesure, hormis pour la parentification positive où ceux-ci sont en rouge)

Tableau 13. Moyennes des différentes sous-échelles de la parentification des enfants PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

		PSR					Non-PSR				
Parentification	Temps	M	σ	min	max	n	M	σ	min	max	n
Total	T1	2,99	0,56	1,73	4,32	33	2,77	0,26	2,59	2,95	2
	T2	3,10	0,66	1,86	4,64	38	2,86	0,92	2,05	3,95	5
	T3	3,01	0,58	2	4,32	33	2,96	0,64	2,27	4,53	14
Parents	T1	2,52	0,74	1,17	4,25	33	2,75	0,71	2,25	3,25	2
	T2	2,55	0,85	1,25	4,67	38	2,37	1,08	1,17	3,50	5
	T3	2,55	0,80	1,33	4,42	33	2,43	0,76	1,5	4,11	14

Fratrie	T1	2,99	0,83	1,57	4,43	33	2,14	0,81	1,57	2,71	2
	T2	3,29	0,77	1,57	5,00	38	2,89	1,12	1,86	4,43	5
	T3	3,06	0,50	1,57	4,00	33	3,18	0,73	2,43	4,86	14
Bénéfices	T1	4,82	0,42	3,00	5,00	33	4,33	0,94	3,67	5,00	2
	T2	4,83	0,43	3,00	5,00	38	4,73	0,60	3,67	5,00	5
	T3	4,73	0,50	3,33	5,00	33	4,6	0,57	3,67	5,00	14

Récapitulatif et analyse

Il apparaît que les enfants de notre échantillon rapportent une parentification élevée, que ce soit dans le groupe PSR ou non-PSR. Cependant, cette parentification relève surtout des domaines de la fratrie et est contrebalancée par un niveau pratiquement maximal de bénéfices liés à la parentification. Cela signifie que les enfants ont de fortes responsabilités au sein de la famille, mais qu'ils sont gratifiés pour leur contribution. Or, d'après la littérature cet aspect est particulièrement important afin d'éviter les conséquences néfastes de la parentification [23].

Relations sociales

Soutien social

Le soutien social est mesuré au moyen du M.S.P.S.S. qui comporte un score total ainsi que trois sous-échelles : le soutien de la famille, des amis et des personnes significatives. Avec ce questionnaire un score moyen entre 1 et 2.9 renvoie à un soutien faible, un score entre 3 et 5 renvoie à un soutien modéré, enfin un score compris entre 5.1 et 7 renvoie à un soutien élevé.

Soutien total

La Figure 16 montre que les participants de notre recherche rapportent un sentiment de soutien total relativement élevé, tant chez les familles PSR que non-PSR. Ceci est confirmé par le Tableau 14 qui indique que toutes les moyennes renvoient à un soutien modéré à élevé.

Lorsque l'on compare les groupes, on remarque toutefois que les participants PSR se situent significativement au-dessus des participants non-PSR au T2 ($médiane_{PSR} = 6.25$; $médiane_{non-PSR} = 5.67$; $U = 312$, $p = 0.01$) ainsi qu'au T3 ($médiane_{PSR} = 6.08$; $médiane_{non-PSR} = 5.54$; $U = 864$, $p = 0.05$).

En ce qui concerne l'évolution du groupe PSR, le soutien global reste stable entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-t1} = 6.17$; $médiane_{PSR-t2} = 6.21$; $U = 738$, $p = 0.48$). Par contre, il baisse de façon significative entre T2 et T3 ($médiane_{PSR-t2} = 6.21$; $médiane_{PSR-t3} = 5.96$; $U = 974$, $p < 0.01$). Enfin, les mères rapportent un niveau de soutien global inférieur aux pères en T1 ($médiane_{père-PSR} = 6.33$; $médiane_{mère-PSR} = 6.08$; $U = 111$, $p = 0.03$), en T2 ($médiane_{père-PSR} = 6.75$; $médiane_{mère-PSR} = 5.67$; $U = 149$, $p < 0.01$) et en T3 ($médiane_{père-PSR} = 6.25$; $médiane_{mère-PSR} = 5.67$; $U = 132$, $p < 0.01$).

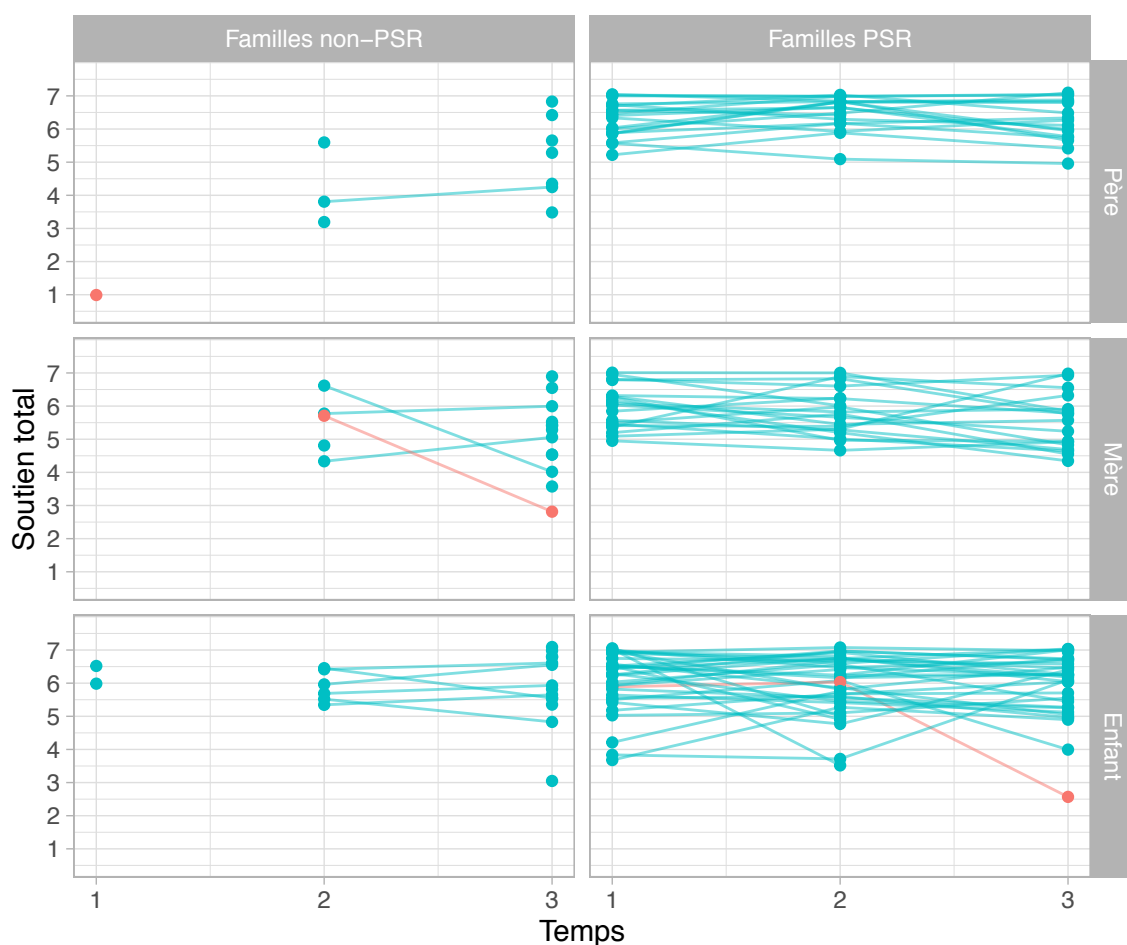


Figure 16. Soutien total en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (les participants en rouge rapportent un soutien faible = <2.9 à au moins un des temps de mesure)

Tableau 14 Moyennes du soutien total des familles PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

Rôle familial	Temps	PSR					Non-PSR				
		M	σ	min	max	n	M	σ	min	max	n
Père	T1	6,29	0,55	5,17	7	19	1,00				1
	T2	6,51	0,51	5,00	7	19	4,25	1,26	3,25	5,67	3
	T3	6,24	0,61	5,00	7	17	5,15	1,24	3,42	6,75	7
Mère	T1	5,95	0,65	5,00	7	19	NA				0
	T2	5,79	0,68	4,75	6,92	19	5,50	0,89	4,42	6,67	5
	T3	5,53	0,82	4,25	7	17	5,06	1,12	2,83	6,83	13
Enfant	T1	6,08	0,89	3,75	7	33	6,25	0,35	6,00	6,50	2
	T2	6,00	0,85	3,58	7	38	5,90	0,51	5,25	6,50	6
	T3	5,93	0,97	2,58	7	33	5,90	1,08	3,00	7,00	14

Soutien familial

Il apparaît que les participants tant PSR que non PSR se sentent fortement soutenus par leur famille, tel que l'indique la Figure 17 et le Tableau 15.

En T2 il n'y a d'ailleurs pas de différence significative entre les deux groupes ($médiane_{PSR} = 7.00$; $médiane_{non-PSR} = 6.75$; $U = 410$, $p = 0.13$). Par contre, en T3 les familles PSR rapportent un soutien plus élevé de la part de leur famille ($médiane_{PSR} = 7.00$; $médiane_{non-PSR} = 6.42$; $U = 880$, $p = 0.04$).

Concernant le groupe PSR, le sentiment de soutien familial reste stable entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-T1} = 7.00$; $médiane_{PSR-T2} = 7.00$; $U = 223$, $p = 0.84$) ainsi qu'entre T2 et T3 ($médiane_{PSR-T2} = 7.00$; $médiane_{PSR-T3} = 7.00$; $U = 262$, $p = 0.18$). Lorsque l'on compare les résultats des deux parents, il apparaît que les mères rapportent un soutien familial plus faible que les pères, et ce à chacun des temps de mesure. Que ce soit en T1 ($médiane_{père-PSR} = 7.00$; $médiane_{mère-PSR} = 6.50$; $U = 72.5$, $p < 0.01$) en T2 ($médiane_{père-PSR} = 7.00$; $médiane_{mère-PSR} = 6.75$; $U = 49.5$, $p = 0.03$) ou en T3 ($médiane_{père-PSR} = 7.00$; $médiane_{mère-PSR} = 6.75$; $U = 60$, $p = 0.02$).

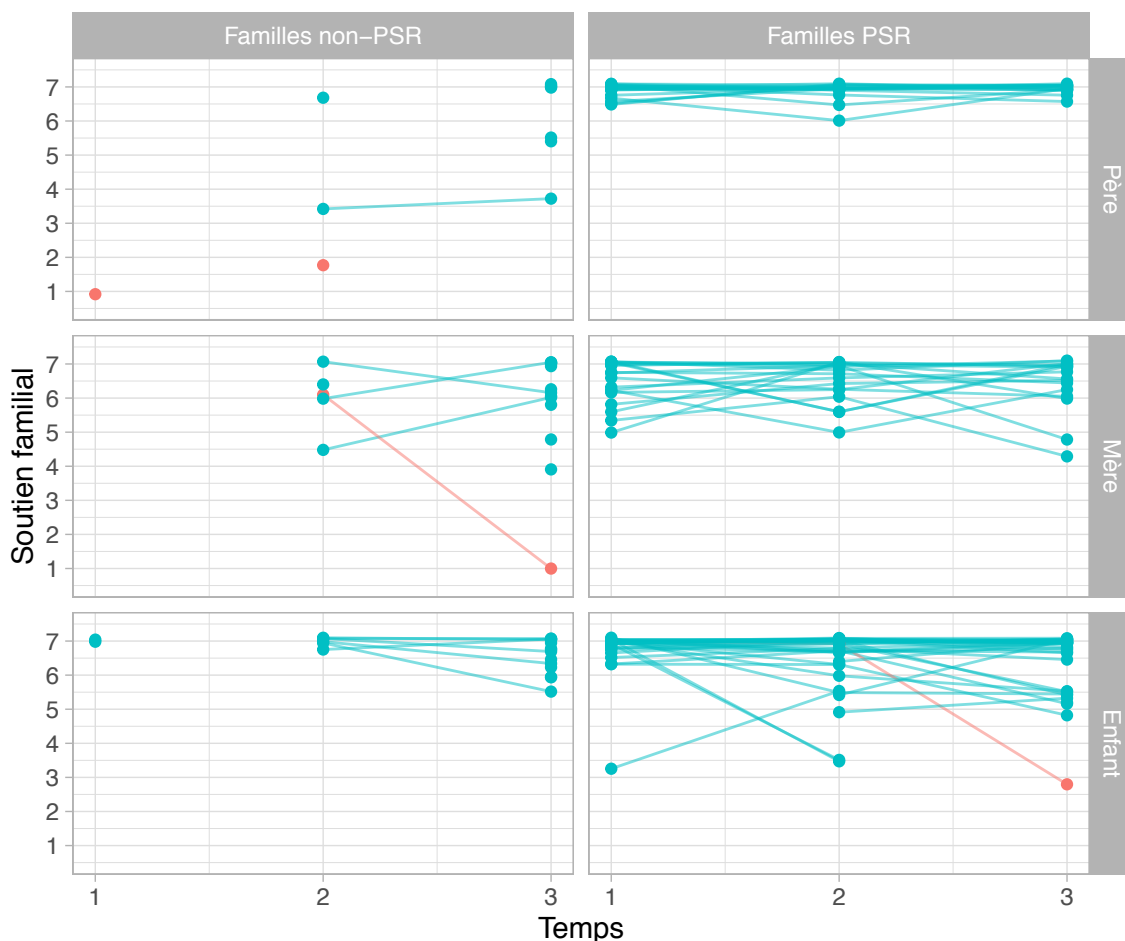


Figure 17. Soutien familial en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (les participants en rouge rapportent un soutien faible = <2.9 à au moins un des temps de mesure)

Tableau 15 Moyennes du soutien familial des familles PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

		PSR					Non-PSR				
Rôle familial	Temps	MSPSS					MSPSS				
		Famille	σ	min	max	n	Famille	σ	min	max	n
Père	T1	6,89	0,19	6,5	7	19	1,00				1
	T2	6,91	0,25	6,0	7	19	4,00	2,54	1,75	6,75	3
	T3	6,96	0,13	6,5	7	17	6,11	1,26	3,75	7	7
Mère	T1	6,45	0,65	5,0	7	19	NA				0
	T2	6,53	0,62	5,0	7	19	6,00	0,94	4,5	7	5
	T3	6,44	0,82	4,25	7	17	5,77	1,71	1	7	13
Enfant	T1	6,8	0,67	3,25	7	33	7,00	0	7	7	2
	T2	6,52	0,89	3,50	7	38	6,96	6,96	6,75	7	6
	T3	6,41	0,97	2,75	7	33	6,55	6,55	5,5	7	14

Soutien de la part d'amis

On remarque ici de plus grandes différences entre participants ainsi qu'un nombre plus élevé de participants rapportant un faible niveau de soutien de la part de leurs amis (Figure 18; tableau 16).

Cela est vrai tant pour les familles PSR que non-PSR. En effet, nos groupes ne diffèrent pas en T2 ($médiane_{PSR} = 5.50$; $médiane_{non-PSR} = 4.38$; $U = 378$, $p=0.09$) ni en T3 ($médiane_{PSR} = 5.00$; $médiane_{non-PSR} = 4.00$; $U = 938$, $p=0.15$).

Concernant le groupe PSR, le sentiment de soutien de la part d'amis reste stable entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-t1} = 5.25$; $médiane_{PSR-t2} = 5.50$; $U = 635$, $p=0.35$). Par contre, il diminue de façon significative entre T2 et T3 ($médiane_{PSR-t2} = 5.50$; $médiane_{PSR-t3} = 4.75$; $U = 831$, $p=0.03$). En T1, pères et mères PSR rapportent des niveaux semblables de soutien de la part de leurs amis ($médiane_{père-PSR} = 5.25$; $médiane_{mère-PSR} = 5.00$; $U = 68.0$, $p=0.34$), mais à partir de T2 le soutien rapporté par les mères est significativement plus faible (T2 $médiane_{père-PSR} = 6.25$; $médiane_{mère-PSR} = 4.75$; $U = 128$, $p<0.01$; T3 $médiane_{père-PSR} = 5.00$; $médiane_{mère-PSR} = 4.00$; $U = 149$, $p=0.04$).

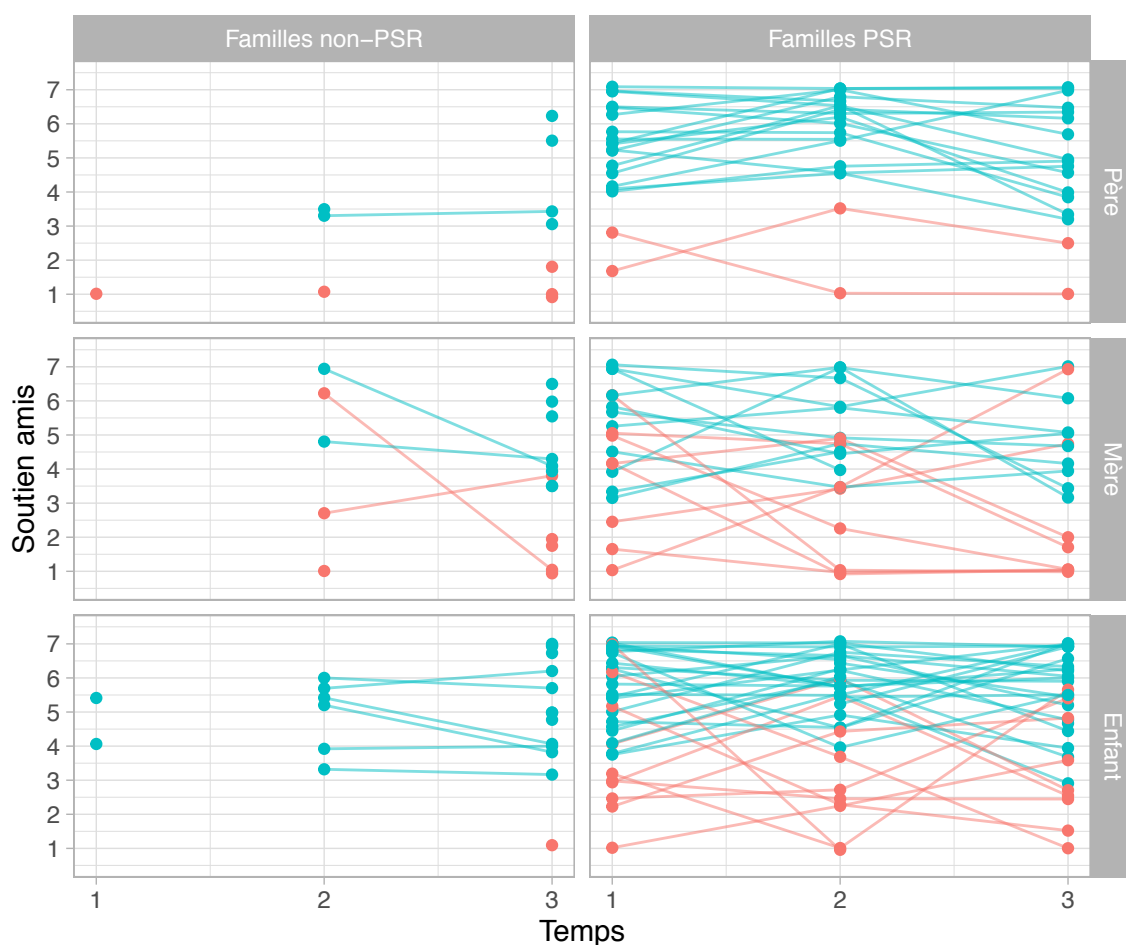


Figure 18 Soutien de la part des amis en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (les participants en rouge rapportent un soutien faible = <2.9 à au moins un des temps de mesure)

Tableau 16 Moyennes du soutien amical des familles PSR et non-PSR (M=moyenne, σ = écart-type, n= effectif)

Rôle familial	Temps	PSR					Non-PSR				
		M MSPSS Amis	σ	min	max	n	M MSPSS Amis	σ	min	max	n
Père	T1	5,21	1,44	1,75	7	19	1				1
	T2	5,66	1,5	1	7	19	2,58	1,38	1	3,5	3
	T3	4,87	1,75	1	7	17	3,14	2,1	1	6,25	7
Mère	T1	4,68	1,76	1	7	19	NA				0
	T2	4,24	1,9	1	7	19	6	0,94	4,5	7	5
	T3	3,66	2,08	1	7	17	5,77	1,71	1	7	13
Enfant	T1	5,16	1,66	1	7	33	4,75	1,06	4	5,5	2
	T2	5,2	1,66	1	7	38	4,96	1,09	3,25	6	6
	T3	5,11	1,72	1	7	33	5,04	1,75	1	7	14

Soutien de la part de personnes significatives

Ce type de soutien englobe la famille et les amis, mais inclut aussi toute autre personne qui pourrait avoir un rôle dans la vie des familles telle que les coaches, les maîtresses d'école etc... Au vu des résultats précédents, il n'est pas étonnant qu'il soit élevé pour nos deux groupes (Figure 19; Tableau 17).

Lorsque l'on compare les groupes, on remarque que le sentiment de soutien de la part de personnes significatives est plus élevé chez les familles PSR en T2 ($médiane_{PSR} = 7.00$; $médiane_{non-PSR} = 6.25$; $U = 331$, $p = 0.01$), mais pas en T3 ($médiane_{PSR} = 7.00$; $médiane_{non-PSR} = 6.75$; $U = 935$, $p = 0.11$).

Chez le groupe PSR, le sentiment de soutien de la part de personnes significatives reste stable entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-T1} = 6.75$; $médiane_{PSR-T2} = 7.00$; $U = 343$, $p = 0.51$), ainsi qu'entre T2 et T3 ($médiane_{PSR-T2} = 7.00$; $médiane_{PSR-T3} = 7.00$; $U = 278$, $p = 0.26$). En T1, pères et mères PSR rapportent un niveau semblable de soutien ($médiane_{père-PSR} = 7.00$; $médiane_{mère-PSR} = 7.00$; $U = 44.0$, $p = 0.72$). En T2, les mères se sentent significativement moins soutenues ($médiane_{père-PSR} = 7.00$; $médiane_{mère-PSR} = 7.00$; $U = 128$, $p = 0.01$), mais ce déclin semble remonter en T3 puisque la différence entre parents n'est plus significative ($médiane_{père-PSR} = 7.00$; $médiane_{mère-PSR} = 7.00$; $U = 149$, $p = 0.08$).

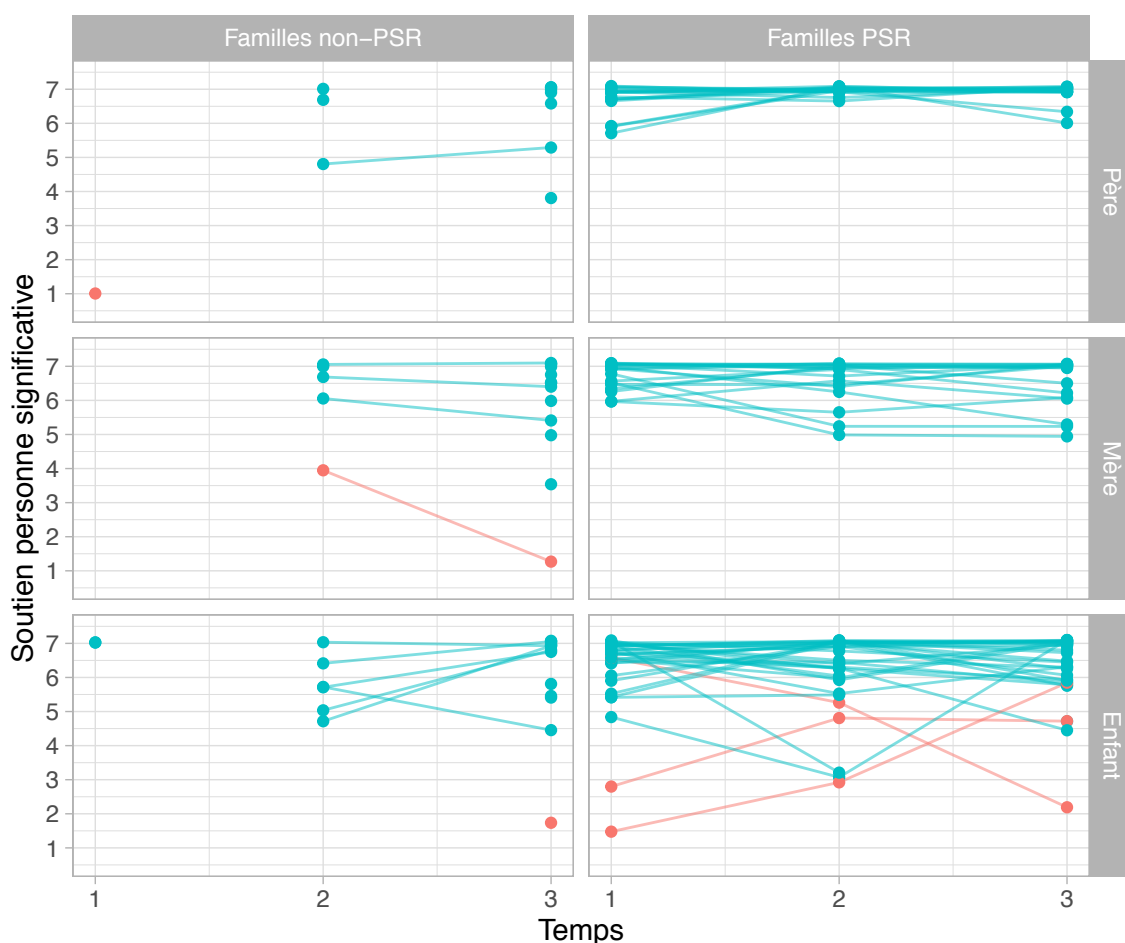


Figure 19 Soutien de la part de personnes significatives en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (les participants en rouge rapportent un soutien faible = <2.9 à au moins un des temps de mesure)

Tableau 17 Moyennes du soutien des personnes significatives des familles PSR et non-PSR (M=moyenne, P.signif = personne significative, σ = écart-type, n= effectif)

Rôle familial	Temps	PSR					Non-PSR				
		M MSPSS P.signif	σ	min	max	n	M MSPSS P.signif	σ	min	max	n
Père	T1	6,76	0,4	5,75	7	19	1				1
	T2	6,97	0,08	6,75	7	19	6,17	1,23	4,75	7	3
	T3	6,9	0,29	6	7	17	6,21	1,26	3,75	7	7
Mère	T1	6,72	0,37	6	7	19	NA				0
	T2	6,61	0,63	5	7	19	6,15	1,27	4	7	5
	T3	6,49	0,73	5	7	17	5,81	1,71	1,25	7	13
Enfant	T1	6,3	1,22	1,5	7	33	7	0	7	7	2
	T2	6,28	1,11	3	7	38	5,79	0,86	4,75	7	6
	T3	6,29	1,03	2,25	7	33	6,11	1,49	1,75	7	14

Récapitulatif et analyse

Nos résultats indiquent que les participants se sentent bien entourés. En effet, ils rapportent un niveau élevé de soutien. Celui-ci semble provenir en particulier de la famille.

Il est toutefois intéressant de relever que les familles PSR rapportent un niveau de soutien global significativement plus élevé que les familles non-PSR.

Il est possible qu'avec le temps les différentes sources de soutien s'effilochent. En effet, les familles PSR rapportent une diminution significative du soutien total entre T2 et T3. De plus, bon nombre des familles T3 non-PSR sont en Suisse depuis plus d'un an, cette différence pourrait contribuer à expliquer le soutien plus faible rapporté par les familles non-PSR.

Enfin, notons que les mères PSR rapportent à chaque temps de mesure un soutien total plus faible que celui des pères. Lorsqu'on se penche sur les différentes sources de soutien, il apparaît que le T2 est particulièrement rude pour les mères. En effet, c'est le seul où elles rapportent un niveau de soutien plus faible que les pères à chacune des sous-échelles.

Appartenance à des groupes sociaux

Le sentiment d'appartenance à des groupes sociaux a été évalué à posteriori pour la Syrie, ainsi qu'à chaque temps de mesure pour la Suisse. Nos résultats montrent qu'à ce sujet l'échantillon est très hétérogène (Figure 20) avec des moyennes relativement basses, l'échelle allant de 1 à 5 (Tableau 18).

En ce qui concerne la Syrie, les familles PSR rapportent un niveau significativement plus élevé de sentiment d'appartenance à des groupes, en comparaison aux familles non-PSR ($médiane_{PSR} = 2.50$; $médiane_{non-PSR} = 3.75$; $U = 1$, $p = 0.03$). Une fois arrivés en Suisse les deux groupes ne diffèrent plus (**T2** $médiane_{PSR} = 4.12$; $médiane_{non-PSR} = 3.12$; $U = 425$, $p = 0.23$; **T3** $médiane_{PSR} = 4.25$; $médiane_{non-PSR} = 3.00$; $U = 889$, $p = 0.11$).

Le groupe PSR rapporte une augmentation significative de son sentiment d'appartenance à des groupes en Suisse entre T1 et T2 ($médiane_{PSR-T1} = 1.00$; $médiane_{PSR-T2} = 4.12$; $U = 57.0$, $p < 0.01$) qui se stabilise entre T2 et T3 ($médiane_{PSR-T2} = 4.12$; $médiane_{PSR-T3} = 4.12$; $U = 566$, $p = 0.49$). Lorsque l'on compare les mères et les pères du groupe PSR il n'y a pas de différence que ce soit concernant l'appartenance à des groupes lorsqu'ils habitaient en Syrie ou une fois en Suisse (**Syrie** $médiane_{PSR-père} = 3.75$; $médiane_{PSR-mère} = 3.00$; $U = 89.5$, $p = 0.28$; **Suisse T1** $médiane_{PSR-père} = 1.00$; $médiane_{PSR-mère} = 1.00$; $U = 8.00$, $p = 0.68$; **Suisse T2** $médiane_{PSR-père} = 3.50$; $médiane_{PSR-mère} = 2.00$; $U = 88.0$, $p = 0.60$; **Suisse T3** $médiane_{PSR-père} = 3.75$; $médiane_{PSR-mère} = 3.00$; $U = 89.5$, $p = 0.28$).

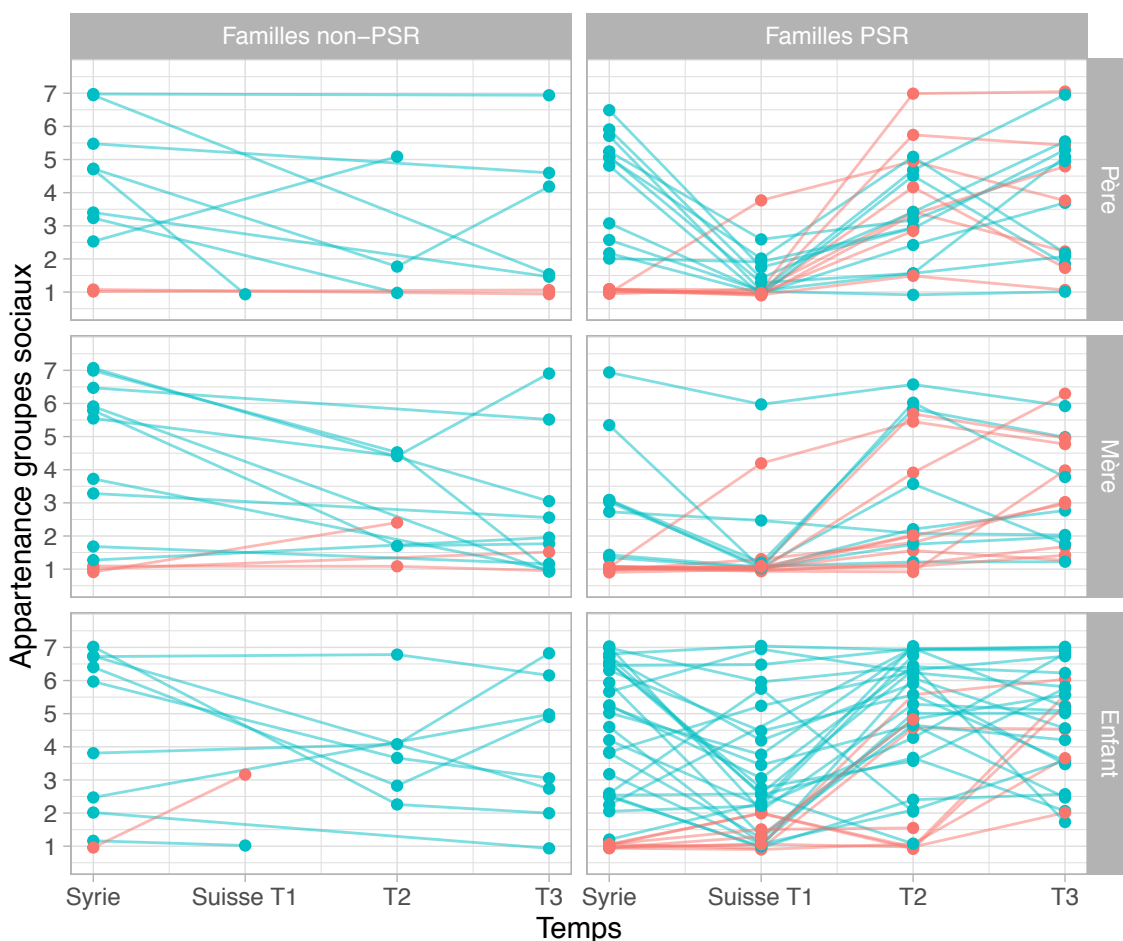


Figure 20. Sentiment d'appartenance à des groupes sociaux en fonction du groupe, du temps et du rôle familial (les participants en rouge rapportent un score de 1 à au moins un des temps de mesure, indiquant un très faible sentiment d'appartenance)

Tableau 18 Moyennes du sentiment d'appartenance à des groupes des familles PSR et non-PSR (M =moyenne, σ = écart-type, n = effectif)

		PSR					Non-PSR						
Rôle familial	Temps	M	GI	σ	min	max	n	M	GI	σ	min	max	n
Père	Syrie	2.95		2.09	1	6.50	19	4.03		2.17	1	7	10
	T1	1.41		0.73	1	3.75	19	1,00		NA	NA	NA	1
	T2	3.50		1.59	1	7	19	2.58		2.13	1	5	3
	T3	3.79		2	1	7	17	2.96		2.32	1	7	7
Mère	Syrie	1.99		1.68	1	7	19	3.90		2.48	1	7	13
	T1	1.54		1.34	1	6	19	NA					
	T2	2.93		1.98	1	6.50	19	2.85		1.60	1	4.5	5
	T3	3.24		1.67	1.25	6.25	17	2.38		1.95	1	7	12
Enfant	Syrie	3.83		2.28	1	7	34	4.35		2.49	1	7	10
	T1	2.81		1.92	1	7	33	2.12		1.59	1	3.25	2
	T2	4.66		2.12	1	7	38	3.83		1.57	2.25	6.75	6
	T3	4.73		1.64	1.75	7	33	4.75		1.98	1	7	14

Récapitulatif et analyse

En ce qui concerne le sentiment d'appartenance à des groupes, les résultats sont très hétérogènes. En effet, alors que certains participants (tant hommes que femmes) rapportent de nombreux échanges et une vie sociale variée, d'autres à l'inverse considèrent leur famille comme leur seul groupe d'appartenance. Il est toutefois intéressant de noter une augmentation du sentiment d'appartenance du groupe PSR entre T1 et T2, ceci indiquant que les participants se créent des relations sociales en Suisse. De plus, ceci semble concerner tant les hommes que les femmes.

Discussion

Au travers de cette étude, nous avons cherché à comprendre le vécu des familles syriennes arrivées dans le canton de Vaud en fonction de leur mode d'arrivée en Suisse (via le projet de réinstallation ou non).

Les résultats obtenus concernant la **santé psychique** sont bien meilleurs que ce à quoi nous nous attendions. Lorsque l'on évalue la santé psychique de façon globale, les participants PSR tendent à se situer au-dessus d'une population occidentale. De plus, si les résultats des familles non-PSR sont plus faibles, il n'y a toutefois pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes. Notons cependant que les données longitudinales mettent en avant la présence d'un déclin significatif du groupe PSR. Enfin, soulignons la différence significative qui apparaît entre pères et mères PSR. Celles-ci rapportent un niveau de santé psychique supérieur à une population occidentale en T1, mais déclinant fortement en T2 et continuant à décliner en T3, atteignant un niveau nettement inférieur à une

population occidentale. Plusieurs hypothèses peuvent potentiellement expliquer ces résultats. On peut d'abord évoquer une possible différence culturelle dans l'expression des symptômes psychiques entre les hommes et les femmes. Néanmoins, ce facteur n'expliquerait pas l'évolution défavorable dans le temps (l'expression des symptômes devrait rester similaire pour une même personne dans le temps). Ensuite, il est souvent évoqué dans les entretiens que ce sont les femmes qui se sentent responsables de porter la famille et notamment de s'occuper des enfants. Ceci ajoute une charge psychique et implique de plus grandes barrières à l'intégration. En effet, pendant que les mères s'occupent des enfants, ce sont surtout les pères qui accomplissent la plupart des tâches à l'extérieur du foyer, comme faire les courses et aller payer les factures. Cela leur donne des interactions supplémentaires et d'autres occasions d'améliorer la langue, par rapport aux mères qui n'apprennent le français qu'à travers des cours de langue. Finalement, on peut noter que les symptômes recherchés dans les scores qui étudient la dépression, correspondent plus volontiers au tableau de dépression féminine, les symptômes dépressifs s'exprimant plus chez les hommes sous forme de comportements impulsifs, de consommations de substances ou de manifestations somatiques. Une attention particulière devrait donc être donnée aux mères de ces familles. Le fait qu'elles se sentent moins soutenues vient également renforcer l'intérêt d'une intervention à ce niveau par l'entourage d'accueil de ces familles. C'est d'ailleurs l'une des raisons pour lesquelles une troisième consultation médicale a été implémentée pour les familles PSR, en plus des deux premières initialement prévues dans leur bilan d'arrivée. Une réflexion sur des aides pour la garde des enfants pourrait également permettre à ces mères de consacrer plus de temps dans des activités favorisant leur intégration.

Concernant les **diagnostics de troubles psychiques**, il apparaît à première vue que les **troubles anxieux et les troubles paniques** sont très rares, voire inexistant. Pour autant, cela ne signifie pas que les participants n'ont pas de symptômes, car tous les parents rapportent avoir atteint un stade d'anxiété intense à un moment de leur vie. Cela est cohérent avec leur vécu, qu'il soit lié aux expériences de la guerre, du chemin de l'exil clandestin (le plus dur étant les moments où les familles se retrouvaient séparées) ou de la précarité de la vie de réfugié dans des pays déjà pauvres tels que le Liban, la Jordanie ou l'Irak.

La fréquence de diagnostics de **troubles post-traumatiques** est plus élevée. En effet, une quinzaine de participants rapportent avoir subi un tel trouble dans le passé avec des risques plus élevés pour les familles non-PSR. Notons cependant que la majorité a réussi à se remettre de ces événements et ne présente pas ce trouble au moment de l'étude.

Enfin, le **trouble dépressif** apparaît comme étant le plus fréquent, notamment au moment de l'étude. A nouveau, les familles non-PSR sont plus à risque de présenter un tel trouble. Le statut lié au permis d'admission provisoire (permis F) semble particulièrement peser sur le moral des familles qui ne peuvent se projeter dans l'avenir en Suisse. Selon les dires de plusieurs participants, le permis F place les participants en marge de la société car il en ferait des citoyens de seconde classe avec des droits réduits. Or, le fait de ne pas avoir les mêmes droits qu'autrui semble particulièrement difficile à vivre. Un des aspects soulevés par chacune des familles est notamment l'interdiction de voyager. Comme le montre cette étude, la famille a un rôle primordial pour les participants et pas uniquement la famille nucléaire, mais la famille élargie aussi. L'exil est donc rude et le fait de savoir que leurs frères, sœurs, parents, oncles ou tantes se trouvent dans les pays voisins tels que l'Allemagne, mais qu'ils ne peuvent

pas leur rendre visite est vécu comme une grande injustice. Le type de permis est également vécu comme stigmatisant et plusieurs familles rapportent que c'est la première question qu'on leur pose quand ils rencontrent quelqu'un. Alors qu'un permis B serait admiré, un permis F génèrerait de la pitié. L'autre aspect soulevé de façon quasi systématique est l'accès au travail. Ceci semble particulièrement important pour l'estime de soi des hommes jeunes qui tendent à se sentir inutiles. Plusieurs participants soulèvent les différences de traitement à ce sujet dans d'autres pays d'Europe. L'une des mères estimait que le travail devrait être obligatoire comme dans certains pays nordiques où la politique de l'emploi serait plus stricte car à long terme l'absence de celui-ci est néfaste pour les pères et a des retombées sur toute la famille.

En ce qui concerne les familles PSR, un facteur majeur d'influence sur le bien-être psychique est **l'accès à un logement privé**. En effet, même si plusieurs familles voient et rapportent les avantages de commencer leur insertion par une vie en foyer, toutes en rapportent également les difficultés. Pour une des familles, cela a même provoqué un trouble post-traumatique à la suite d'une tentative d'agression au couteau de la part de l'un des autres résidents, celui-ci continuant à habiter dans le foyer après l'épisode, réveillant à chaque fois la peur des parents et des enfants. De manière générale, ce qui apparaît comme réellement dur n'est pas le fait de passer par une période en foyer, mais plutôt que celle-ci soit à chaque fois prolongée. Il est plus simple de vivre une situation difficile quand celle-ci est d'une durée limitée et connue. S'il incombait aux assistants sociaux ou aux coaches de trouver des logements pour les premières familles, cela se serait modifié durant l'étude, les familles elles-mêmes s'en étant progressivement chargé. Le fait d'être actif dans la recherche d'un logement est vécu comme positif, car cela donne aux familles le sentiment de pouvoir agir sur leur vie dans une période où plusieurs se sentent complètement impuissants. Plusieurs pères rapportent qu'ils se sentent comme des enfants, incapables de se débrouiller seuls, ne serait-ce que pour acheter un paquet de sel. Les premiers mois, la barrière de la langue est particulièrement limitante. Impliquer les familles dans la recherche de leur logement semble donc important, mais nécessite néanmoins la présence d'un soutien pour apprendre à faire une telle démarche en Suisse, ainsi que de les aider à vivre les réponses négatives, dont le nombre élevé est difficile à comprendre pour ces familles, ou encore pour les accompagner lors des contacts avec les locataires et les propriétaires des logements. Si les familles arrivent en général à se débrouiller pour trouver des annonces et envoyer leur dossier, plusieurs familles ont eu des problèmes de communications qui ont négativement influencé leurs chances d'obtenir le logement.

Malgré une présence non négligeable de troubles post-traumatiques et de dépressions, les familles présentent un état de santé psychique globale supérieur à nos attentes. **Les relations familiales et sociales** y jouent probablement un rôle, car si le fait de vivre des moments difficiles au niveau individuel tend à contaminer les relations avec autrui, à l'inverse la présence de soutien est un puissant facteur protecteur et nos résultats semblent aller dans ce sens. Par rapport aux différents seuils cliniques, les familles tant PSR que non-PSR rapportent une bonne **qualité de la relation conjugale et du fonctionnement familial**. De plus, parents et enfants rapportent une relation proche. Notons également que les enfants se sentent aussi proches de leur mère que de leur père. Même si dans notre échantillon les familles fonctionnent selon un modèle traditionnel, les pères sont impliqués dans la vie familiale. Par

ailleurs, si le niveau de **parentification** est élevé, en particulier concernant les domaines liés à la fratrie, ceci est contrebalancé par un puissant sentiment d'être reconnu pour sa participation et aimé par sa famille. Enfin, les familles PSR et non-PSR rapportent un **sentiment de soutien** global élevé, celui-ci provenant en particulier de la famille. On peut donc conclure que la famille est une ressource puissante pour nos participants.

Finalement, en ce qui concerne l'appartenance à des groupes sociaux nos participants semblent être éclectiques, il est toutefois intéressant de noter que le groupe PSR semble tisser des liens au fur et à mesure de la recherche et que ceux-ci semblent se stabiliser.

Il apparaît qu'en ce qui concerne la **santé physique** perçue, les familles syriennes se situent légèrement en dessous d'une population occidentale, qu'ils fassent partie du groupe PSR ou non. Ces résultats sont conformes à nos attentes. En effet, les conditions de vie de ces personnes depuis le début de la guerre en Syrie en 2011 ont été rudes et il n'est pas étonnant qu'elles aient eu un impact sur leur santé physique. Une sélection de personnes particulièrement vulnérables par le HCR dans le projet de réinstallation influence probablement aussi ce résultat.

Concernant la **consommation de toxiques**, la consommation de tabac chez les pères est importante dans les deux groupes. Plusieurs d'entre eux rapportent l'envie de diminuer ou d'arrêter de fumer et la mise en place de stratégies de soutien à cet effet pourrait être utile. En ce qui concerne les mères, le fait d'être seule pourrait être un facteur de risque pour le tabagisme, puisque les trois mères non-PSR dont les maris ne sont pas présents fument de façon quotidienne. À l'inverse, rares sont les mères PSR à consommer du tabac. En ce qui concerne les autres substances, aucun participant ne rapporte de consommation régulière d'alcool ou de drogues.

Limites

Les résultats de cette recherche comportent plusieurs limites. Tout d'abord, le processus de sélection des familles du projet de réinstallation impliquant une sélection basée sur des critères de vulnérabilité, cela implique un biais de sélection entre les deux groupes, rendant difficile leur comparaison. Les contraintes du terrain et les modifications du nombre d'arrivées de familles migrantes n'ont pas permis d'avoir deux échantillons semblables aux mêmes temps d'étude. Ainsi, nous n'avons pas réellement de suivi longitudinal pour le groupe non-PSR étant donné que seules 4 familles ont participé à la fois au T2 et au T3. Or, pour plusieurs variables il y a une différence significative entre groupe PSR et non-PSR en T2, mais plus en T3. Cela pourrait indiquer d'une part que le groupe non-PSR présente plus de difficultés en T2 qu'en T3. Mais d'autre part, comme nous avons inclus en T3 des participants qui étaient en Suisse depuis 1 à 4 ans dans le groupe non-PSR, il est possible que ces personnes se soient plus adaptées durant cette période et ne présentent donc plus les mêmes problèmes.

Au vu des difficultés de recrutement du groupe contrôle, les familles intégrées présentent par ailleurs une plus grande hétérogénéité, avec notamment certaines familles dont les parents étaient séparés, ou alors avec des familles monoparentales.

Par ailleurs, le nombre de participants est restreint dans les deux groupes, ne permettant pas de faire de généralisation quant aux réfugiés syriens en Suisse, mais nous donne uniquement

un aperçu. Il serait possible qu'un échantillon plus grand permettrait l'apparition d'autres différences significatives, qui n'apparaissent ici que sous forme de tendances.

Ensuite, il est possible que les questionnaires tendent à dépeindre une image plus positive que ne l'est la réalité. D'une part, bien que les auteurs aient sélectionné les questionnaires validés qui leur apparaissaient les plus pertinents, ces derniers ont été développés pour des populations occidentales et ne correspondent pas forcément aux caractéristiques de la population syrienne. Nous avons cité l'exemple du trouble panique où l'un des items du M.I.N.I est nécessaire au diagnostic et a pour conséquence que plusieurs participants qui présentent les symptômes d'un trouble panique ne sont pas considérés comme présentant ce trouble. A noter que le suivi longitudinal permet néanmoins de minimiser cette hypothèse, car dans le suivi de l'évolution, les participants sont comparés à eux-mêmes, ainsi une même question inadaptée ne peut-elle pas expliquer la différence entre deux temps de mesures. D'autre part, ces familles veulent aller bien. Au-delà de la désirabilité sociale, elles veulent se convaincre elles-mêmes que les choses vont bien. Elles se sentent également privilégiées par rapport à tous ceux qui sont en Syrie, au Liban en Jordanie ou en Irak, et ce n'est pas facile d'admettre que la vie en Suisse peut aussi être dure, même si les nécessités de base sont remplies. En effet, c'est plutôt au fil des discussions que ressortent les difficultés auxquelles font face ces familles et pas toujours au travers des réponses données aux questionnaires.

Propositions d'implémentation

- Une attention particulière aux mères de ces familles par les équipes médico-sociales autour de ses familles, au vu de la moins bonne santé psychique et du plus faible sentiment de soutien
- L'implication des familles dans le processus de recherche d'un logement
- Une intervention ciblée pour le soutien de l'arrêt du tabagisme au vu de l'intérêt mentionné par les participants

Conclusion

Cette recherche tend à montrer que les familles syriennes réfugiées dans le canton de Vaud vont mieux que ce à quoi nous pouvions nous attendre sur le plan de la santé mentale. Il apparaît également que la famille est une source de soutien significative et qu'il est possible qu'elle représente un facteur protecteur pour la santé des participants. D'autre part, les résultats indiquent que le fait d'appartenir au groupe PSR représente effectivement un avantage pour la santé psychique des participants, ce qui pourrait confirmer l'impact des soutiens fournis par ce programme (attribution d'un permis de séjour rapide et stable, soutien rapproché par des professionnels tels que les coaches, cours de langues). En termes de prévention et de promotion de la santé, une intervention pour le soutien à l'arrêt du tabagisme pourrait être proposée, au vu de la prévalence de cette addiction et de l'intérêt mentionné de certains participants à arrêter. Il serait par ailleurs important d'accorder une attention particulière aux mères du groupe PSR, qui rapportent une santé psychique globale, une qualité de la relation conjugale ainsi qu'une perception de soutien significativement inférieure à celles des pères. Finalement, le logement semblant avoir un impact important sur le bien-être de ces familles, il serait intéressant de plus les impliquer dans les démarches de recherche d'un appartement, et d'éviter de donner des délais d'attribution sans être certain

de pouvoir ensuite les respecter. Un suivi longitudinal de ces familles sur plusieurs années serait probablement riche en enseignement sur l'adaptation et l'intégration de ces familles, de même que leur évolution sur le plan de la santé mentale. Une recherche de financement est prévue par l'équipe de recherche dans cette intention.

Bibliographie

1. UNHCR. *Syria emergency*. 19.04.2018 21.03.2021]; Available from: <https://www.unhcr.org/syria-emergency.html>.
2. Secrétariat d'État aux migrations (SEM), *S. Crise humanitaire en Syrie*. 2017 24.08.2017 [cited 2017 03.01.2018]; Available from: <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/syrien.html>.
3. Bodenmann, P., et al., *Afflux des migrants*. 2015. **96**(5051): p. 10.4414.
4. Knipscheer, J.W., et al., *Trauma exposure and refugee status as predictors of mental health outcomes in treatment-seeking refugees*. 2015. **39**(4): p. 178-182.
5. Nickerson, A., et al., *A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees*. 2011. **31**(3): p. 399-417.
6. Meystre-Agustoni, G., et al., *MIGRATION ET SANTÉ Analyse des besoins dans le canton de Vaud*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2011.
7. El Ghaziri, N., et al., *Protocol of a longitudinal study on the specific needs of Syrian refugee families in Switzerland*. 2019. **19**(1): p. 1-7.
8. Humeniuk, R., et al., *Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST)*. 2008. **103**(6): p. 1039-1047.
9. Sheehan, D.V., et al., *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. *J Clin Psychiatry*, 1998. **20**.
10. Sheehan, D.V., et al., *Reliability and validity of the mini international neuropsychiatric interview for children and adolescents (MINI-KID)*. *The Journal of clinical psychiatry*, 2010. **71**(3): p. 313-326.
11. Ware, J., M. Kosinski, and S.D. Keller, *A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity*. *Med Care*, 1996. **34**.
12. Saris-Baglama, R., et al., *The SF-10™ health survey for children: a User's guide*. 2007. **23**.
13. Hunsley, J., et al., *The seven-item short form of the Dyadic Adjustment Scale: Further evidence for construct validity*. 2001. **29**(4): p. 325-335.
14. Byles, J., et al., *Ontario Child Health Study: reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device*. 1988. **27**(1): p. 97-104.
15. Aroian, K.J., et al., *Development and psychometric evaluation of an Arab version of the Family Peer Relationship Questionnaire*. 2008. **31**(5): p. 402-416.
16. Hooper, L.M., K.J.J.o.M. Doehler, and F. Therapy, *Assessing family caregiving: A comparison of three retrospective parentification measures*. 2012. **38**(4): p. 653-666.
17. Zimet, G.D., et al., *The multidimensional scale of perceived social support*. 1988. **52**(1): p. 30-41.

18. Jetten, J., C. Haslam, and S.H. Alexander, *The social cure: Identity, health and well-being*. 2012: Psychology press.
19. Secrétariat d'État aux migrations (SEM), S. *Nouvelles procédures d'asile accélérées à partir du 1er mars*. 28.09.2019 03.03.2021]; Available from: <https://www.sem.admin.ch/ejpd/fr/home/actualite/news/2019/2019-02-28.html>.
20. Miles, E.M., A.J. Narayan, and S.E. Watamura, *Syrian caregivers in perimigration: A systematic review from an ecological systems perspective*. *Translational Issues in Psychological Science*, 2019. **5**(1): p. 78.
21. Gandek, B., et al., *Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: results from the IQOLA Project*. *Journal of clinical epidemiology*, 1998. **51**(11): p. 1171-1178.
22. Miller, I.W., et al., *The McMaster family assessment device: reliability and validity*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 1985. **11**(4): p. 345-356.
23. Boszormenyi-Nagy, I. and G. Spark, *Invisible Loyalties. Reciprocity in Intergenerational Family Therapy*. New York (Brunner/Mazel) 1984. 1984.