

Mots-clés traduits selon He-Top :

Français	Anglais
Empowerment	Empowerment
Interventions infirmières	Nursing interventions
Migrants	Migrants
Mineurs	Minors
Mineurs non accompagnés	Unaccompanied Minors
Réfugiés	Refugees
Ressources	Resources
Santé mentale	Mental health
Soins	Nursing care
Trouble de stress post-traumatique (TSPT)	Post traumatic stress disorder (PTSD)

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAPPI	Centre Ambulatoire Psychiatrique et Psychothérapeutique Intégré
CAMSCO	Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaire
CEP	Centres Fédéraux d'Enregistrement et de Procédure
CIRE	Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers
DFAE	Département Fédéral des Affaires Etrangères
HEdS	Haute Ecole de Santé – Genève
HUG	Hôpitaux Universitaires de Genève
IOM	Organisation Internationale pour les Migrations
MNA	Mineurs non accompagnés
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office Fédérale de la Santé Publique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
OSAR	Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés
PSM	Programme Santé Migrants
SEM	Secrétariat d'Etat aux Migrations
TSPT	Trouble de Stress Post Traumatique
UMSA	Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Définition des statuts migratoire

Tableau 2. Descriptif de la méthode PICO

Tableau 3. Equation de recherche

Tableau 4. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

Tableau 5. Tableau synoptique

LISTE DE FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration	ii
Remerciements	iii
Résumé	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	vi
Liste des figures	vi
Table des matières	7-8
Introduction	9
 1. Problématique	 10
1.1. <i>La migration : un phénomène contemporain mondial</i>	10
1.2. <i>Les différentes formes de migration</i>	10
1.3. <i>Migration et santé mentale</i>	11-12
1.4. <i>Santé mentale et trouble de stress post-traumatique</i>	12
1.5. <i>Question de recherche initiale</i>	12
 2. Etat des connaissances	 13
2.1. <i>Statistiques</i>	13
2.2. <i>La population migrante et ses statuts</i>	14-15
2.3. <i>Le parcours migratoire et ses enjeux sur la santé mentale</i>	16-17
2.4. <i>Le syndrome de stress post-traumatique</i>	17-18
2.5. <i>La santé des patients migrants mineurs</i>	18-19
2.6. <i>Le rôle infirmier</i>	19-22
 3. Ancrage théorique	 23
3.1. <i>Modèle théorique choisi : Hildegard Peplau</i>	23-24
3.2. <i>Les fondements du modèle</i>	24-25
3.3. <i>Les métaconcepts</i>	25-26
<i>La personne</i>	
<i>Le soin</i>	
<i>La santé</i>	
<i>L'environnement</i>	
3.4. <i>Méthodologie de la pratique</i>	26-28
3.5. <i>Question de recherche</i>	28
 4. Méthode	 28-29
4.1. <i>Sources d'informations et stratégies de recherche documentaire</i>	29-30
4.2. <i>Equation de recherche</i>	30
4.3. <i>Diagramme de Flux</i>	31

5. Résultat	32-33
5.1. Tableaux comparatifs	34-40
5.2. Analyse critique des articles retenus	41
5.2.1. La prise en soin précoce dans la prévention du trouble de stress post-traumatique chez les migrants mineurs	41-43
5.2.2. Les thérapies comme outil pour créer un lien soignant-soigné	43-44
5.2.3. Obstacles rencontrés lors de la prise en soin	44-45
6. Discussion	45
6.2. Les freins à la relation soignant-soigné	47-48
6.3. Relation soignant-soigné avec le jeune à travers les différents rôles décrits dans la théorie de Hildegard Peplau	48-51
6.4. Les différentes ressources que le soignant peut mobiliser dans sa prise en soin en complémentarité aux compétences infirmières	51-53
7. Conclusion	54
7.1. Apports et limites du travail	55
7.2. Recommandations	56-57
8. Références	58-64
9. Annexes	65
9.1. Statistiques en matière d'asile en Suisse	66-67
9.2. Classification DSM-V	68-69
9.3. Fiches de lecture	70-90
Fiche de lecture n°1: " Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark : a nation-wide register-based cohort study"	
Fiche de lecture n°2: "Collective narrative practice with unaccompanied refugee minors : "the tree of life" as a response to hardship"	
Fiche de lecture n°3: "Psychiatric emergencies of minors with and without migration background"	
Fiche de lecture n°4: "The efficacy of a group cognitive behavioral therapy for war-affected young migrants living in Australia: a cluster randomized controlled trial"	
Fiche de lecture n°5: "Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors"	
Fiche de lecture n°6: "Responses to conflict, family loss and flight : posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa"	
Fiche de lecture n°7: "Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors : a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care"	

INTRODUCTION

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2018), le monde connaît actuellement les plus grands déplacements de populations depuis la Seconde Guerre mondiale. Aujourd'hui, il s'agit de migrations forcées, dues à la pauvreté, au changement climatique, aux catastrophes, à des conflits armés et à des extrémismes violents (OMS, 2018). De nombreux migrants restent en marge de la société et sont confrontés à la discrimination, à l'exclusion sociale et au manque d'accès aux services de santé et à la continuité des soins (OMS, 2018). L'OMS recommande aux systèmes de santé d'être attentif aux besoins des migrants, ce qui signifie des services dispensés dans la bonne langue et en faisant attention à leurs problèmes de santé particuliers, la santé de l'enfant, la santé mentale et les traumatismes dus au parcours migratoire (OMS, 2018). Cette réalité reflète l'importance de s'intéresser à cette population, principalement aux migrants mineurs, qui sont d'autant plus fragilisés par leur statut d'adolescents et aux conséquences qu'engendre le parcours migratoire sur leur santé mentale. Cette revue de la littérature s'intéresse aux bénéfices du lien entre le soignant et le soigné dans un contexte de TSPT chez une population migrante mineure.

L'initiation de cette revue de littérature a, dans un premier temps, débuté par la formulation de la problématique : celle-ci permet de réunir les thèmes abordés tout au long de ce travail en maintenant un fil rouge lors de la réflexion et des recherches.

Dans un deuxième temps l'ancrage théorique a été énoncé et mis en lien avec la problématique du travail. Cette démarche a ensuite débouché sur la question de recherche. Alors, les moteurs de recherches ont été sollicités : en premier plan il a fallu établir des mots-clés représentatifs de la question de recherche qui ont pu donner lieu à une équation de recherche.

Cette équation, lorsque placée dans les moteurs de recherches divers (CINHAL et PUBMED ayant été les plus fructueux), ont donné lieu à sept articles de recherche. Afin de pouvoir comparer les résultats de ces revues, la création d'un tableau comparatif ainsi que l'élaboration de fiches de lectures ont permis de posséder une vision globale et objective permettant par la suite d'analyser et d'expliquer les articles selon trois thématiques.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 La migration : Un phénomène contemporain mondial

Le monde et l'Europe sont frappés par une crise migratoire majeure. En effet, de nombreux pays sont dépassés par l'arrivée de flots de migrants du fait du peu de préparation à un nombre si important. Des études réalisées par des organisations internationales estiment effectivement à plus de 175 millions le nombre de personnes vivant actuellement loin de chez elles, parmi lesquelles 19,2 millions de ces migrations sont causées par les guerres (Secrétariat d'Etat aux Migrations [SEM], 2017). Au cours des siècles derniers et plus particulièrement ces dix dernières années, les mouvements migratoires dans le monde ont pris des proportions jamais atteintes auparavant. Ce sont les conditions de vie déplorables, les climats de guerre et de violence ou encore les catastrophes naturelles qui ne cessent d'augmenter qui expliquent une telle augmentation du flux migratoire (SEM, 2017).

1.2 Différentes formes de migration

La migration est un phénomène qui a toujours été ancré dans toutes les sociétés car les populations n'ont cessé de se déplacer dans diverses régions du monde dans l'espoir de se bâtir une nouvelle existence. Selon l'Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture [UNESCO] (2016), la migration concerne « le passage des frontières politiques et administratives pour un minimum de temps. Elle inclut, les mouvements de réfugiés, les personnes déplacées et les migrants économiques ». Différentes formes de migration peuvent être distinguées selon : les motivations (économiques, familiales, politiques), les statuts légaux (migration irrégulière, émigration/immigration contrôlée, libre émigration/immigration) des personnes concernées (UNESCO, 2016). La migration implique donc différents facteurs : mise à part la traversée physique d'une frontière, la personne migrante traversera une culture différente, une langue inconnue et des groupes ethniques dont il n'a pas l'habitude.

1.3 Migration et santé mentale

La migration est un sujet d'actualité : il est impératif de connaître les enjeux sanitaires afin de mieux appréhender l'accueil et le suivi de ces populations migrantes, notamment le rôle infirmier et les prises en soins dédiées. La construction des liens entre la santé mentale et migration est au carrefour d'enjeux politiques, économiques et idéologiques : en effet, il n'est pas difficile d'imaginer que de devoir quitter son pays suite à une instabilité politique et sociale qui mettent en danger sa vie, puis de devoir parcourir plusieurs pays dans des conditions extrêmes, rendent la personne migrante dans un état psychologique instable et fragile (SEM, 2014).

En 2016, Pribebe, Giacco et El-Nagib, démontrent à travers leur étude descriptive que la population migrante est exposée à des facteurs de risque de troubles mentaux avant, pendant et après la migration. Quitter son pays précipitamment, rupture familiale, difficultés rencontrées sur le parcours migratoire tels que violence, insécurité, incertitude, ou encore l'intégration social dans le nouveau pays d'accueil et le phénomène d'acculturation, sont des exemples de facteurs qui ont un impact sur la santé mentale des populations migrantes (Pribebe & al, 2016).

Une équipe autrichienne (Akkaya-Kalayci, Popow, Waldhör, Winkler & Ozlü Erkilic, 2016) met en évidence au travers de leur étude observationnelle étiologique que les troubles mentaux sont observés dans toutes les sociétés et présents à tous les âges, seulement, presque la moitié de ces troubles commencent à l'adolescence. En effet, l'adolescence est une phase du développement humain physique et mental, qui représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements (OMS, 2018). Dans une population migrante, les personnes les plus vulnérables face à l'impact qu'engendre la migration sur leur santé mentale sont les mineurs, car en plus de tous les facteurs qu'implique une migration, s'ajoute le facteur « adolescence » (Akkaya-Kalayci & al., 2016).

Akkaya-Kalayci & al., 2016, ont mené leur étude sur les motifs de consultation au sein du service ambulatoire des Urgences Psychiatriques pour les enfants et

adolescents de l'Hôpital Universitaire de Vienne, en Autriche, de Janvier 2008 à Décembre 2016. Il s'agit de la première étude en Europe qui a comparé les motifs de consultation d'urgences psychiatriques auprès des enfants et des adolescents avec et sans contexte migratoire. Ils ont constaté que plus de la moitié (53.4%) du nombre total des patients admis pendant ces périodes-là, ont un contexte migratoire. Ils démontrent alors que lors d'une prise en soin d'un patient migrant mineur, il est primordial que l'infirmière ait conscience de tous ces facteurs qui ont un impact sur leur santé mentale, dans le but d'une prise en soin des plus optimales et de limiter au mieux les conséquences sur leur santé mentale.

1.4 Santé mentale et le trouble de stress post traumatique (TSPT)

Un grand nombre de recherches a été effectué autour des conséquences qu'engendre la migration sur le statut mental des personnes migrantes. Troubles du comportement, dépression, tentatives de suicide et le TSPT, sont les troubles mentaux qui sont le plus souvent observés au sein de cette population (Bustamante & al., 2017). En 2017, Bustamante, Cerqueira, Leclerc et Brietzke, publient une revue de littérature dans laquelle ils comparent un nombre (non spécifié) d'articles scientifiques tous axés sur les troubles mentaux présents dans la population migrante. Ils mettent en avant que le trouble le plus fréquent et le plus présent est le TSPT. Enfin, l'étude menée par Akkaya-Kalayci & al., 2016, démontre également que le premier motif de consultation chez les patients migrants mineurs est le TSPT (20.3%) contre 13.9% pour des troubles du comportement et 17.2% pour des tentatives de suicide. Ces résultats démontrent l'importance de se pencher sur cette problématique.

1.5 Question de recherche initiale

Ce travail ambitionne de questionner comment le changement provoqué par le parcours migratoire peut affecter la vie de ces personnes et les impacts sur leur santé mentale. Plus précisément : comment, et par quelles interventions, les soins infirmiers pourraient-ils accompagner un patient migrant mineur dans son parcours migratoire pour favoriser le développement de ses ressources positives pour sa santé mentale ?

2. ETAT DES CONNAISSANCES

2.1. Statistiques

Selon le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés [UNHCR] (2017), chaque jour, ce sont 28'300 personnes qui sont forcées de fuir leurs foyers à cause de conflit et de persécution. Le flux migratoire en Europe est important ; selon l'Organisation Internationale pour les Migrations [IOM] (2018) 186'768 migrants sont arrivés en Europe en 2017, principalement en provenance de la Syrie (20'221), du Nigéria (18'590), de la Guinée (13'945), de la Côte d'Ivoire (13'548), de l'Irak (9'192) et du Bangladesh (9'048).

La Suisse n'est pas épargnée par ce flux migratoire. En effet, d'après les statistiques du SEM, depuis 2010, ce sont des centaines de milliers de personnes qui ont demandé l'asile en Suisse¹. Même si au travers de ces statistiques, les raisons pour lesquelles les demandes d'asile ont été effectuées ne sont pas précisées, ce nombre de demandes démontre l'importance du phénomène migratoire dans notre pays.

Selon le SEM (2018), la Suisse dénombrait 2 053 589 étrangers, fin 2017. Près de 68% des étrangers résidant en Suisse viennent d'un État membre de l'Union Européenne (EU) ou de l'Association européenne de libre-échange (AELE)². En 2017, le nombre de demandes d'asile a diminué, passant de 27'207 en 2016 à 18'088. Les cinq principaux pays de provenance des requérants d'asile ont été l'Érythrée, la Syrie, l'Afghanistan, la Turquie et la Somalie (SEM, 2018).

¹ Cf. annexe 9.1 : *Statistiques en matière d'asile en Suisse*.

² Il s'agit d'une organisation intergouvernementale qui vise à promouvoir le libre-échange et l'intégration économique au profit de ses quatre Etats membres que sont l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse (Département fédéral des affaires étrangères [DFAE] (2018)).

2.2. La population migrante et ses statuts

Selon l'IOM (2016), un migrant peut être « toute personne qui, quittant son lieu de résidence habituelle, franchit ou a franchi une frontière internationale ou se déplace ou s'est déplacée à l'intérieur d'un État, quels que soient : 1) le statut juridique de la personne ; 2) le caractère, volontaire ou involontaire, du déplacement ; 3) les causes du déplacement ; ou 4) la durée du séjour ». La notion de migrant a donc une définition large et, dans le cadre de ce travail, il a été choisi de se concentrer sur une population qui migre pour causes de sérieux préjudices dans leur pays d'origine ou qui sont dans l'impossibilité d'y retourner pour d'autres raisons humanitaires. Selon l'Organisation Suisse d'aide aux réfugiés [OSAR] (2016), c'est plus de 50 millions de personnes dans le monde qui sont en fuite pour échapper aux persécutions, à l'oppression, et à des menaces mettant en danger leur vie ou leur intégrité physique ou mentale. La Suisse fait partie des nombreux pays qui octroient leur protection et une autorisation de séjour à ces personnes-là.

Les personnes migrantes qui souhaitent bénéficier de l'asile en Suisse, les requérants d'asile, doivent déposer une demande d'asile dans l'un des cinq centres fédéraux d'enregistrement et de procédure (CEP) situés à Bâle, Chiasso, Kreuzlingen, Vallorbe et Altstätten (OSAR, 2016). Dans ces centres, les requérants d'asile sont enregistrés ; leurs empreintes digitales sont prises et leurs documents d'identités saisis. Rapidement, une première courte audition concernant la personne est menée. On s'intéresse à l'itinéraire emprunté, aux motifs d'asile ou encore à d'autres informations comme la langue, l'identité, le dernier lieu de séjour et l'âge (OSAR, 2016). Après cette première audition, d'autres plus poussées auront lieu. C'est le SEM qui déterminera si la Suisse doit approuver la demande d'asile ou non (OSAR, 2016). En fonction de la décision du SEM, les personnes migrantes obtiennent différents statuts, présentés dans le tableau suivant :

Tableau 1 : *Définitions des statuts migratoires (OSAR, 2016), (SEM, 2017)*

Statuts migratoires	Définitions
Réfugié	Personne qui se trouve hors du pays dont elle a la nationalité ou dans lequel elle a sa résidence habituelle, et qui du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social déterminé ou de ses opinions politiques craint avec raison d'être persécutée et ne peut se réclamer de la protection de ce pays ou en raison de ladite crainte ne peut y retourner, effectue une demande d'asile dans un autre pays.
Requérant d'asile	Personne exposée à de sérieux préjudices dans son pays d'origine qui effectue une demande d'asile dans un autre pays.
Réfugié reconnu (admission provisoire)	Personne reconnue en tant que réfugié, mais exclue de l'asile.
Réfugié reconnu (asile)	Tout réfugié qui se voit octroyer l'asile et obtienne une autorisation de séjour en Suisse (permis B).
Requérant d'asile débouté	Toute personne qui a reçu une décision de renvoi à l'issue d'une procédure d'asile et qui doit quitter la Suisse.
Apatride	Toute personne qui ne possède aucune nationalité légale.

Selon les statistiques du SEM (2018) en 2017, 6360 personnes ont obtenu l'asile (5985 en 2016) et 7839 requérants d'asile ont été admis en Suisse à titre provisoire (6850 en 2016). La même année, 7147 personnes dont le séjour n'était pas (ou plus) régulier ont quitté la Suisse par voie aérienne sous la surveillance des autorités (SEM, 2018). L'hétérogénéité des jeunes migrants les rendent difficile à référencer. C'est pour cette raison qu'il est impossible d'avoir le nombre exact de migrants mineurs accompagnés ou non accompagnés en Suisse et à Genève.

2.3. Parcours migratoire et ses enjeux sur la santé mentale

La migration est devenue multidirectionnelle en réponse à la gestion des frontières européennes : il est de plus en plus complexe d'entrer légalement en Europe. Les migrants font alors face à une dynamique de rejet et les parcours peuvent ainsi prendre des années à aboutir. Ces parcours complexes et le vécu d'expériences traumatisantes s'apparentent à une déshumanisation qui va alors augmenter la vulnérabilité des migrants (Maureen Louhenapessy, 2016).

Cette trajectoire est faite de vulnérabilité : le contexte de la personne migrante commence dans son pays d'origine, c'est-à-dire dans un contexte socio-politique particulier puisqu'il force l'être humain à se déplacer. Celle-ci comprend ensuite le mouvement migratoire de la personne en tenant compte des prises de risques immenses ainsi que de la durée et des différents pays traversés et, enfin, l'arrivée dans un pays d'accueil où le migrant fera ensuite face aux diverses dispositions légales concernant celui-ci (Maureen Louhenapessy, 2016). Selon la Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers [CIRE] (2014), la vulnérabilité peut se définir en termes spécifiques telles que « souffrance » ou encore « maladie » mais elle est difficilement apparentée à un patient. Bien que les manifestations de la souffrance psychique liée à des événements réels soient considérées comme des réactions normales à des circonstances qui ne le sont pas, les séquelles psychiques durables qu'elles entraînent sont des pathologies en tant que telles et font l'objet d'une évaluation et d'un traitement appropriés (CIRE, 2014).

Comme démontré précédemment, les migrants mineurs sont des plus vulnérables face aux conséquences tant physiques que psychologiques d'une migration. Ils rencontrent les mêmes changements d'environnement, de culture et de langue ainsi que les tribulations avec la politique de l'asile que les requérants d'asile adultes, à la grande différence que pour certains d'entre eux, les migrants mineurs non accompagnés [MNA], sont sans figure d'attachement et de guidance (Jensen et al., 2014). Cette population est plus à même de développer un TSPT, un état dépressif, des troubles de l'anxiété, des troubles du sommeil dus à divers facteurs tels que la crise d'adolescence, la violence dans

le pays d'origine, les événements traumatisants vus ou subis, la résidence en camp de réfugiés, les parents ayant vécu la violence, la séparation avec les proches et le lieu de vie, le nombre de transitions importantes, la différence culturelle, l'isolement social et le manque d'appartenance (Fazel & Stein, 2002, p. 367 ; Pfarrwaller & Meynard, 2012).

2.4. Le trouble de stress post-traumatique

Le TSPT est « un état se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un événement traumatique dans un contexte de mort, de menaces de mort, de blessures graves ou d'agression sexuelle » et ses symptômes sont une découverte du XXème siècle (Brillon, p. 28, 2013). Ceux-ci furent reconnus officiellement par l'American Psychiatric Association avec le DSM-IV³ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IVth Edition) en 1980 et depuis peu par l'OMS avec le CIM-10 (classification mondiale des maladies ; OMS, 1992).

Selon Brillon (2013) est considéré comme traumatique : « tout événement dont la survenue subite et brutale fait effraction dans la vie psychique d'un sujet et déborde ses capacités d'élaboration ». Le trauma psychique se spécifie d'être une rencontre avec le réel de la mort, avec une menace d'anéantissement. Lorsque l'individu vit, est témoin ou est confronté indirectement à un événement particulièrement traumatisant, il peut éprouver une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. Par la suite, un ensemble de symptômes et de comportements spécifiques peuvent apparaître (Brillon, 2013).

³ Cf. annexe 9.2 : Classification du DSM-IV

Le Protocole d'Istanbul, à savoir le Manuel pour enquêter efficacement contre la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants, édité par le UNHCR aux Droits de l'Homme en 2005, rappelle que le diagnostic du trouble de stress post-traumatique peut être posé pour un individu si au moins trois des symptômes suivants sont présentés (§ 253, page 51) :

1. Il évite systématiquement les pensées, sentiments ou conversations susceptibles d'éveiller un souvenir du traumatisme ;
2. Il évite de même les activités, lieux ou personnes lui rappelant son expérience ;
3. Il n'arrive pas à se remémorer un aspect important de l'événement ;
4. Il se désintéresse d'activités importantes ;
5. Il se sent étranger à lui-même ou aux autres ;
6. Son affect est restreint ;
7. Il n'espère rien de l'avenir.

2.5. Santé des patients migrants mineurs

Afin d'aborder au mieux le thème de la santé des migrants mineurs, l'intérêt s'est porté sur une étude menée par Depallens Vilanueva & Ambresin (2010), à Lausanne. Cette étude transversale recense une prise en charge de MNA en Suisse et présente les plaintes médicales les plus fréquentes au sein de cette population. L'évaluation de la santé des MNA se constitue d'une prise en charge selon un système de *gate-keeping* qui est une activité de soins de proximité et qui permet, au travers d'un entretien et d'un examen clinique, d'évaluer la situation de santé du patient, de démarrer la vaccination de rattrapage prévue par l'Office fédéral de la santé publique [OFSP] et de le référer à un médecin/organisme de premier recours (MPR/OPR) si cela est nécessaire (Depallens & al., 2010).

Depuis octobre 2018 a été mis en place à Lausanne une Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents [UMSA], qui propose une consultation médicale accueillant des migrants mineurs non accompagnés afin d'établir une prise en soins adaptée. Cette unité multidisciplinaire permet une première rencontre avec

le corps médical dans un contexte de foyer éducatif ce qui facilite l'encadrement. De ces consultations sont ressorties plusieurs plaintes médicales de ces jeunes patients : l'acné, la sexualité, les infections courantes en milieu tropical (bilharziose, parasitose intestinale, tuberculose, hépatite B) mais également plusieurs plaintes somatiques (type douleurs thoraciques) sans pour autant pouvoir les mettre en lien avec des causes organiques et ainsi, d'après les résultats de ces consultations, ceux-ci ont été mis en lien avec un parcours migratoire compliqué voir traumatique et ainsi une explication psychosomatique (Depallens & al., 2010).

Sur le plan psychique, la littérature décrit le trouble de stress post-traumatique comme extrêmement fréquent chez les adolescents réfugiés et les mineurs non accompagnés : le jeune migrant présente également plus de tentatives de suicide, plus de stress et d'anxiété, et deux fois plus de troubles psychiques (Burger, van Hemert, Schudel, Middelkoop, 2009). Le défi thérapeutique provient de la difficulté pour ces jeunes à parler au médecin d'événements difficiles, à mettre des mots sur leurs émotions ou simplement parfois à faire le premier pas pour demander de l'aide. Des consultations directement dans leur foyer permettent de faciliter cette première prise de contact (Depallens & al. (2010)).

2.6 Rôle infirmier

Lorsqu'un patient migrant se présente dans un milieu hospitalier suisse, il est accueilli par différents corps médicaux dont un ou une infirmière qui sera souvent son premier contact avec le milieu. L'accès aux soins demandés est souvent ralenti par une barrière de la langue et une barrière culturelle mais également par d'autres aspects propres à leur parcours : l'incertitude quant à l'avenir, le sentiment de méfiance ou encore une peur de ces « blouses blanches ». Ces raisons peuvent expliquer que la plupart de ces populations se présentent dans notre système hospitalier que lors d'urgences : le personnel médical se retrouve alors face à une population dont les représentations de la santé et de la maladie diffèrent des leurs (Mauranne, 2013).

La prise en soin de ces populations est complexe car pour arriver à un but thérapeutique commun, l'infirmière doit établir une relation de confiance en

tenant compte des potentielles difficultés du patient, de son parcours jusqu'à cette salle de soins et également de la barrière socio-culturelle. Pour outrepasser les freins induits par la barrière linguistique, il est indispensable de faire appel à un interprète communautaire dont la présence formera alors une triade dans les soins. Le but du traducteur sera, comme son nom l'indique, de traduire mais dans la réalité il est rapidement visible que ce corps de métier prend une importance : le migrant sentira un lien rapide avec cette personne qui le comprendra et ainsi il est nécessaire d'établir dès le départ une limite entre les corps de métier (Mauranne, 2013).

L'infirmière est face à une personne ayant potentiellement vécu des traumatismes et elle doit l'englober dans toute sa personne pour que celle-ci se sente en confiance ce qui peut permettre d'établir un lien thérapeutique. Pour ce faire, l'infirmière devra adapter sa communication et se soucier des potentielles religions de ses patients (D'Onofrio, Gajo, Graber, Molina, 2001). L'anamnèse est un point de départ des plus cruciaux : il est indispensable d'en établir une complète. En effet, avoir notion des souffrances vécues dans le pays d'origine, le départ forcé ou encore les traumatismes physiques et mentaux ayant pu s'ajouter lors de ce long parcours les ayant menés jusqu'ici sont susceptibles d'influencer la prise en soin (D'Onofrio, Gajo, Graber, Molina, 2001).

Au niveau Suisse, la prise en charge a comme but, en plus de l'accès aux soins médicaux, d'aller vers des solutions durables. D'une part au niveau de la protection (légal, hébergement), d'autre part au niveau de l'intégration (parrainage, accès à l'éducation) et enfin au niveau des perspectives d'avenir (continuité de la prise en charge après 18 ans, projets de vie) (Service Social International Suisse, 2017).

Dans le canton de Genève, la prise en charge des migrants mineurs non accompagnés est gérée par la fondation Suisse du Service Social International. Leur représentation légale (procédure d'asile, inscription à l'école avec les éducateurs, accompagnement au premier rendez-vous médical, convocation au foyer) est assurée par une équipe pluridisciplinaire d'intervenants en protection de l'enfant par l'Hospice Générale qui fait la saisie au tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant qui mandate ensuite le Service de protection des mineurs.

Pour ce qui est de l'hébergement, l'Hospice Générale, sous le mandat du canton de Genève gère le centre de l'Etoile pour les jeunes dès 15 ans sans distinction au niveau des permis. Une présence infirmière est assurée sur place. La notion de famille d'accueil est également en train de se développer pour les moins de 15 ans (Service Social International Suisse, 2017). Une infrastructure dédiée aux requérants d'asile mineurs non accompagnés devrait voir le jour en 2019 également et accueillir près de 120 personnes à côté de l'école d'Aire à Genève (Asile, 2017).

Aux Hôpitaux Universitaires de Genève [HUG], un patient sur deux est de nationalité étrangère. Ces multiples langues et cultures constituent une richesse mais peuvent également représenter des barrières à la qualité et à la sécurité des soins (HUG, 2012). Avec l'accroissement des flux migratoires, comprendre l'Autre, tant sur le plan linguistique, social, culturel et économique, représente un véritable enjeu pour les soignants (HUG, 2012). Afin d'aller à l'encontre de ces obstacles, les HUG ont mis en place depuis 2012 un programme appelé « Réseau Santé pour tous » pour la prise en charge des populations étrangères et/ou en situation précaire, intégrant :

- Un partenariat avec la Croix-Rouge genevoise pour l'interprétariat : transmet gratuitement les coordonnées des traducteurs spécialisés dans le domaine de migration de la santé et distribue des guides de santé spécifiquement destinés à la population migrante.
- Des consultations infirmières et médicales de premier recours assurant des soins individualisés notamment :
 - La Consultation Ambulatoire Mobile de Soins Communautaire [CAMSCO]: elle accueille les personnes en situation de grande précarité, les migrants illégaux et les sans-papiers, exclus du système de santé. Ils reçoivent des soins de premiers recours et généraux avant une réorientation vers d'autres structures des HUG si nécessaire (HUG, Réseau Santé pour tous, 2012).
 - Programme Santé Migrants [PSM] : il prend en charge les migrants en cours de procédure d'asile, les NEM et les déboutés (HUG, Réseau Santé pour tous, 2012).

- Consultation Santé Migrants (consultation spécifique pour enfants migrants) : prend en charge tous les enfants requérants d'asile et certains enfants sans statut légal à Genève. Cette consultation joue le rôle du pédiatre généraliste et s'occupe de leur santé physique, de leur développement psychomoteur, et de leur santé mentale. La structure est souvent aidée par des interprètes (HUG, Réseau Santé pour Tous, 2012).
- Il existe une consultation de psychiatrie pour migrants, le Centre Ambulatoire Psychiatrique et Psychothérapeutique Intégré [CAPPI] rattaché au service de psychiatre général, proposant des soins spécialisés à des patients en cours de demande d'asile (HUG, Réseau Santé pour Tous, 2012).
- Des consultations transculturelles : permet de répondre aux interrogations des professionnels confrontés à la diversité culturelle, propose des stratégies de prise en charge et identifie les besoins en formation du personnel pour faciliter le processus de soin (HUG, Réseau Santé pour Tous, 2012).

L'accès aux soins somatiques est fait aux HUG pour un premier bilan médical à l'arrivée du migrant mineur non accompagné et est suivi par l'Unité Santé Jeunes. Depuis le 16 Janvier 2017, une psychologue est chargée de faire une évaluation psychiatrique lors de ce premier bilan. Cette évaluation peut également être effectuée par des infirmières spécialisées (Service Social International Suisse, 2017).

3. ANCRAGE THÉORIQUE

Les soins infirmiers sont une profession, une discipline professionnelle et une science. Leur finalité est l'accueil de la personne dans sa globalité par des processus de réflexion humaine (Debout, C., 2012). Cette discipline requiert des infirmières qu'elles se basent à la fois sur des savoirs contributifs (médecine, psychologie, santé publique, ...) et sur des savoirs constitutifs produits par de nombreuses théoriciens et théoriciennes de la science infirmière (Debout, C., 2012). En sciences infirmières, ces modèles de soins permettent d'apporter une vision sur la prise en soins des personnes et d'orienter les démarches de soins.

J. Fawcett, après analyses des modèles existants, a défini le métaparadigme de la profession : « la manière dont la discipline infirmière délimite et rend publique sa nature particulière et se distingue des sciences naturelles, sociales et humaines » (Kim, 2010). Ce métaparadigme aide à désigner l'ensemble des croyances, valeurs et techniques qui sont partagées par les membres de la communauté scientifique infirmière au cours d'une période de consensus théorique et d'où finalement découlent des écoles de pensées qui permettent la classification des théories de soin. Les infirmières se réfèrent à quatre concepts fondamentaux qui sont la personne, le soin infirmier, la santé et l'environnement. C'est grâce à la façon particulière avec laquelle les infirmières abordent la relation entre ces quatre concepts que se clarifie la discipline infirmière et ses effets (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Chaque théoricienne infirmière, en fonction de l'école de pensée et du paradigme auquel son modèle de soin appartient, aura sa propre vision et définition de ces quatre concepts clés des sciences infirmières. Trois paradigmes ont été présentés par Pepin : catégorisation, intégration et transformation (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

3.1 Modèle théorique choisi : Hildegarde Peplau

La théorie de Hildegarde Peplau porte un focus sur la relation entre soignant et soigné. Hildegard E. Peplau (1909-1999) était une leader de son domaine et une pionnière de la psychiatrie infirmière. C'est une théoricienne américaine diplômée

de la Hospital School of Nursing en Pennsylvanie en 1931, qui publiera en 1952 un ouvrage emblématique de cette théorie « *Relations interpersonnelles en Soins Infirmiers* » qui sert encore, à l'heure actuelle, de référence. Cette théorie a été choisie pour plusieurs raisons. En effet, il s'agit de la théorie à laquelle nous nous identifions le plus dans le cadre de notre formation en soins infirmiers et c'est également la théorie qui guide notre pratique lors de nos stages. Par rapport à la problématique de ce travail, l'importance que porte Peplau à la relation soignant/soigné prend, selon nous, tout son sens dans le cadre de la prise en soin de personnes migrantes mineures.

3.2 Les fondements du modèle

Le travail théorique de Peplau permet à la profession infirmière de prendre un nouveau tournant. En effet, par ses multiples questionnements concernant les soins infirmiers, elle en conclue qu'il n'est possible de les concevoir sans l'existence d'une relation entre l'infirmière et le patient. Cette vision permet de redéfinir le rôle propre du patient et le fait passer de sujet passif à sujet actif. Le patient est capable de définir par lui-même ses objectifs et ses attentes qu'il partage alors avec l'infirmière. Selon Peplau (1952, p. 6), l'évolution de la relation infirmière/patient fait des soins infirmiers une force de maturation et un instrument d'éducation à travers les quels tant l'infirmière que le patient gagnent en connaissance de soi, en connaissance mutuelle et en maturité. La théorie de Peplau postule également que maladies, anxiété, conflits ou encore frustrations qui sont présents quotidiennement dans les soins, peuvent devenir des sources d'évolution plutôt que des freins, tant pour le patient que pour l'infirmière.

Afin d'être en mesure d'aider le patient, l'infirmière, qui guide sa pratique selon la théorie de Peplau, doit clarifier ses propres valeurs et utiliser sa propre personne de façon thérapeutique. La théorie de Peplau s'inscrit dans l'école de pensée de l'interaction : en effet, elle centre ainsi son intérêt sur le processus d'interaction entre l'infirmière et le patient, entre le soignant et le soigné (Pépin et al., 2010). En lien avec cette théorie, l'école de pensée amène un développement des compétences de résolution de problèmes à travers le processus interrelationnel : il est donc essentiel de clarifier ses propres valeurs, son utilisation de soi et son

implication.

Cette théorie est portée par le concept d'échange constant entre le patient et son soignant et met en avant le fait que la maladie n'est pas une fatalité mais qu'elle est une étape de la vie permettant au patient d'apprendre à se connaître et de trouver en lui les ressources nécessaires à son développement au travers de la relation qu'il aura construit avec son soignant.

3.3 Métaconcepts

➤ La personne :

Hildegard E. Peplau définit la personne comme étant « un être bio-psycho-socio-spirituel qui est en développement constant » (Pépin et al., 2010, p. 57). Pour elle, une personne est donc capable de comprendre sa situation et de transformer son anxiété en énergie positive qui lui permettra de répondre à ses besoins (Pépin et al., 2010, p. 57). Concernant le sujet traité ici, il en découle que les personnes migrantes pourraient être capables, à l'aide de la relation soignant/soigné, de faire de leur expérience migratoire et de ses conséquences une force plutôt qu'une faiblesse.

➤ Le soin :

Pour Peplau, le soin est un processus interpersonnel thérapeutique, qui met en avant la relation entre une personne malade ou une personne ayant besoin d'aide et une infirmière formée à reconnaître ce besoin et ayant les compétences pour y répondre (Pépin et al., 2010, p. 58). Comme la personne est considérée comme étant capable, par ses propres ressources, de comprendre sa situation et de répondre à ses besoins, l'infirmière portera aide et assistance. Son intervention sera donc d'ordre thérapeutique. L'infirmière et la personne malade entrent en interaction avec un même but commun, ce qui implique respect, croissance et apprentissage mutuels (Pépin et al., 2010, p. 58). Beaucoup d'obstacles sont rencontrés lors de la prise en soin de migrants mineurs, comme la barrière de la langue, la culture qui n'est pas la même, la solitude et le traumatisme vécu. Lors de la prise en soins des migrants mineurs, la relation qui s'établira entre eux et l'infirmière sera primordiale pour une prise en soin optimale.

➤ La santé :

Ce concept est perçu comme étant « la représentation du mouvement continu de la personnalité en lien avec d'autres processus humains vers une vie personnelle et communautaire créative, constructive et productive » (Pépin et al., 2010, p. 58). Peplau considère ainsi que la santé n'est pas un concept défini, mais est en constante évolution. Par sa vision des choses, elle considère que la maladie est une expérience qui peut permettre la croissance et l'évolution de la personne (Pépin et al., 2010, p. 58). Comme expliqué précédemment, le parcours migratoire implique beaucoup de changements physiques et psychologiques. Le rôle de l'infirmière, en s'appuyant sur la perception de Peplau concernant le concept de la santé, sera de transformer ces éléments traumatiques en expériences qui permettent l'évolution et la croissance des migrants mineurs.

➤ L'environnement :

Selon Pépin et al. (2010), Peplau n'a pas clairement défini ce concept. Elle encourage cependant les infirmières à prendre en compte la culture et les mœurs de la personne lorsque celle-ci change d'environnement (p. 57). La migration implique un changement d'environnement considérable pour les migrants mineurs et ceci a un impact sur leur santé. Ainsi, l'infirmière devra développer les ressources et les compétences nécessaires afin d'être capable de respecter la culture et les valeurs de la personne soignée en ayant comme objectif une prise en soin des plus optimale.

3.4 Méthodologie de la pratique

La théorie de Hildegard Peplau éclaire la pratique infirmière en permettant au soignant d'endosser différents rôles afin de pouvoir amener le soigné à se connaître et trouver en lui les ressources nécessaires à sa guérison. Pour ce faire, cette théorie se divise en quatre étapes inter-reliées et nécessaires dans la relation infirmière-patient : l'orientation, l'identification, l'exploitation et la résolution.

La première étape, celle de l'orientation, suppose le fait que chaque individu réagit différemment à la maladie et que, lorsqu'un patient s'adresse à une équipe de soins, sa démarche exprime un besoin et recherche une aide professionnelle.

C'est à ce stade que le patient va devoir identifier la nature de son problème et que les personnes de ressources lui donneront les informations nécessaires à la compréhension de son problème pour ensuite, l'aider à le résoudre. Pour ce sujet, cette étape est primordiale car, avant de prendre en soin un patient migrant, chaque soignant doit prendre en compte le fait que la migration implique beaucoup de facteurs comme démontré ci-dessus et que le processus qui mènera à une relation de confiance entre le soignant et le soigné prendra du temps. Il est nécessaire que les patients migrants se sentent en réelle confiance avec le personnel soignant, car il deviendra un point de repère pour eux afin de les aider au mieux à surmonter cette épreuve.

Lorsque le patient a une vision plus éclairée de sa situation et lorsqu'il aura trouvé ses personnes de ressource, comme par exemple l'infirmière ou/et le médecin, débute alors l'étape de l'identification. Dans cette étape, l'infirmière a un rôle essentiel car elle doit permettre au patient de libérer ses émotions pendant les soins prodigués afin qu'elle puisse comprendre ses besoins liés à l'apparition de son problème. C'est lors de cette étape que la relation de confiance va s'installer entre le soignant et le soigné. Il est primordial que la relation de confiance s'installe car le patient doit pouvoir utiliser les ressources que l'infirmière lui aura mises à disposition. C'est à ce moment-là que l'étape d'identification laisse place à celle de l'exploitation.

Dans cette nouvelle phase, le patient exploite pour son propre intérêt les outils que la relation soignant-soigné a mis en évidence. Pour l'infirmière, cette phase est complexe puisqu'elle peut observer un changement brutal de comportement chez le patient qui sera alors partagé entre un besoin d'indépendance (et ainsi de se détacher de l'aide que lui a prodigué l'infirmière) et celui de dépendance.

La dernière étape est celle de la résolution. A ce stade, l'infirmière est censée avoir donné au patient les outils nécessaires à la résolution du/des problèmes lorsque les processus de soins ont commencé. Ici, le patient a dépassé son problème et ses objectifs se diversifient : il commence à envisager son futur et a de nouveaux objectifs de vie en ayant retenu son apprentissage avec l'infirmière.

Il a maintenant tous les outils pour poursuivre son développement personnel, ce qui le rend plus autonome.

Chacune de ces étapes requiert des rôles spécifiques de posture de soignant qui, au fil du développement de lien soignant-soigné, permettent de travailler en collaboration selon les rôles définis afin de parvenir à la résolution d'un problème.

Concernant la prise en soin de migrants mineurs il est nécessaire de préciser que l'étape de la résolution ne coïncide pas forcément avec la résolution de la problématique du patient. En effet, s'ils sont atteints d'une pathologie psychiatrique, cette étape ne rime donc pas forcément avec guérison mais plutôt avec le développement de ressources puisque le patient est censé avoir acquis les gestes et pensées réparatrices. Dans ce cadre-là, il s'agira d'un procédé de marche vers la guérison et l'indépendance que l'infirmière doit encourager et suivre.

3.5 Question de recherche

Ce travail s'appuie sur le changement provoqué par le parcours migratoire et son affect sur la vie de ces personnes et sur leur santé mentale. La question de recherche porte sur le lien entre affect psychiatrique et migration chez une population migrante pour commencer, puis migrante mineure. Ce travail prend pour base la théorie de Soins Infirmiers de Hildegard Peplau dont les valeurs et principes apportent un angle d'analyse pertinent :

- En quoi les interventions relationnelles entre le soignant et le soigné (telles que développées dans la théorie de Hildegard Peplau) peuvent favoriser pour un patient migrant mineur le développement de ses ressources positives dans un contexte de trouble de stress post traumatique ?

4. MÉTHODE

Afin de pouvoir chercher des articles scientifiques, nous avons utilisé la méthode dite PICOT. Il s'agit d'un outil permettant d'affiner le sujet de recherche dans différentes bases de données, afin de pouvoir répondre à la question de recherche. Cette méthode est basée sur les concepts présentés ci-dessous :

P : Population/Problème → A qui s'adresse l'intervention, la méthode à appliquer ?

I : Intervention → Cherche-t-on des renseignements sur un traitement médicamenteux, physique, une action d'éducation à la santé ?

C : Comparaison → A quoi éventuellement doit-être comparé l'intervention décrite ci-avant ? / Quel est le contexte ?

O : Outcome → Résultats attendus

T : Temporalité → Si nécessaire

4.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Les bases de données desquelles ont été retirés les articles sont PUBMED, qui est axée sur les sciences biomédicales et CINHALL, plus spécifique aux sciences infirmières et paramédicales. Afin de pouvoir utiliser ces bases de données de manière pertinente, nous avons, dans un premier temps, traduit les mots clés en anglais dans Hetop puis nous avons employé un vocabulaire appelé MeSH Terms, terme inclus dans le thésaurus médical.

Pour cette revue de littérature, les critères d'inclusion se réfèrent aux mots-clés suivants (Tableau 2) : (1) empowerment, (2) nursing interventions, (3) migrants, (4) minors, (5) unaccompanied minors, (6) refugees, (7) resources, (8) mental health, (9) nursing care, (10) post traumatic stress disorder. Nous cherchons des articles (Tableau 3) : (a) publiés dans les bases de données PUBMED/CINHALL, (b) entre 2012 et 2017, (c) en version complète, (d) en français et en anglais. Des mots-clés additionnels ont pu être ajoutés dans la stratégie de recherche documentaire. La sélection des articles se fait selon les résultats des recherches de titres, puis d'abstracts dans un premier temps puis lecture des textes intégraux par les deux étudiantes. Pour cette revue de littérature les considérations éthiques sont non applicables.

Tableau 2 : Descriptif méthode PICO

	Synonymes	Hetop	Mesh	Cinhal Heading	PICO
P	Migrants mineurs/Trouble de stress post traumatique (TPST)	Migrants Minors/Post traumatic stress disorder (PTSD)	Migrants Minors PTSD	Migrants Minors PTSD	Migrants Minors PTSD
I	Soins infirmiers	Nursing care	Nursing care, nursing	Nursing care, nursing	Nursing care
C	Non applicable				
O	Ressources et empowerment	Resources Empowerment	Resources Empowerment	Resources Empowerment	Resources Empowerment

4.2 Equations de recherche

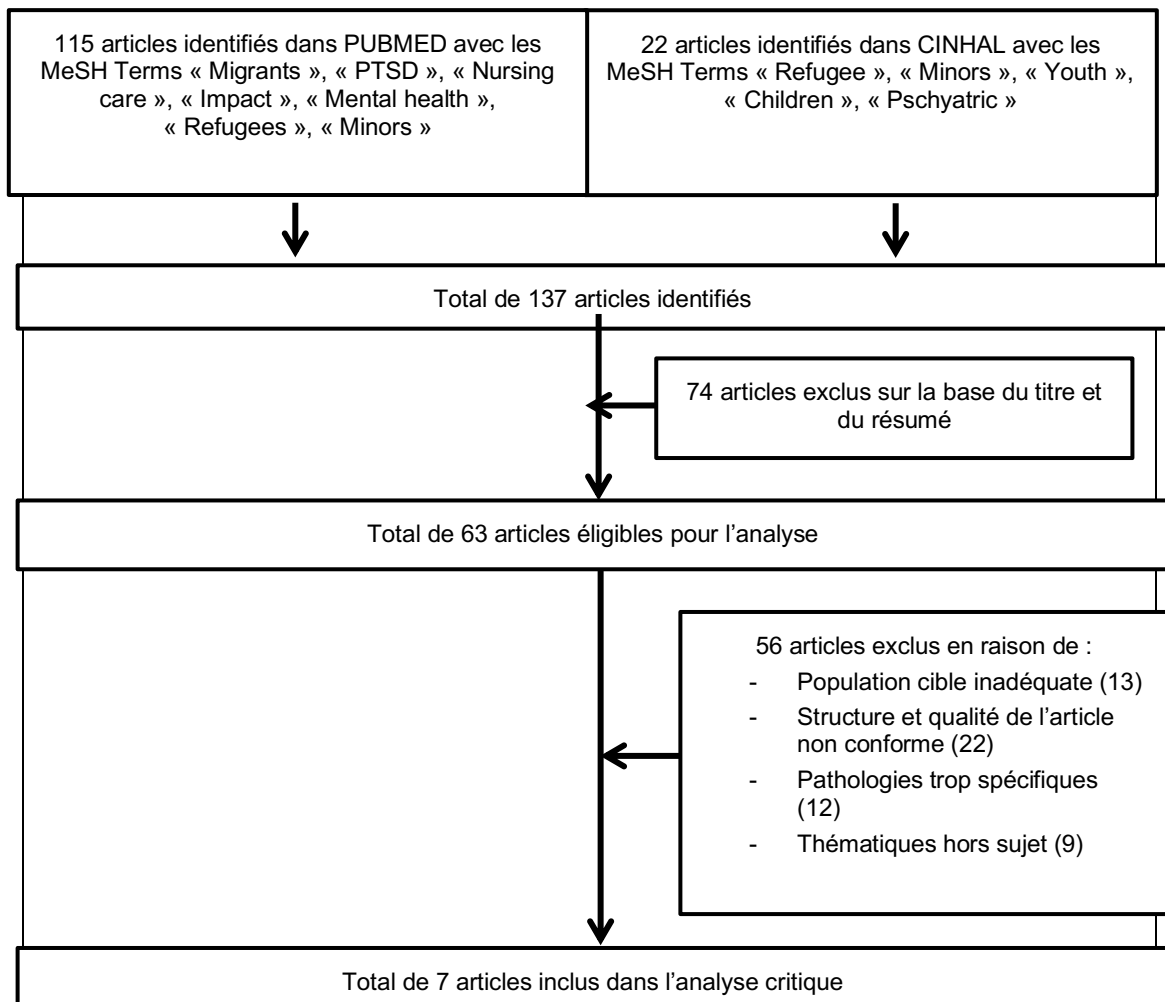
Tableau 3 : Equation de recherche

Base de données et dates	Equations de recherche	Filtres	Résultats
Novembre 2017 PUBMED	Migrants AND PTSD AND nursing care	Publication dans les 5 dernières années	2
Janvier 2018 PUBMED	Migrants AND impact AND mental health	Publication dans les 5 dernières années ; humains ;texte intégral	50
Avril 2018 CINHAL	Refugee AND minors or youth or children AND psychiatric	Publication entre les années 2012 et 2018 ; abstract disponible	22
Mars 2018 PUBMED	Refugees AND minors	Publication dans les 5 dernières années ; texte intégral	63
		Total :	137

4.3 Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1. A la suite de nos recherches sur les bases de données CINAHL et PUBMED, 115 articles ont été localisés sur PUBMED et 25 sur CINAHL. Sur la base du titre, 74 articles ont été exclus et 63 ont été éligibles. Après avoir analysé les articles éligibles, 56 ont été exclus en raison du type de population de la structure de l'article, de pathologies trop spécifiques, ainsi que de thématiques hors sujet. Sept articles ont donc été inclus dans l'analyse critique.

Figure 1 : *Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles*



5. RÉSULTATS

Les sept articles sélectionnés pour cette revue de la littérature possèdent les caractéristiques suivantes :

Date : Articles publiés entre 2013 et 2018.

- Pays d'origine :
 - 2 études menées en Hollande (Jacobs, S. (2017) et Völkl-kernstock et al. (2013),
 - 1 en Belgique : (Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., Derluyn, I. (2013),
 - 1 en Autriche : (Akkaya-kalayci, T., Popow, C., Waldhör, T., Winkler, D., Özlü-erkilic, Z. (2016),
 - 1 en Suède : (Salari, R., Malekian, C., Linck, L., Kristiansson, R., Sarkadi, A. (2017),
 - 1 en Australie : (Ooi, C., Rooney, R., Robert, C., Kane, R., Wright, B., Chatzisarantis, N. (2016),
 - 1 au Danemark : (Norredam, M., Nellums, L., Nielsen, R., Byberg, S., Petersen, J. (2018).

Au moment de la collecte des données, aucune étude récente n'avait été réalisée en Suisse concernant la problématique de ce travail, il a donc fallu étendre les recherches vers des pays européens et même hors Europe. Parmi les études qui ont été sélectionnées, trois concernent les réfugiés mineurs non accompagnés en situation de vulnérabilité venant de pays divers (Jacobs, S. (2017) & Vervliet et al. (2013) & Salari et al. (2017) et une concerne des réfugiés mineurs non accompagnés provenant d'Afrique (Völkl-kernstock et al. (2013)). L'étude de Norredam et al. (2018) réalisée au Danemark compare l'incidence de la venue de troubles psychiatriques dans une population de migrants mineurs accompagnés et non accompagnés. Une autre étude cible l'efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale auprès d'une population de jeunes migrants vivant en Australie (Ooi et al. (2016)). Une dernière étude effectuée en Autriche compare, au sein des urgences psychiatriques pédiatriques, la fréquence de consultations des mineurs avec ou sans parcours migratoire (Akkaya-Kalayci et al. (2016)). Parmi les études sélectionnées, deux articles (Norredam et al., 2018, Vervliet et al., 2013) sont des études observationnelles étiologiques (quasi-

expérimentales) type étude de cohorte et de niveau de preuve 2 ; l'article de Jacobs (2017), est une étude qualitative type étude de cas avec un niveau de preuve 4 ; deux articles (Akkaya-Kalayaci et al., 2016, Völkl-Kernstockn et al., 2014) sont des études observationnelles étiologiques type cas-témoin dont le niveau de preuve est de 3 ; l'article de Ooi et al. (2016) est une étude expérimentale interventionnelle de type essai clinique avec un niveau de preuve 2 et enfin l'article de Salari et al. (2017) est une étude expérimentale interventionnelle de type intervention avec un niveau de preuve 2.

Les fiches de lecture des articles sélectionnés et analysés sont disponibles en annexes 9.3.

5.1 Tableaux comparatifs

Tableau 5. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

1. Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark : a nation-wide register-based cohort study					
Auteurs- Année	Population / Type étude / Ethique	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/Forces
Marie Norredam, Laura Nellums, Runa Schmidt Nielsen, Stine Byberg, Jorgen Holm Petersen (2018)	Mineurs accompagnés (MA) et mineurs non accompagnés (MNA) / Etude observationnelle étiologique, type étude de cohorte / Cette étude a été approuvée par l'agence danoise de protection des données	Comparer l'incidence de la venue de maladies psychiatriques chez des migrants mineurs non accompagnés et accompagnés.	Des analyses descriptives ont été effectuées. La régression de Poisson a été utilisée pour calculer les taux d'incidence de troubles psychiatriques après 18 ans chez les enfants demandeurs d'asile accompagnés et non accompagnés. Il a également été calculé les ratios de taux d'incidence bruts et ajustés (TRI) et les intervalles de confiance à 95%. Il a été calculé le TRI dans un modèle brut, dans un modèle pour l'âge et le sexe à l'arrivée et finalement dans le modèle entièrement ajusté en utilisant le sexe, l'âge à l'arrivée, l'âge au permis de résidence et la nationalité.	Mise en évidence des disparités dans l'incidence des troubles MNA et les MA et les demandeurs d'asile au Danemark. Ces résultats sont en accord avec des recherches antérieures suggérant que MNA pourraient être exposés à un risque accru d'être en mauvaise santé mentale.	<u>Limites :</u> L'échantillon ne permet pas de faire la lumière sur l'incidence des troubles non traités dans cette population et n'est pas représentatif de la population plus large d'enfants réfugiés au Danemark.

2. Collective narrative practice with unaccompanied refugee minors : « The tree of life » as a response to hardship					
Auteurs- Année	Population / Type étude / Ethique	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/Forces
Suzan FM Jacobs (2017)	Migrants mineurs non accompagnés (MNA) hommes / étude qualitative, type étude de cas / Les noms et détails de vie concernant les jeunes hommes mentionnés lors de cet article ont été modifiés afin de protéger leur anonymat. Ils ont tous donné leur accord pour les mots qui ont été directement cités ainsi que pour les photos prises et ajoutées à l'article.	A l'aide de la méthode dite de « tree of life » développée par Ncube-Mlilo et Denborough, le but de l'étude est de donner aux MNA la possibilité de parler des difficultés qu'ils ont traversé dans la vie et d'en ressortir des forces et des ressources.	Méthodologie de : « tree of life » qui se sépare en quatre étapes, étude qualitative. Les jeunes hommes construisent une riche description de leurs vies, identifient leurs ressources et compétences, l'histoire de comment celles-ci se sont développées et qui a contribué à cela et comment elles peuvent les aider à atteindre leurs buts pour le futur.	Transformation qu'ils ont pu percevoir entre leurs problèmes et les forces qu'ils pouvaient en tirer. Les participants expriment de la reconnaissance et se sentent mieux après avoir exposé leurs problèmes d'ordre de la santé mentale.	Limites : L'échantillon basé uniquement sur des MNA hommes, il faudrait donc que la population soit plus variée. Comme expliqué dans l'article, les difficultés rencontrées lors des traductions avec les interprètes peuvent également avoir créé un ralentissement dans la création d'un lien avec les jeunes adultes.

3. Psychiatric emergencies of minors with and without migration background					
Auteurs- Année	Population / Type étude / Ethique	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/Forces
Türkan Akkaya-Kalayci, Christian Popow, Thomas Waldhör, Dietmar Winkler, Zelina Özlü-Erkilic (2016)	Enfants et adolescents âgés entre 4 et 18 ans, migrants et non migrants /étude observationnelle étiologique, type cas-témoin /Le Comité d'Ethique de l'Hôpital Universitaire de Vienne a approuvé le protocole de l'étude.	Identifier les principales différences entre les motifs de consultation des enfants et des adolescents migrants et non migrants au service des Urgences Psychiatriques afin de démontrer l'importance de la prévalence des problèmes liés à la santé mentale des migrants mineurs.	L'étude s'est basée sur l'analyse de données obtenues à partir des dossiers médicaux de tous les patients âgés entre 4 et 18 ans, qui ont consulté au service ambulatoire des Urgences Psychiatriques pour enfants et adolescents de l'Hôpital Universitaire de Vienne entre janvier 2008 et décembre 2010.	L'analyse des dossiers médicaux des 1093 patients retenus pour l'étude a permis d'obtenir les résultats suivants : Les motifs de consultation les plus fréquents sont : les troubles liés au stress (20.3%), les troubles du comportement (13.9%) et les tentatives de suicide (13.4%). Pour les patients non migrants, le premier motif de consultation est : crise d'angoisse lié au stress (20.9%). Pour les patients migrants originaires de la Turquie, le premier motif de consultation est la tentative de suicide (23.1%), suivi des troubles liés au stress (19%). Pour les patients migrants originaires de l'Ex Yougoslavie, le premier motif de consultation est : les troubles liés au stress (19%), suivi de la tentative de suicide (16.6%).	Limites : Certaines données manquent à cause de la barrière de la langue. Les données analysées concernent uniquement les migrants originaires de la Turquie et de l'ex Yougoslavie (Serbie, Croatie et Bosnie) vivant à Vienne. C'est pourquoi les résultats de l'étude ne peuvent être généraliser pour les autres migrants vivant à Vienne. Forces : Etude récente, de longue durée.

4. The efficacy of a group cognitive behavioral therapy for war-affected young migrants living in Australia : a cluster randomized of controlled trial					
Auteurs- Année	Population / Type étude / Ethique	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/Forces
Chew S. Ooi, Rosanna M. Rooney, Clare Roberts, Robert T. Kane, Bernadette Wright et Nikos Chatzisarantis (2016)	Migrants mineurs / étude expérimentale interventionnelle, type essai clinique / Le comité d'éthique de la recherche humaine de l'université Curtin a reçu l'approbation éthique en juillet 2008 et l'enregistrement a été effectué en septembre 2011 auprès du registre australien des essais cliniques.	Le but de cette étude est d'examiner l'efficacité de la TRT « teaching recovery technique » dans l'amélioration comportementale et émotionnelle d'enfants ayant été affectés par la guerre et s'étant par la suite établis en Australie.	Une conception d'RCT en grappe avec un pré-test, post- test et un suivi de 3 mois a été employé. Pour améliorer l'équivalence de groupe, les écoles ont été jumelées par type d'école et niveau scolaire.	Le résultat de cette étude suggère le bénéfice du TRT sur la dépression mais pas sur les symptômes du PTSD, les comportements d'intériorisation et le fonctionnement psychosocial. La complexité de la santé mentale des enfants touchés par les traumatismes de guerre, la diversité des interventions et la rareté des études rigoureuses justifient des études plus poussées.	Limites : Taille de l'échantillon trop petite. La complexité des facteurs liés à la personnalité et au contexte, entrelacés avec les différences culturelles des échantillons de l'étude, ont eu une incidence sur les résultats.

5. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors

Auteurs- Année	Population / Type étude / Ethique	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/Forces
Marianne Vervliet, Jan Lammertyn, Eric Broekaert, Ilse Derluyn (2013)	Migrants mineurs non accompagnés (MNA) / étude observationnelle étiologique, type étude de cohorte / Le Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Ghent a approuvé l'étude.	Analyser les éventuelles évolutions négatives ou positives de l'état de santé mentale des MNA durant leurs 18 premiers mois en Belgique.	L'étude a été réalisée à l'aide de 4 questionnaires traitant du côté sociodémographique (âge, sexe, pays d'origine etc.) et sur des auto-évaluations portant sur : Les symptômes d'anxiété et de dépression, sur les 12 différents types d'événements traumatiques (comme séparation familiale, la guerre, abus physique ou sexuel etc.) et sur l'investigation de la présence des symptômes du trouble de stress post traumatique. Ces mêmes questionnaires ont été distribué en 3 temps : T1 : à l'arrivée des MNA en Belgique. T2 : 6 mois après leur arrivée. T3 : 18 mois après leur arrivée.	Les résultats des auto- évaluations portant sur l'investigation de la présence des symptômes du TSPT ont mis en évidence que : A T1 : 26% présentent de l'anxiété, 33 % une dépression, ce qui mène à un total de 48% qui sont à risque de développer un TSPT. A T2 : 24% présentent de l'anxiété, 25% une dépression, ce qui mène à un total de 43% qui sont à risque de développer un TSPT. A T3 : 27% présentent de l'anxiété, 26% une dépression, ce qui mène à un total de 43% qui sont à risque de développer un TSPT.	Le fait d'avoir effectué cette étude en 3 temps, T1 = arrivée en Belgique, T2= 6 mois après et T3= 18 mois après, a fait perdre des participants à l'étude. Certains des MNA entre T1 et T2 et T2 et T3 ont été contacté par téléphone ou emails pour effectuer les questionnaires ce qui n'est pas aussi fiable qu'un entretien face à face.

6. Responses to conflict, family loss and flight : post-traumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa					
Auteurs- Année	Population / Type étude / Ethique	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/Forces
Sabine Völkl-Kernstock, Nirankan Karnik, Michaela Mitterer-Asadi, Elisabeth Granditsch, Hans Steiner, Max H. Friedrich, Julia Huerner (2014)	Migrants mineurs non accompagnés africains / étude observationnelle étiologique, type cas-témoin / La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université médicale de Vienne.	Enquêter sur les mineurs réfugiés africains non accompagnés (URM) vivant en Autriche pour la prévalence des troubles de stress post-traumatique et les symptômes associés, les co-mobordités, la démographie et les stratégies d'adaptation.	"UCLA indice et l'inventaire PTSD" et "échelles pour les enfants touchés par la guerre et la persécution" ont été utilisés pour évaluer 41 URM. Les adolescents ont été évalués plusieurs jours consécutifs. La séquence d'administration du test a été maintenue tout au long des évaluations.	La prévalence du TSPT a été évaluée avec l'indice « PTSD de l'UCLA » pour le DSM-IV. Les résultats ont révélé que 17% remplissaient les critères complets et 29,3% répondaient aux critères partiels pour le TSPT (ce qui signifie qu'il existe un risque probable d'avoir ou d'en développer). Lors de la mise en corrélation des scores du TSPT avec les échelles d'anxiété, de somatisation et de dépression, une corrélation positive moyenne entre l'échelle d'anxiété et le diagnostic complet a été trouvée.	Limites : La présente étude s'est concentrée sur l'évaluation des paramètres psychopathologiques chez un échantillon très spécifique d'adolescents issus d'un milieu particulièrement vulnérable. L'échantillon est relativement petit : cela est dû à l'accessibilité difficile envers cette population.

7. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors : a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care					
Auteurs- Année	Population / Type étude / Ethique	But de l'étude	Intervention / Méthode / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/Forces
Raziye Salari, Cariz Malekian, Linda Linck, Robert Kristiansson & Anna Sarkadi (2017)	Migrants mineurs non accompagnés (MNA) / étude expérimentale interventionnelle, type interventions / Le Comité d'Ethique Régional d'Uppsala a approuvé l'étude.	Le premier objectif de l'étude est de déterminer comment le questionnaire CRIES-8 peut être utilisé comme un outil efficace pour le dépistage des symptômes du syndrome de stress post traumatique chez les migrants mineurs non accompagnés (MNA). Le second objectif est de fournir une estimation de la prévalence de ces symptômes chez les MNA.	La méthode utilisée consiste à ce que chaque professionnel de la santé qui effectue un contrôle de santé d'un MNA effectue le CRIES-8. Le CRIES-8 est disponible en plus de 20 langues, y compris le suédois, le perse, le dari (langue parlée en Afghanistan), le kurde ou encore l'arabe. Si les enfants sont illettrés, le soignant effectue le CRIES-8 avec eux. Si un enfant ne sait lire ou écrire et que le soignant ne parle pas la langue, des interprètes sont à disposition. Au total, 208 MNA ont participé à l'étude. L'étude a été réalisée de l'automne 2015 au printemps 2016, à Uppsala, Suède.	Sur les 208 questionnaires effectués, 159 d'entre eux, soit 76.4%, ont obtenu un score élevé, ce qui représente donc un grand risque d'apparition du syndrome de stress post traumatique.	Limites : Le nombre total de questionnaires distribué n'est pas mentionné. Le nombre total de MNA dans le centre en question n'est pas mentionné. Etude réalisée uniquement dans un seul centre pour les requérants d'asile : ne reflète donc pas des résultats sur l'ensemble des MNA présents en Suède. Forces : Etude récente, sur une longue période. Etude en lien avec notre sujet.

5.2 Analyse critique des articles retenus

Grâce à la recherche dans les bases de données, un total de sept articles a été retenu et analysé afin de reconsidérer la problématique sous divers points de vue.

5.2.1 La prise en soins précoce dans la prévention du trouble de stress post-traumatique chez les migrants mineurs

Les articles de Akkaya-Kalayci et al. (2016), Norredam et al. (2018), Salari et al. (2017), Vervliet et al. (2013) analysés se rejoignent sur l'importance de la prise en soin précoce de la santé mentale des migrants mineurs accompagnés et non accompagnés, afin de limiter l'apparition de troubles de l'état mental ou, si un trouble est déjà présent, d'en limiter la péjoration.

L'article de Akkaya-Kalayci et al. (2016) porte sur l'étude des principales différences entre les motifs de consultation des enfants migrants et non migrants au service d'Urgences Psychiatriques pour enfants et adolescents de l'Hôpital Universitaire de Vienne et amène une piste réflexive autour de l'efficacité de la prise en soin de la santé mentale des migrants mineurs. Il soulève le fait que le nombre de migrants mineurs dans le monde est élevé et que la majorité des études valables sur cette population cible sont focalisées sur les problèmes de santé physiques, comme les infections ou les problèmes dentaires. Les recherches concernant les problèmes de santé mentaux qu'ils rencontrent, sont, quant à elles, rares. Pourtant, les résultats de cette recherche démontrent à quel point les problèmes de santé mentaux sont présents auprès de cette population vulnérable. En effet, sur les 1093 patients retenus pour l'étude, plus de la moitié, soit 59.4%, sont des migrants mineurs, dont le premier motif de consultation est les troubles liés au stress.

L'article de Salari et al. (2017) dont l'un des objectifs est de fournir une estimation de la prévalence des symptômes du TSPT chez les migrants mineurs non

accompagnés à l'aide du CRIES-8⁴, démontre que sur les 208 questionnaires effectués, 159 d'entre eux (soit 76.4%) ont obtenu un score élevé ce qui représente donc un grand risque d'apparition du TSPT. L'étude suggère que lors des premiers contrôles de santé des patients migrants mineurs accompagnés ou non accompagnés, un dépistage des symptômes du TSPT devrait être effectué automatiquement afin de pouvoir les diagnostiquer au plus vite pour une prise en soin des plus optimales.

L'article de Vervliet et al. (2013) a été la première recherche qui suivait le bien-être psychologique des patients migrants mineurs non accompagnés à partir du moment où ils sont arrivés dans leur pays d'accueil et ce jusqu'à 18 mois plus tard. Les résultats démontrent que leur état de santé mentale se dégrade au cours du temps. En effet, à leur arrivée, les migrants mineurs non accompagnés présentent déjà un état mental fragilisé par le parcours migratoire. En plus de ce qu'ils ont vécu, l'étude met en avant le fait que d'autres facteurs vont venir fragiliser leur état de santé mentale : barrière de la langue, culture différente de la leur, discriminations, qui à leur tour sont des facteurs qui amènent à l'isolement social qui est également un élément ayant un impact néfaste sur la santé mentale. Les résultats obtenus dans cette étude soutiennent également l'impératif de considérer la santé mentale des patients migrants, qu'ils soient mineurs accompagnés ou non accompagnés.

L'article de Norredam et al. (2018), dont l'objectif est de comparer l'incidence de maladies psychiatriques chez des migrants mineurs non accompagnés et accompagnés à l'aide d'une étude de cohorte, a mis en évidence des disparités dans l'incidence des troubles psychiatriques entre les enfants réfugiés non accompagnés et accompagnés et les demandeurs d'asile au Danemark. Ces résultats sont en accord avec des recherches antérieures suggérant que les enfants demandeurs d'asile et réfugiés, en particulier les enfants non-

⁴ Le CRIES-8 s'inspire du questionnaire « The Impact of Event Scale (IES) », qui est une mesure d'autoévaluation auprès des requérants d'asile adultes évaluant la détresse subjective causée par des événements traumatiques. Cet outil est composé de 15 items, dont 14 correspondent directement aux 17 symptômes du syndrome du stress post-traumatique du DSM-IV.

accompagnés, sont exposés à un risque accru d'être en mauvaise santé mentale et de développer les symptômes associés au TSPT.

L'utilisation du CRIES-8, comme expliqué dans l'article de Salari et al. (2017), permet de dépister les symptômes du trouble de stress post-traumatique chez les patients migrants mineurs. Néanmoins, l'étude suggère que l'utilisation de ce test lors des contrôles de santé primaire auprès de cette population permettrait également au soignant de passer plus de temps avec les patients.

5.2.2 Les thérapies comme outil pour créer un lien soignant-soigné.

Les articles de Jacobs (2017), Ooi et al. (2016), Salari et al. (2017) analysés reflètent la possibilité que les thérapies soient utilisées dans la résolution ou la compréhension des diverses pathologies psychiatriques rencontrées dans un contexte de population migrante mineure accompagnée et non accompagnée et pouvant servir d'outil dans la création du lien soignant-soigné.

L'article de Jacobs (2017) présente une approche de la thérapie indissociée du lien créé entre soignant et soigné : la méthode dite « tree of life », pratiquée dans un refuge pour migrants mineurs non accompagnés. Elle propose une thérapie dont le but est que le soigné puisse ressortir ses forces de ses expériences et lui permettre d'identifier ses ressources.

Plus précisément, lors des ateliers, les MNA sont amenés à partager en groupe les parties importantes et marquantes de leur vie et ceci dans un contexte où l'insertion sociale est décrite comme difficile. En effet, ces migrants mineurs sont des proies au trafic d'êtres humains lors de leur arrivée dans les camps et ainsi, dans le but de maintenir leur sécurité, ils ne sont pas scolarisés ni ne participent à la vie de la ville où ils sont arrivés après leur parcours migratoire. Ce contexte, les changements vécus ainsi que l'insécurité demandent aux soignants d'adopter une approche permettant au soigné de se sentir suffisamment en sécurité et en confiance pour qu'il puisse partager son vécu. Au vu des résultats favorables de l'étude, l'approche centrée sur la personne et le travail en équipe pluridisciplinaire (mise en place de traducteurs) permet au patient d'identifier ses ressources et de développer ses forces.

Dans cette même lignée, l'utilisation de thérapie comme outil, l'article de Ooi et al. (2016) présente l'efficacité de la thérapie « teaching recovery technique » (TRT) dans l'amélioration comportementale et émotionnelle d'enfants migrants. Cette thérapie se compose de cinq sessions d'une heure et demie qui aident les enfants à gérer leurs pensées et leurs sentiments intrusifs (mauvais souvenirs, cauchemars et flashbacks), l'excitation des enfants (leurs difficultés à se détendre, se concentrer et dormir) et leur évitement (les peurs des enfants et les difficultés à faire face aux catastrophes). Les enfants sont soumis à divers exercices d'échauffement et adoptent une approche de résolution de problèmes et de partage par le groupe de ces difficultés. Les enfants ayant pris part à cette thérapie ont pu partager leurs craintes, leurs cauchemars et leurs souvenirs ce qui consistent des souvenirs intimes difficiles à gérer et à exprimer. Pour ce faire, les soignants formés à cette thérapie ont une approche du patient qui permet la création d'un lien de confiance précieux prenant en compte la vulnérabilité et la sensibilité spécifique à cette population.

5.2.3 Obstacles rencontrés lors de la prise en soin.

Les articles de Jacobs (2017), Salari et al. (2017) et Völkl-Kernstock (2014) présentent également les difficultés de créer un lien avec cette population ce qui freine la prise en soins. Ainsi, l'article de Salari et al. (2017) démontre l'efficacité du test CRIES-8 pour le dépistage précoce du trouble de stress post-traumatique chez les patients migrants mineurs non accompagnés et son intégration lors de la première prise en soin. En intégrant ce test aux soins, l'étude met en évidence les obstacles que les soignants rencontrent. Un des premiers est la barrière de la langue : malgré l'éventuelle présence d'interprètes, il est difficile de créer un lien qui permet au patient migrant mineur non accompagné de se sentir en confiance et qu'il puisse s'exprimer librement. Cet aspect est également rencontré dans l'article de Jacobs (2017) qui décrit cette même difficulté lorsque les soignants ont recours à des traducteurs : cela rajoute un mur en plus entre eux et ralenti le processus de création d'un lien.

Un autre obstacle a été rencontré pour la réalisation du CRIES-8 : l'illettrisme. En effet, sur un échantillon de 208 MNA, seulement 39.4% d'entre eux ont été capables de lire et de répondre au questionnaire eux-mêmes. Dans 44.5% des

cas, le questionnaire a alors été lu par un interprète. L'article de Völkl-Kernstock et al. (2014) enquête sur la prévalence du TSPT et ses symptômes associés dans une population considérée comme hautement vulnérable : les mineurs migrants non accompagnés en provenance d'Afrique. L'étude décrit une plus forte proportion de cette prévalence dans cette population que chez leurs pairs accompagnés. Pour ce faire, les jeunes ont été évalués durant plusieurs jours consécutifs à l'aide de tests et d'échelles de mesure propre au TSPT. Les limites de l'article sont significatives des obstacles rencontrés par les soignants dans la prise en soins de ces populations : l'accessibilité difficile à ces populations, les conditions de vie instables, les engagements en termes d'aspects légaux et organisationnels et les insécurités ressenties lors des entrevues. Ces mêmes limites sont retrouvées dans l'article de Jacobs (2017) dont les populations ciblées sont soumises à un haut niveau de stress et d'anxiété procurés par l'exil.

Les comportements psychiatriques tels que la dépression, l'agressivité ou le TSPT sont prévalents et forment des obstacles à la prise en soin et au lien envers les soignants.

Comme expliqué dans l'article de Jacobs (2017) : « dans notre culture il n'est pas approprié de discuter de soi. Il faut être modeste et ne pas se mettre en avant » (Jacobs, 2017). La stigmatisation de la problématique de la santé mentale rend difficile la participation de ces populations aux différentes thérapies et prise en soins.

6. DISCUSSION

La synthèse des données met en évidence plusieurs thématiques dont la complémentarité amène à la discussion. Cette discussion se caractérise par un croisement des principaux thèmes retenus mis en relation avec le modèle théorique de Hildegard Peplau (Tableau 6). L'intérêt est de consolider les données analysées dans les articles scientifiques avec l'ancrage théorique pour apporter des pistes de réponses à notre question de recherche.

6.1 Tableau synoptique

Tableau 6 : Tableau synoptique

Thèmes	Sous-thèmes	Norredam & al., (2018)	Vervliet & al., (2013)	Ooi & al., (2016)	Salari & al., (2017)	Akkaya-Kalayci & al., (2016)	Vökl-Kernstock & al., (2014)	Suzan FM Jacobs (2017)
Prise en soin précoce dans la prévention du trouble de stress post-traumatique chez les migrants mineurs	L'efficacité de la prise en soins de la santé mentale chez les migrants mineurs					X		
	L'efficacité de la prise en soins précoce au long terme sur le dépistage des symptômes du TSPT				X			
	Une préoccupation de santé primaire		X					
	Le risque de cette population de développer un TSPT	X						
Les thérapies comme outils pour créer un lien soignant-soigné	L'approche centrée sur la personne							X
	La création d'un lien par l'amélioration comportementale du patient			X				
	Le dépistage des symptômes du TSPT				X			X
Les obstacles rencontrés lors de la prise en soins	La barrière de la langue				X			X
	Les interprètes		X		X			
	L'illettrisme	X					X	
	L'exil et ses difficultés			X			X	
	La stigmatisation de la santé mentale					X		X
Type d'études		Quantitative Cohorte	Quantitative Cohorte	Quantitative Essai clinique	Quantitative Intervention	Quantitative Cas-témoin	Quantitative Cas-témoin	Qualitative Étude de cas
Niveaux de preuve		2	2	2	2	3	3	4

6.2 Les freins à la relation soignant-soigné

La prise en soins selon le modèle de Hildegard Peplau se conçoit dans l'existence d'une relation spécifique entre l'infirmière et le patient. Le patient y est considéré comme étant capable de définir par lui-même ses objectifs et ses attentes, qu'il partage alors avec l'infirmière (Peplau, 1952). Lors de la prise en soins de patients migrants mineurs dans un contexte de trouble de stress post traumatique, des obstacles vont venir freiner la création d'une relation soignant-soigné. Selon F. Faucherre, O. Weber, P. Singy, P. Guex et F. Stiefel (2010), l'intensification et la globalisation continue des mouvements migratoires conduisent le système de soin helvétique à prendre en charge un nombre croissant de patients migrants maîtrisant peu la langue locale. La barrière de la langue est donc l'un de premiers obstacles rencontrés. Or, un des concepts clés dans la création d'un lien soignant-soigné guidée par la théorie de Peplau est la notion d'échange constant entre le patient et son soignant qui permettra de faire évoluer leur relation en une force de maturation et en un instrument d'éducation à travers lesquels tant l'infirmière que le patient gagnent en connaissance de soi, en connaissance mutuelle et en maturité (Peplau, 1952). Sans un langage commun et sans un moyen de communication efficace, un premier fossé se crée entre le soignant et le soigné. De plus, les traumatismes vécus pendant le parcours migratoire forment un sujet sensible qu'il est difficile d'aborder pour les patients migrants mineurs (Marianne Vervliet, Jan Lammertyn, Eric Broekaert, Ilse Derluyn, (2013)). Il n'est donc pas difficile d'imaginer que la barrière de la langue amplifie la complexité d'établir un lien de confiance entre le soignant et le soigné afin d'aborder des sujets d'ordre psychiques auprès de cette population.

Selon le Dr Eytan, A., (2017), cette population est vulnérable et paradoxalement peu suivie de manière spécialisée. La demande de soins est souvent peu claire, les symptômes peu spécifiques et l'engagement relationnel incertain. La différence culturelle joue un rôle supplémentaire de frein dans l'établissement d'un lien entre le soignant et le soigné car le patient, par crainte de stigmatisation psychiatrique ou du rapprochement avec des vécus internes douloureux, peut se montrer réticent à parler de lui (Eytan, 2017).

Un facteur déterminant de l'évolution de cette population est son statut de mineur enfant ou adolescent. Selon P. Conne (2012), un migrant mineur est un être en devenir, pris entre filiation, affiliation et migration. Dans la période difficile qu'est l'adolescence, avec ses changements de repères multiples, l'adaptation à un nouveau contexte de vie est une difficulté supplémentaire. Elle peut se traduire par des maladresses et des angoisses, voire des comportements agressifs. Dans sa recherche identitaire, il est confronté à deux appartenances : celle de son pays d'origine et celle que lui propose son pays d'accueil. L'adolescence peut ainsi être considérée comme une difficulté supplémentaire interférant avec la relation soignant-soigné. De ce fait, le soignant doit tenir compte de la globalité de son patient lors de la prise en soin (Conne, 2012).

6.3 Relation soignant-soigné avec le jeune à travers les différents rôles décrits dans la théorie de Hildegard Peplau

En guidant sa pratique selon la théorie de Peplau, l'infirmière va endosser différents rôles tout au long de la prise en soins du patient migrant mineur afin de pouvoir l'amener à se connaître et trouver en lui les ressources qui lui sont nécessaires. Chacuns va permettre de développer une relation de confiance et un lien sur lequel le patient va pouvoir s'appuyer. Ces rôles l'aideront à traverser des étapes de la prise en soin qui mèneront à une acceptation de la maladie mentale et à des stratégies d'adaptation (Peplau, 1952).

Lors de la première rencontre avec le patient, le soignant endosse le rôle dit « d'étranger », un rôle provisoire qui demande d'accepter le patient comme il est et de le traiter comme un étranger émotionnellement sain et de s'en tenir à cette approche jusqu'à preuve du contraire (Peplau 1952). Dans le cas de la première rencontre avec un patient migrant mineur, l'infirmière doit être consciente de ses propres valeurs et de ses représentations pour ne pas que cela ait une influence sur la prise en soin. L'infirmière est confrontée à une culture, une religion, des croyances et des valeurs qui peuvent différer des siennes et elle doit impérativement en avoir conscience afin d'éviter tout jugement de valeur ou de préjugés, qui entraveraient la création d'un lien de confiance. En endossant ce rôle de l'étrangère, l'infirmière permet au patient d'être libre de penser, de dire et

de s'exprimer comme il l'entend, avec ses propres valeurs et ses propres ressentis (Peplau, 1952).

De plus, les Drs C. Devillé et N. Lambert (2015) soulignent l'importance de contextualiser le soin : en effet, ceci rappelle que la période de l'enfance et de l'adolescence est une période essentielle de développement durant laquelle le jeune est face à sa vulnérabilité. Lorsqu'il est ajouté à cela un contexte de migration et de traumatismes, le professionnel doit alors adapter sa posture et sa communication à cette population pour pouvoir créer un lien de confiance efficient dans la prise en soin. Il n'est pas toujours évident de trouver des stratégies de communication quand il y a une barrière de la langue. Pour pallier aux problèmes de langue, trois outils peuvent être utilisés par les soignants : un interprète, un glossaire contenant des termes phonétiques en plusieurs langues et l'utilisation de schémas ou de dessins (Graz, Vader & Raynault, 2002). Par la suite intervient le rôle dit de "personne-ressource" : l'infirmière devra alors repérer les moments propices à l'intégration d'un apprentissage constructif (Peplau, 1952). Ce rôle prend tout son sens dans la prise en soin de la population étudiée. En effet, selon la Dresse S. Von Overbeck Ottino (2016), les migrants mineurs sont souvent confrontés à la perte des repères environnementaux, qu'ils soient familiaux, sociaux ou culturels. Ils ont donc besoin de se sentir soutenus et d'avoir des personnes ressources vers qui se retourner et avec qui ils se sentent en confiance.

L'article de Vervliet et al. (2013) utilise comme approche lors de la première rencontre entre le soignant et le migrant mineur une méthode effective à l'aide de quatre questionnaires sous formes d'auto-évaluation traitant du côté sociodémographique et sur l'anxiété et la dépression en partant d'événements traumatiques dont le but est d'évaluer le niveau de traumatisme et de stress de part différents questionnaires donnés à la population étudiée. Les résultats de celui-ci soulignent qu'une méthode comme celle-ci ne permet pas de créer un lien de confiance efficace en raison de l'impersonnalité de la méthode. En effet, cette méthode se basant sur des questionnaires n'est pas adéquate car ne permet pas au patient de s'exprimer comme il le souhaiterait et comme il en aurait besoin empêchant ainsi le soignant de passer du rôle de l'étranger à celui de

personne-ressource. Ce dernier rôle peut s'apparenter à celui dit de "l'éducatrice" qui apparaît lorsque l'infirmière encourage le patient à développer des façons de faire face à ses problèmes et une approche orientée vers leurs résolutions (Peplau, 1952). Après d'un migrant mineur, ce rôle permettrait non pas de résoudre la pathologie même mais de l'accepter et de trouver des mécanismes efficaces pouvant prévenir l'apparition ou la péjoration des symptômes liés au TSTP. Le migrant mineur a besoin de repères sur lesquels il peut se permettre de s'appuyer lorsque le besoin est ressenti.

Un autre rôle décrit dans la théorie, dit de "substitut", symbolise l'infirmière dans un statut maternel ou dans une image d'un membre de la fratrie que le patient va adopter. Lors de la prise en soin de patients migrants mineurs plusieurs outils peuvent toutefois être utilisés comme mécanismes facilitateurs de la relation et aider le soignant à quitter le rôle de l'étranger et endosser d'autres rôles. Dans l'article de Jacobs (2017), il est observé par la méthode dite "tree of life", qu'un lien de confiance s'est créé par un échange verbal constant, par une bonne cohésion de groupe, à travers le dessin, permettant ainsi le partage d'expériences entre migrants mineurs non accompagnés et les professionnels de santé ayant mis en place cette thérapie. Les résultats démontrent l'efficacité d'une telle entrée en contact avec le patient dans la baisse des barrières et dans la création d'un lien productif pour la suite du travail thérapeutique. Les professionnels ont eu recours à des traducteurs ce qui peut être vu avec deux aspects : d'une part, une aide nécessaire à la facilitation de la communication mais, d'autre part, un mur de plus rendant plus lent et difficile la création d'un lien direct entre le jeune patient et son soignant. Cette méthode permettrait de faire évoluer le soignant du rôle de l'étranger vers un des autres rôles et ainsi donc faire évoluer la relation soignant-soigné.

Jean-Claude Métraux (2016), apporte une autre perspective de communication basée sur la relation de réciprocité qui permettrait également au soignant de passer le stade du rôle d'étranger. L'auteur propose pour remédier à un échange inégal de paroles, de favoriser l'échange de parole précieuses et constructives du soignant et du soigné de manière égale ce qui évite de placer le soignant sur un piédestal et le soigné dans une position ressentie comme de la faiblesse ce

qui augmenterait le sentiment de vulnérabilité et serait un frein à la communication et à la création du lien de confiance. Il suggère également le bénéfice d'avoir un "tuteur de résilience" qui serait un homme ou une femme de confiance disponible et permettant au jeune de développer un sentiment d'attachement et la création d'un lien de confiance mutuelle : que le jeune soit accompagné ou non, il est nécessaire d'être encadré par une personne neutre en dehors des soins et de sa famille afin de pouvoir se reposer en cas de besoin.

6.4 Les différentes ressources que le soignant peut mobiliser dans sa prise en soin en complémentarité aux compétences infirmières

Le lien créé au fur et à mesure avec les patients migrants mineurs est l'outil indispensable à la suite de la prise en soin. En effet, et comme abordé précédemment, le TSPT n'est pas une pathologie mentale dont la guérison est garantie ni même vérifiable. Le but est d'amener le patient à gérer les symptômes et en prévenir la péjoration de part différentes thérapies et une approche centrée sur la personne. Seulement, de par les différents obstacles rencontrés dans la prise en soin et la complexité du TSTP, la compétence infirmière n'est pas suffisante pour une prise en soins des plus optimales. Un travail en interdisciplinarité centré sur le migrant mineur dans un contexte de TSPT est nécessaire dans le but d'apporter des ressources complémentaires avec un même but commun. Le patient, comme observé dans différents articles scientifiques (Akkaya-Kalayci et al., 2016, Jacobs, 2017, Norredam et al., 2018, Ooi et al., 2016, Salari et al., 2017, Vervliet et al., 2013, Völkl-Kernstock et al., 2014), apprend à ressortir de ses traumatismes des ressources (personnes, habitudes, lieux) sur lesquelles il peut s'appuyer ce qui lui permettra de pallier à ses besoins (Jacobs, 2017).

Durant leur période de vulnérabilité, Zittoun, T., & Cerchia, F. (2013) démontrent que cette population peut s'appuyer sur différents aspects abordés jusqu'à présent au long de ce travail :

- Des ressources institutionnelles type associations,
- Des ressources interpersonnelles et/ou sociales (amis, famille, etc. qui peuvent proposer un espace protégé pour discuter, échanger),

- Des ressources personnelles qui permettent aux individus d'utiliser leur propre capacité de réflexion et de tirer parti de leurs expériences passées pour établir des liens entre les situations et ainsi redéfinir leurs problèmes.

En s'appuyant sur ces aspects, il est abordé la notion de ressources personnelles dans l'article Völkl-Kernstock et al. (2014), qui enquête sur la prévalence du TSPT et de ses symptômes associés dans une population MNA en provenance d'Afrique. Les résultats démontrent que les jeunes ont utilisé des stratégies d'adaptation pour calmer l'apparition ou la péjoration des symptômes qui n'étaient pas enseignés lors des thérapies mais propre à leur vécu et ceci se montrant très efficace : la prière et la méditation. Sans pour autant négliger ce qui leur a été appris, les thérapeutes ont accepté d'apprendre à leur tour que les stratégies d'adaptation de ces populations doivent être souples et inclure le vécu et les habitudes de ces jeunes afin de voir des résultats et une congruence au long terme (Völkl-Kernstock, Karnik, Mitterer-Asadi, Granditsch, Steiner, Friedrich & Huerner, 2014). Le fait pour le migrant mineur de mobiliser des ressources personnelles permet une continuité de son histoire de vie et d'assouvir un besoin d'interprétation par rapport au vécu passé et présent (Zittoun et Grossen, 2012).

Dans le livre " La religion des migrants en tant qu'élément de cohésion sociale " de Lorenzo Prencipe (2012), la question de l'appartenance religieuse est soulevée. Il est proposé l'hypothèse que l'accueil et la prise en soin du migrant doit se faire dans une cohésion sociétale qui découle du contexte culturel dans lequel s'est opéré le choix de migrer. Les ressources spirituelles qu'offrent les religions quand il s'agit de prendre la décision d'émigrer ainsi que la capacité de résistance des migrants face à l'adversité à laquelle ils sont confrontés au cours de leur projet migratoire est à valoriser. D'autre part, les organisations religieuses proposent de fournir aux migrants une aide matérielle et sociale tant pour sauvegarder et/ou reconstruire leur identité culturelle que pour favoriser leur insertion dans le pays d'accueil (Prencipe, 2012).

Les ressources institutionnelles ne manquent pas au niveau européen et, plus précisément, au niveau Suisse. Il a été décidé d'en aborder certaines qui, au vu

des recherches effectuées, regroupent l'aspect pluridisciplinaire et se situent à Genève.

- AMIC (association de médiatrices interculturelles) : l'association propose un soutien scolaire, des activités sportives, un encadrement vacances et des activités artistiques et culturelles spécialement pour les migrants mineurs à Genève. <https://www.amicge.ch/blank-4>

- AMIG (mission de l'aide au migrant) : accueil, aide sociale et financière, accès aux soins et à un hébergement, insertion sociale et professionnelles <http://xn--aideauxmigrantsbnvolat-q8bb.ch/laide-aux-migrants-amig/>

- OSAR (association Suisse d'aide aux réfugiés) : l'association propose, de manière géographique, un regroupement des associations venant en aide aux migrants que ce soit de l'hébergement, du bénévolat ou encore de la collecte de biens. <https://www.osar.ch/aider-les-personnes-refugiees/suisse-romande.html>

7. CONCLUSION

La population étudiée dans cette revue de littérature, les patients migrants mineurs, est fragilisée par de nombreux facteurs dont celui du parcours migratoire. La prise en soin de cette population atteinte du TSPT demande une approche particulière et spécifique du soignant. Jusqu'à présent, les soins apportés auprès de cette population se sont essentiellement axés sur le plan physique avec les pathologies somatiques associées à leur parcours et encore trop peu d'intérêt est porté sur l'axe de la santé mentale.

Comme démontré au travers de cette revue de littérature, la prise en soin de la santé mentale auprès des patients migrants mineurs est pourtant primordiale pour qu'ils puissent trouver les ressources nécessaires afin d'établir un projet de vie dans leur nouveau pays d'accueil. Dans un contexte de prise en soins aussi particulier, nombreuses sont les barrières que vont rencontrer le soignant et le soigné quant à l'établissement d'un lien de confiance qui permettra par la suite d'établir un projet de soin ainsi qu'un projet de vie. En s'inspirant des concepts clés issus du modèle de soin d'Hildegard Peplau (telle qu'une prise en soin qui prône le développement de la relation soignant/soigné comme étant le meilleur outil pour parvenir au développement de ses propres ressources et à son évolution personnelle), le soignant et le soigné pourront faire preuve de coping et sauront utiliser les ressources disponibles, qu'elles soient personnelles ou non afin de passer outre ces barrières pour une prise en soin des plus optimales.

7.1 Apports et limites du travail

7.1.1 Apports

La Suisse est symbole d'une terre d'accueil et continue d'être, au niveau européen, un point stratégique de terre d'accueil migratoire pour un nombre toujours plus croissant de migrants (Nguyen, 2017). Les migrants mineurs sont une réalité en expansion du fait du durcissement des frontières et il ne faut négliger l'affect psychologique du parcours migratoire pour obtenir une prise en soins efficiente. Cette revue de la littérature porte sur l'analyse des difficultés rencontrées dans un contexte de soins précis, de patients migrants mineurs atteints du TSPT, et apporte des éléments de réponse permettant de mieux entrer en relation afin de créer un lien de confiance entre le soignant et le soigné pour soutenir le développement des ressources.

En se basant sur les connaissances apportées au long de ce travail, il est soutenu que les infirmières doivent acquérir certaines compétences spécifiques dans le but d'une prise en charge globale et efficace (Akkaya-Kalayci et al., 2016, Jacobs, 2017, Norredam et al., 2018, Ooi et al., 2016, Salari et al., 2017, Vervliet et al., 2013, Völkl-Kernstock et al., 2014).

7.1.2 Limites

Plusieurs facteurs ont limité l'élaboration de ce travail notamment au niveau de la recherche d'articles scientifiques : en effet, les recherches mêlant les migrants mineurs et le TSPT manquent voire étaient inexistantes au moment de la collecte des données. Ceci a demandé d'élargir les recherches au niveau de la population et de la santé mentale pour pouvoir, au fil de la revue, établir un entonnoir réflexif permettant d'apporter des réponses à la question de recherche. En outre, les recherches menées demandent une adhérence de la population ce qui est peu réalisable au vu de la participation décroissante des sujets du fait d'une stigmatisation culturelle de la maladie mentale et d'un affect personnel déjà évolué ce qui fait craindre une péjoration des symptômes.

7.2 Recommandations

Pour la recherche :

Cette revue de littérature comporte des limites qui se retrouvent dans la recherche. Lors de la rédaction de cette revue de littérature, il a été perçu un manque d'articles scientifiques regroupant les items suivants : migrant mineur et maladie mentale.

Il y a un réel besoin de recherches sur les facteurs de risque et dans la prévention des maladies mentales dans une population migrante mineure ayant vécu des traumatismes dans l'enfance et/ou lors du parcours migratoire (Ooi & Al, 2016).

Même si le nombre de migrants mineurs est en constante augmentation en Europe, les études analysant les problèmes mentaux rencontrés dans cette population sont rares car la majorité se base sur les problèmes d'ordre somatiques (Akkaya-Kalayci & Al, 2016).

Il est également suggéré d'amener les futures recherches sur des pistes se focalisant sur les symptômes du TPST (tel que le stress et la dépression) ainsi que sur les différentes stratégies de coping permettant une amélioration des cas sur le long terme (Norredam & Al, 2018).

Les recherches doivent se baser sur les *Evidence Based Nursing* afin d'avoir des sources à jour, fiables et utilisables par les soignants.

Pour la formation :

Au long de la formation en Soins Infirmiers, il serait nécessaire de renforcer un module à la santé des populations migrantes et de leur prise en soin associée (somatique et psychique). Ceci dans le but de sensibiliser les étudiants, futurs professionnels de la santé, à une réalité sociétale toujours plus en expansion.

Une formation d'infirmiers spécialisés en santé migrant qui évolue dans un cadre interprofessionnel et qui continue à se former sur le terrain tout au long de leur carrière en lien avec les actualités sociétales permettrait une prise en soin spécifique afin de déceler les premiers symptômes de TSPT et prévenir la péjoration du trouble.

L'importance de la culture hors hospitalière est nécessaire pour soigner au niveau de la santé communautaire et il serait nécessaire de mettre à jour

fréquemment les problèmes sociétaux abordés lors des modules théoriques afin d'en ressortir des pistes réflexives.

Pour la pratique infirmière :

Couvrir les besoins humanitaires essentiels reste primordial : sécurité, dignité Humaine, droit à la formation et protection contre la discrimination.

L'examen clinique doit être spécifique et les questions orientées sur les signes de souffrance (que l'infirmière spécialisée sera apte à poser). Au niveau cantonal, il faudrait développer un dispositif pour les soins de base des réfugiés mineurs et dispenser alors les soins correspondants (Di Gallo, Beutler, 2017).

Dans les centres d'accueil et les lieux d'hébergement pour requérant-e-s d'asile, le personnel médical doit non seulement être attentif aux signes de maladie somatiques et les connaître, mais disposer aussi des compétences correspondantes pour déceler les signes de maladies psychiques (Di Gallo, Beutler, 2017).

Améliorer l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale est primordial car les études reflètent que le manque d'adhérence est souvent dû au manque de connaissances et de communication autour de ce sujet (Akkaya-Kalayci et al., 2016, Jacobs, 2017, Norredam et al., 2018, Ooi et al., 2016, Salari et al., 2017, Vervliet et al., 2013, Völkl-Kernstock et al., 2014).

8. RÉFÉRENCES

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Vth Edition*. Washington DC : American Psychiatric Publ.

AMIC. (2016). *Association de médiatrices interculturelles*. Accès <https://www.amicge.ch/>

AMIG. (2017). *Mission de l'aide au migrant*. Accès <http://xn--aideauxmigrantsbnvolat-q8bb.ch/laide-aux-migrants-amig/>

Akkaya-Kalayci & al., (2016). Psychiatric emergencies of minors with and without migration background. *Neuropsychiatr*. DOI: [10.1007/s40211-016-0213-y](https://doi.org/10.1007/s40211-016-0213-y)

Brillon, P. (2013). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*. Montréal : Broché

Burger, I., Van Hemert, A., Schudel, W. & Middelkoop, B. (2009). Suicidal Behavior in Four Ethnic Groups in The Hague. *Crisis*. DOI : 10.1027/0227-5910.30.2.63.

Bustamante & al., (2017). Stress, trauma, and posstraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Rev. Bras. Psiquiatr. vol. 40 no.2 Sao Paulo*. DOI: [10.1590/1516-4446-2017-2290](https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2290)

Conne, P. (2012). *Adolescence en migration, un métis-âge*. *Rev Med Suisse* 2012; volume 8. 1279-1281

Debout, C., (2012). La pratique infirmière fondée sur des preuves. *Soins, Volume 57, n° 771*. DOI : [10.1016/j.soin.2012.10.006](https://doi.org/10.1016/j.soin.2012.10.006).

Depallens Villanueva, s. & Ambresin, A. (2010). Soins aux mineurs non accompagnés (MNA) : l'expérience lausannoise. *Rev Med Suisse* 2010; volume 6.1248-1252. PMID: 20648789

Drs C. Devillé et N. Lambert (2015). Soins aux adolescents migrants mineurs non accompagnés à la Consultation Santé Jeunes. *Rev Med Suisse* 2018 ; 14 : 822-4

Eytan, A., (2017). *Migrants mineurs non-accompagnés: enjeux actuels*. Accès: <https://www.reiso.org/articles/themes/migrations/1411-migrants-mineurs-non-accompagnes-enjeux-actuels>

Faucherre, F., Weber, O., Singy, P., Guex, P. & F. Stiefel (2010). L'interprète communautaire: une pièce centrale dans le puzzle de la consultation interculturelle. *Revue Médicale Suisse*, 6/236(2010), 336-338.

Fazel, M. & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 366-370. DOI : 10.1136/ad.87.5.366

Gajo, L., Molina, M.E, Graber, M., D'Onofrio, A. (2001). *Communication entre soignants et patients migrants: quels moyens pour quels services?* Bulletin VALS-ASLA (Association suisse de linguistique appliquée) 2001; 74, 153-174

Graz, B. & Vader, J. & Raynault, M. (2002). *Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction*. DOI : 10.3917/spub.021.0075

Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2001-2018). *Urgence Syrie*. Accès <http://www.unhcr.org/fr/urgence-en-syrie.html>

Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2005). *Protocole d'Istanbul. Manuel pour enquêter efficacement sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants*. Accès: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2>

Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. (2018). *Aperçu statistique*. Accès <http://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2012). *Le réseau Santé Pour Tous*. Accès : https://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/documents/sante_migrants.pdf

Jacobs, S. (2017). Collective narrative practice with unaccompanied refugee minors: "The Tree of Life" as a response to hardship. *Clin Child Psychol Psychiatry*. DOI: [10.1177/1359104517744246](https://doi.org/10.1177/1359104517744246)

Jensen, T.K., Bjørge Skårdalsmo, E.M. & Fjermestad, K.W. (2014). Development of mental health problems – a follow-up study of unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. DOI : 10.1186/1753-2000-8-29

Kim, S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. 3rd. N Y : Springer

Mauranne, L., (2013). *Requérants d'asile: quelles représentations de la santé et de la maladie?* Accès: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opensslpdf.pdf?reldoc=y&docid=50c83f6d2>

Maureen Louhenapessy. (2016). Trajectoire migratoire, trajectoire de vulnérabilité. Accès: <http://www.cap-sante.org/wp-content/uploads/2013/02/4e-Forum-2008-R,sum,s-des-communications1.pdf>

Métraux, JC. (1997). Aux temps de la survie, le droit au silence. *Rev Med Suisse Romande* 1997;117:419-23.

Métraux, JC. (2007). Nourrir la reconnaissance mutuelle. *Le Journal du Psychologue* 2007;252:57-61.

MIGESPLUS (2017). *Portail pour l'égalité des chances en matière de santé*. Accès : <https://www.migesplus.ch/>

Nguyen, Duc-Quang. (2017). *La Suisse, terre d'immigration européenne*. Accès: <https://www.swissinfo.ch/fre/economie/démographie/la-suisse-terre-d-immigration-européenne/42931478>

Norredam & al., (2018). Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark : a nation-wide register-based cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. DOI: [10.1007/s00787-018-1122-3](https://doi.org/10.1007/s00787-018-1122-3)

Ooi & al., (2016). The efficacy of a group cognitive behavioral therapy for war-affected young migrants living in Australia : a cluster randomized of controlled trial. *Front Psychol*. DOI: [10.3389/fpsyg.2016.01641](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01641)

Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. (2017). *Migrant/migration*. Accès <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>

Organisation internationale pour les migrations. (2018). *Migration flows-Europe*. Accès <http://migration.iom.int/europe/>

Organisation internationale pour les migrations. (2018). *Qui est un migrant ?* Accès <https://www.iom.int/fr/qui-est-un-migrant>

Organisation mondiale de la santé. (2017). *Qu'est-ce qu'un migrant ? Ou comment les définitions ont une incidence sur l'accès aux soins de santé*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2017/03/what-is-a-migrant-how-definitions-affect-access-to-health-care>

Organisation mondiale de la santé. (2018). *Migration et santé : les principaux enjeux*. Accès <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292937>

Organisation suisse d'aide aux réfugiés. (2016). *Procédure d'asile*. Accès : <https://www.osar.ch/droit-dasile/procedure-dasile.html>

Organisation suisse d'aide aux réfugiés. (2016). *Statuts juridiques*. Accès : <https://www.osar.ch/droit-dasile/statuts-juridiques.html>

OSAR (2016). *Association Suisse d'aide aux réfugiés*. Accès : <https://www.osar.ch/>

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3e éd.). Montréal: Chenelière Education.

Peplau, H. (1995). *Les relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions

Pfarrwaller, E. & Meynard, A. (2012). Etre migrant et adolescent : quelles actions préventives proposer. *Revue Médicale Suisse*, 8, 1272-8.

Prencipe, L. (2012). *La religion des migrants en tant qu'élément de cohésion sociale*. Paris : Centre d'information et d'études sur les migrations internationales

Priebe, S., Giacco, D., El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Health evidence network synthesis report 47.

Salari & al., (2017). Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors : a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scand J Public Health*. DOI: [10.1177/1403494817715516](https://doi.org/10.1177/1403494817715516)

Secrétariat d'état aux migrations. (2011). *Asile/Protection contre la persécution*. Accès : <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asyl.html>

Secrétariat d'état aux migrations. (2012). *La demande d'asile*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren/asylgesuch.html>

Secrétariat d'état aux migrations. (2015). *Politique suisse en matière d'intégration*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/themen/integration/politik.html>

Secrétariat d'état aux migrations. (2016). *La procédure d'asile*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren.html>

Secrétariat d'état aux migrations. (2016). *Accueil*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asylverfahren/empfang.html>

Secrétariat d'état aux migrations. (2017). *Définition du terme de réfugié et le droit d'asile*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/asyl/asyl/asylrecht.html>

Secrétariat d'état aux migrations. (2018). *Statistiques en matière d'asile*. Accès <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/publiservice/statistik/asylstatistik.html>

Service Social International Suisse. (2017). *Cartographie cantonale des structures de prise en charge pour MNA : canton de Genève*. Accès : http://www.enfants-migrants.ch/fr/sites/default/files/adem/u115/Mapping_LongueVersion_FR_GE_0.pdf

Service Social International Suisse. (2017). *Manuel de prise en charge des mineur-e-s non accompagné-e-s en Suisse*. Accès : http://www.enfants-migrants.ch/fr/sites/default/files/adem/u115/MANUEL_FR_WEB.pdf

Vervliet & al., (2013). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. DOI:[10.1007/s00787-013-0463-1](https://doi.org/10.1007/s00787-013-0463-1)

Völkl-Kernstock & al., (2014). Responses to conflict, family loss and flight : post-traumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa. *Neuropsychiatr.* DOI: [10.1007/s40211-013-0094-2](https://doi.org/10.1007/s40211-013-0094-2)

Zittoun, T., & Grossen, M. (2012). Cultural elements as means of constructing the continuity of the self across various spheres of experience. In M. Cesar & B. Ligorio (Eds.), *The interplays between dialogical learning and dialogical self* (pp. 99-126). Charlotte, NC: Information Age Publisher.

Zittoun, T., & Cerchia, F. (2013). Imagination as expansion of experience. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 47(3), 305-324.

9. ANNEXES

9.1 Statistiques en matière d'asile en Suisse

Nombre de demandes d'asile par pays d'origine pour 2010 et 2011 :

	Nationalité	Demandes d'asile 2010	Demandes d'asile 2011	En pour cent du total
1	Erythrée	1'799	3'356	14.9
2	Tunisie	358	2'574	11.4
3	Nigéria	1'969	1'895	8.4
4	Serbie	910	1'217	5.4
5	Afghanistan	670	1'052	4.7
6	Macédoine, ex-Rép youg.	417	926	4.1
7	Syrie	469	826	3.7
8	Chine (rép. pop.)	358	696	3.1
9	Somalie	337	636	2.8
10	Kosovo	602	634	2.8
	Autres	7'678	8'739	38.8
	Total	15'567	22'551	100.0

Nombre de demandes d'asile par pays d'origine pour 2012 et 2013 :

	Nationalité	Demandes d'asile 2012	Demandes d'asile 2013	En pour cent du total
1	Erythrée	4'407	2'563	11.9
2	Syrie	1'229	1'901	8.9
3	Nigéria	2'746	1'764	8.2
4	Tunisie	2'239	1'737	8.1
5	Maroc	931	1'068	5.0
6	Afghanista	1'386	892	4.2
7	Algérie	762	792	3.7
8	Kosovo	579	698	3.3
9	Sri Lanka	494	684	3.2
10	Chine (rép. pop)	808	675	3.1
	Autres	13'050	8'691	40.5
	Total	28'631	21'465	100.0

Nombre de demandes d'asile par pays d'origine pour 2014 et 2015 :

	Nation	Demandes d'asile 2014	Demandes d'asile 2015	En pour cent du total
1	Erythrée	6'923	9'966	25.2
2	Afghanistan	747	7'831	19.8
3	Syrie	3'819	4'745	12.0
4	Irak	363	2'388	6.0
5	Sri Lanka	1'277	1'878	4.8
6	Somalie	813	1'253	3.2
7	Nigéria	908	970	2.5
8	Gambie	385	968	2.4
9	Iran	168	623	1.6
10	Ethiopie	346	599	1.5
	Autres	8'016	8'302	21.0
	Total	23'765	39'523	66.3

Nombre de demandes d'asile par pays d'origine pour 2016 et 2017 :

	Nation	Demandes d'asile 2016	Demandes d'asile 2017	En pour cent du total
1	Erythrée	5'178	3'375	18.7
2	Syrie	2'144	1'951	10.8
3	Afghanistan	3'229	1'217	6.7
4	Turquie	526	852	4.7
5	Somalie	1'581	843	4.7
6	Sri Lanka	1'373	840	4.6
7	Guinée	900	797	4.4
8	Nigéria	1'106	700	3.9
9	Géorgie	465	670	3.7
10	Irak	1'312	653	3.6
	Autres	9'393	6'190	34.2
	Total	27'207	18'088	100.0

9.2 Classification DSM-IV

La classification DSM-IV sur le traumatisme apporte ces autres symptômes diagnostics :

a) La personne a été témoin ou confrontée à un traumatisme, c'est-à-dire un événement qui a provoqué la mort ou de sérieuses blessures ou qui impliquait une menace de mort ou de graves blessures et qui a suscité une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

b) L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions. Note : Chez les jeunes enfants, jeux répétitifs exprimant des thèmes ou des aspects du traumatisme.

2. Rêves répétitifs concernant l'événement provoquant un sentiment de détresse. Chez les enfants, il peut s'agir de rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

3. Impression ou agissements soudains "comme si" l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). Chez les jeunes enfants, la remise en action peut se produire.

4. Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique (par ex., les dates anniversaires, le temps froid ou le temps chaud, la neige, certains endroits, certaines scènes à la télévision, etc.).

5. Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique.

c) Évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (non présente avant le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

1. Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.

2. Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.

3. Incapacité de se rappeler un aspect important du traumatisme.

4. Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.

5. Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.

6. Restriction des affects (par ex., incapacité à éprouver des sentiments tendres).

7. Sentiment d'avenir "bouché" (par ex., penser ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie).

d) Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (non présente avant le traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

1. Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu

2. Irritabilité ou accès de colère

3. Difficultés de concentration

4. Hypervigilance

5. Réaction de sursaut exagérée.

e) Le diagnostic de stress post-traumatique est utilisé lorsque la perturbation persiste plus d'un mois (symptômes des critères B, C et D).

f) La perturbation entraîne une souffrance significative cliniquement ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

9.3 FICHES DE LECTURE

Rapport-Gratuit.com

Fiche de lecture n°1:

Incidence of psychiatric disorders among accompanied and unaccompanied asylum-seeking children in Denmark: a nation-wide register-based cohort study

1. Cadre général

Auteurs :

Marie Norredam, Laura Nellums, Runa Schmidt Nielsen, Stine Byberg, Jorgen Holm Petersen

Nom-Type de revue :

L'article a été publié dans « european child & adolescent psychiatry » qui est un journal entière dévoué à la pédopsychiatrie. Son but est de développer la compréhension des psychopathologies en pédiatrie.

Lieu de l'étude :

L'étude a eu lieu au Danemark.

Objectifs pratiques :

En Europe, un demandeur d'asile sur quatre est un mineur et 23% d'entre eux sont non accompagnés ce qui augmente le risque de développer une pathologie psychiatrique. Cette étude compare l'incidence de la venue de maladies psychiatriques chez des migrants mineurs non accompagnés et accompagnés.

2. Objet de l'article

Objet de la recherche :

Les auteurs de l'études ont lié une cohorte d'enfants réfugiés qui ont obtenu le droit de résidence au Danemark entre le premier Janvier 1993 et le 31 Décembre 2010 avec le registre central danois de psychiatrie et calculé le taux d'incidence par 10 années-personnes et les ratios de taux d'incidence du trouble psychiatrique global, troubles psychotiques, troubles affectifs et troubles névrotiques chez les mineurs accompagnés et non accompagnés en utilisant le Poisson-régression.

Hypothèse de travail :

En comparant les populations de migrants mineurs accompagnés et de migrants mineurs non accompagnés, l'étude cherche à démontrer une plus forte incidence de survenue de troubles psychiatriques chez la population non accompagnée.

Principaux concepts :

Les auteurs de l'article ont créé une étude de cohorte prospective historique basée sur un registre, en utilisant une cohorte comprenant tous les migrants ayant obtenu le droit de résidence au Danemark en tant que réfugiés ou par le biais du regroupement familial entre le premier Janvier 1993 et le 31 Décembre 2010.

La cohorte comprend des informations sur une série de paramètres liés à la résidence, y compris si les enfants demandeurs d'asile étaient accompagnés ou non accompagnés.

Dès l'obtention du droit de séjour au Danemark, chaque migrant reçoit un numéro d'identification personnel. Nous avons utilisé ce numéro pour obtenir des informations sur les troubles psychiatriques pour les enfants demandeurs d'asile dans la cohorte du registre central psychiatrique danois, qui comprend des données sur les patients hospitalisés ou ambulatoires.

Les enfants demandeurs d'asile de la cohorte ont été suivis depuis leur 18ème anniversaire jusqu'à la fin du suivi en fonction de (1) l'émigration, (2) du décès, (3) de la date de l'admission en psychiatrie interne ou externe ou du (4) 30 juin 2012 selon ce qui arrivait en premier.

Comme déjà fait, nous avons utilisé le diagnostic à la sortie du premier contact avec un hôpital psychiatrique comme indicateur de la présence d'un trouble psychiatrique.

Il a été examiné l'incidence du trouble psychiatrique global comme résultat principal : l'incidence également des trois catégories diagnostiques les plus courantes : les troubles psychotiques, les troubles affectifs et les troubles névrotiques.

Des numéros d'identification personnels ont également été utilisés pour obtenir des informations du service de l'immigration danoise et du registre de la population concernant la date de naissance, le sexe, la nationalité, l'âge de la migration et l'âge après la résidence.

3. Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Des analyses descriptives ont été effectuées à l'aide d'analyses de test du Chi-carré et de test t, ainsi que des courbes de survie de Kaplan-Meier et du test du log-rank. La régression de Poisson a été utilisée pour calculer les taux d'incidence de troubles psychiatriques après 18 ans chez les enfants demandeurs d'asile accompagnés et non accompagnés.

Il a également été calculé les ratios de taux d'incidence bruts et ajustés (TRI) et les intervalles de confiance à 95%. Il a été calculé le TRI dans un modèle brut, dans un modèle pour l'âge et le sexe à l'arrivée et finalement dans le modèle entièrement ajusté en utilisant le sexe, l'âge à l'arrivée, l'âge au permis de résidence et la nationalité.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion :

Il a été inclus 1252 enfants réfugiés non accompagnés et 11446 enfants accompagnés dans l'étude. Sur la cohorte initiale, 9339 enfants réfugiés ont été exclus du fait de : mort avant l'âge de 18 ans (46), immigration avant l'âge de 18 ans (1350), avoir moins de 18 ans à la fin de l'étude, absence de donnée de suivi (6726), étant des réfugiés de quota (1216) ou ayant une date de décès précédant la date de l'émigration (1).

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude observationnelle étiologique (quasi expérimentale) → étude de cohorte.

4. Présentation des résultats

Principaux résultats :

Ces données de cohorte ont mis en évidence des disparités dans l'incidence des troubles psychiatriques entre les enfants réfugiés non accompagnés et accompagnés et les demandeurs d'asile au Danemark. Ces résultats sont en accord avec des recherches antérieures suggérant que les enfants demandeurs d'asile et réfugiés, en particulier les enfants non-accompagnés, pourraient être exposés à un risque accru d'être en mauvaise santé mentale.

Les interventions et les infrastructures de soutien visant à améliorer l'accès et la qualité des soins de santé pour ces groupes devraient être adaptées au contexte spécifique, aux caractéristiques des enfants et aux facteurs tels que la nationalité, qui, selon cette étude, ont un impact sur le risque de venue de troubles psychiatriques chez les enfants réfugiés par les taux accrus de troubles psychiatriques chez les non-accompagnés comparé à leurs congénères accompagnés.

D'autres recherches sur les facteurs de risque de mauvais résultats de santé mentale, notamment l'exposition à des événements défavorables ou traumatiques dans l'enfance et la migration ou

des prédictors spécifiques à la culture / pays, sont nécessaires pour mieux comprendre la relation entre le statut de non-accompagné et le trouble psychiatrique.

5. Limites et éthique de l'étude

Limites :

Il est intéressant de noter que le résultat examiné est l'incidence des troubles psychiatriques dans cet échantillon, mais comme il est basé sur le diagnostic en milieu hospitalier, il ne permet pas de faire la lumière sur l'incidence des troubles non traités dans cette population.

L'échantillon peut également ne pas être représentatif de la population plus large d'enfants réfugiés au Danemark, en raison de la sous-représentation de ce groupe dans les données. Plus précisément, l'incidence de la maladie mentale peut être encore plus élevée chez les enfants plus difficiles à atteindre, en particulier les filles, qui sont sous-représentées dans cet échantillon comme dans la littérature.

Ethique :

Cette étude a été approuvée par l'agence danoise de protection des données. Aucune approbation éthique supplémentaire n'était requise au Danemark pour la recherche basée sur le registre. Les données ont été consultées et analysées sous une forme anonyme via un accès en ligne à la base de données au Danemark.

6. Démarche interprétative

Pistes de réflexion :

En raison des ressources limitées en matière de soutien familial, les enfants réfugiés non accompagnés et demandeurs d'asile risquent de sous-utiliser les services de santé. Il est donc important d'identifier des stratégies novatrices pour promouvoir la santé infantile, l'engagement avec les services et l'intégration.

Dans ce contexte, les interventions dans la communauté, par exemple les interventions en milieu scolaire, peuvent être particulièrement importantes pour les enfants non accompagnés car elles ont démontré leur efficacité dans l'amélioration de la santé mentale, ainsi que le fonctionnement émotionnel et social et l'intégration.

Il est clairement nécessaire d'améliorer l'accès aux services de santé mentale, ainsi que d'autres services clés comme le logement ou l'éducation, dans cette population difficile à atteindre, à la fois pour réduire le risque de troubles psychiatriques et faciliter l'intervention des enfants.

Fiche de lecture n°2:

Collective narrative practice with unaccompanied refugee minors: "the tree of life" as a response to hardship

1. Cadre général

Auteur :

Suzan FM Jacobs

Nom-Type de revue :

L'article a été soumis dans « clinical child psychology and psychiatry »

Lieu de l'étude :

L'étude a eu lieu en Grèce mais écrite et publiée en Hollande.

Objectifs pratiques :

L'auteur de cet article a joint l'équipe d'un refuge pour migrants mineurs non accompagnés en Grèce (Samos) et, à l'aide de l'équipe, a utilisé la méthode dite de « tree of life » développée par Ncube-Mlilo et Denborough pour donner aux jeunes la possibilité de parler des difficultés qu'ils ont traversé dans la vie.

2. Objet de l'article

Objet de la recherche :

Ces jeunes qui quittent leur pays sans être accompagnés par leur parents ou d'autres membres de leur famille sont à haut risque de développer des problèmes d'ordre de la santé mentale dû aux hauts niveaux de stress et d'anxiété que procure l'exile. Les études menées sur ces populations de réfugiés montrent que même lorsque ces jeunes sont placés à leur arrivée dans un endroit sûr, des comportements psychiatriques négatifs (dépression, anxiété, PTSD, agressivité) sont tout de même prévalents. La méthode de « tree of life » aide ces populations qui ont expérimenté des traumatismes à comprendre leurs réactions face à ceux-ci comme une force et une résilience plutôt qu'une faiblesse ou de la honte.

Question de recherche :

Elle n'est pas clairement écrite dans l'étude mais peut être déduite comme étant : Est-ce que la méthode utilisée par l'auteur dans cette population à un stade critique de leur vie peut amener ces jeunes à un empowerment ?

Hypothèse de travail :

La méthode, employée par l'auteur lors de son séjour en Grèce avec les MNA, peut aider ces populations à parler de leurs traumatismes sans un risque de « retraumatisme » ainsi que de transformer ce qu'ils estiment être une faiblesse en une force et en un mécanisme de défense.

Principaux concepts :

L'étude menée se base sur la méthodologie de « tree of life » qui se sépare en quatre étapes :

1. L'arbre, le sol, les racines, le tronc, les branches, les feuilles et les fruits.
2. La forêt
3. La tempête
4. La cérémonie et les certificats

Durant ces ateliers durant 8h, les accompagnants demandent aux jeunes de dessiner un arbre formé de différents segments (1) qui représentent différentes parties importantes de la vie de ces jeunes hommes. En faisant cela, les jeunes hommes construisent une riche description de leurs

vies, identifient leurs ressources et compétences, l'histoire de comment celles-ci se sont développées et qui a contribué à cela et comment elles peuvent les aider à atteindre leurs buts pour le futur.

3. Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

La méthode de « tree of life » est un atelier qui requiert un minimum de 8h de temps. L'auteur est parti mener son étude à Samos en Grèce durant plusieurs semaines afin de préparer cet atelier qui s'est effectué sur 8 jeunes migrants non accompagnés.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion :

C'est un échantillonnage intentionnel car cela s'est mené sur la population présente au moment de l'étude dans un camp de réfugiés n'ayant pas accès à la scolarisation ni à sortir du camp du fait des hauts risques de trafics sexuels présents pour ces populations.

Les critères d'inclusions comprennent : faire partie du camp présent à Samos pour les jeunes réfugiés mineurs non accompagnés hommes. De ce fait, il n'y a pas de critères d'exclusion à proprement parlé.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude qualitative, type étude de cas.

4. Présentation des résultats

Principaux résultats :

- Première partie → les jeunes hommes, au début de la première partie consistant au dessin de l'arbre, sont décrits comme étant tristes et agités. En effet, il est difficile de parler de leurs traumatismes et leurs pertes sans revivre un sentiment de retraumatisme. A la fin du dessin de leur arbre, il leur a été suggéré d'utiliser leur arbre pour honorer les êtres aimés plutôt que pour les pleurer.
Les jeunes hommes ont tous eu de la peine à parler de leur vécu car, comme explicité selon eux, « dans notre culture il n'est pas approprié de discuter de soi. Il faut être modeste et ne pas se mettre en avant. »
L'auteur explique qu'à la fin de cette première partie elle était touchée de voir la reconnaissance de ces jeunes pour les personnes qui s'occupaient d'eux dans le camp : l'arbre représentait ces personnes qui sont pour eux devenus peu à peu leur base solide.
- Deuxième partie → les réponses et feedback de tous les participants sont équivoques : tous disent se sentir mieux et entourés après avoir exposé et partagé leurs histoires (grâce aux arbres) avec les autres participants.
- Troisième partie → lors de cette troisième partie, les traducteurs ont changé d'équipe et les participants ont eu un certain temps d'adaptation à ces nouvelles personnes. Pourtant, lorsque les jeunes parlent de manière collective, il est plus facile pour eux de mettre des mots sur leurs difficultés « Il y a beaucoup de dangers dans notre vie de jeunes : la guerre, la politique, le kidnapping, le trafic d'êtres humains, l'exile ou les désastres naturels, la pauvreté et tellement d'autres ». A la fin de cette troisième partie, les jeunes hommes appuient et se sont tous mis d'accord sur le fait que les difficultés arrivent mais repartent aussi vite. « Nous devons survivre à elles, se protéger et chercher de l'aide et un support ».
- Quatrième partie → Les participants ont exprimé s'être senti connectés et écoutés durant les ateliers et avoir ressenti un sentiment d'unité et de solidarité.
Ils ont mentionné la transformation qu'ils ont pu percevoir entre leurs problèmes et les forces qu'ils pouvaient en tirer.

5. Limites et éthique de l'étude

Limites :

L'étude a été menée durant plusieurs semaines mais l'atelier a eu lieu une fois et ceci pendant 8 heures : il faudrait donc que la population soit plus variée (hommes et femmes) et également dans d'autres conditions (une scolarisation par exemple afin de voir l'impact concret de la méthode dans la vie de tous les jours).

Comme expliqué dans l'article, les difficultés rencontrées lors des traductions avec les interprètes peuvent également avoir créé un ralentissement dans la création d'un lien avec les jeunes adultes.

Ethique :

Les noms et détails de vie concernant les jeunes hommes mentionnés lors de cet article ont été modifiés afin de protéger leur anonymat. Ils ont tous donné leur accord pour les mots qui ont été directement cités ainsi que pour les photos prises et ajoutées à l'article.

6. Démarche interprétative

Apports de l'article :

Cet article démontre l'efficacité de cette méthode dans le développement de la communication entre réfugiés ainsi qu'avec la personne les encadrant. Il est observé suite à l'atelier « tree of life » que les migrants utilisent la méthode comme une source d'empowerment et les aident dans la vie de tous les jours dans le camp de réfugiés. Repartir avec le certificat est une source de fierté pour eux.

Pistes de réflexion :

Serait-il possible d'expérimenter cette méthode dans des centres de MNA ailleurs qu'en Grèce ?

Est-ce que cette méthode permet d'agir au long terme sur la santé mentale ou seulement lors du séjour dans un camp en attendant un éventuel placement ou renvoi ?

Fiche de lecture n°3:

Psychiatric emergencies of minors with and without migration background

1. Cadre général

Auteurs :

Türkan Akkaya-Kalayci, Christian Popow, Thomas Waldhör, Dietmar Winkler, Zelina Özlü-Erkilic

Nom-Type de revue :

L'article a été soumis dans « Neuro-psychiatrie, vereinigt mit psychiatrie & psychothérapie ».

Lieu de l'étude :

L'étude a eu lieu à Vienne, en Autriche, au sein du Département Psychiatrique ambulatoire de l'Enfant et de l'Adolescent de l'Hôpital Universitaire de Vienne, de janvier 2008 à décembre 2010.

Objectifs pratiques :

Identifier les principales différences entre les motifs de consultation des enfants et des adolescents migrants et non migrants au service des Urgences Psychiatriques afin de démontrer l'importance de la prévalence des problèmes liés à la santé mentale des migrants mineurs.

2. Objet de l'article

Objet de la recherche :

L'objet de la recherche porte sur les différents motifs de consultation des enfants et adolescents migrants et non migrants aux urgences psychiatriques.

Question de recherche :

Elle n'est pas clairement écrite dans l'étude mais peut être déduite comme étant : les motifs de consultation aux urgences psychiatriques pour enfants et adolescents sont-ils identiques pour les mineurs migrants et non migrants ?

3. Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

L'étude s'est basée sur l'analyse de données obtenues à partir des dossiers médicaux de tous les patients âgés entre 4 et 18 ans, qui ont consulté au service ambulatoire des Urgences Psychiatriques pour enfants et adolescents de l'Hôpital Universitaire de Vienne entre janvier 2008 et décembre 2010.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion :

De janvier 2008 à décembre 2010, ce sont 1821 enfants et adolescents, migrants et non migrants, qui ont consulté aux urgences psychiatriques.

Sur ce nombre total, l'analyse s'est portée uniquement sur les données de 1718 patients âgés entre 4 et 18 ans. Les critères d'exclusion des 103 patients ne sont pas spécifiés.

Sur les 1718 patients âgés entre 4 et 18 ans, les critères d'inclusion pour l'analyse sont :

- Enfants et adolescents âgés entre 4 et 18 ans
- De nationalité autrichienne ou migrants en provenance de la Turquie et de l'Ex Yougoslavie.

En fonction de ces critères d'inclusion, ce sont les dossiers médicaux de 1093 patients qui ont été sélectionnés et analysés :

- 800 patients non migrants (de nationalité autrichienne)
 - 293 patients migrants, originaires de Turquie (130) et de l'Ex Yougoslavie (163)
- Excluant 625 patients qui ne remplissaient pas les critères de sélection.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude observationnelles étiologique, type cas-témoin.

4. Présentation des résultats

Principaux résultats :

L'analyse des dossiers médicaux des 1093 patients retenus pour l'étude a permis d'obtenir plusieurs résultats :

- I. Echantillon de l'étude → Plus de la moitié (59.4%) des patients mineurs qui ont consulté aux urgences psychiatriques sont migrants. La moyenne d'âge des patients était de 14.6 ans, avec une majorité de patients entre 12 et 18 ans (83.6%). La majorité des patients (60.3%) ont consulté aux urgences psychiatriques pour la première fois.
- II. Motifs de consultation → Les motifs de consultation les plus fréquents sont : les troubles liés au stress (20.3%), les troubles du comportement (13.9%) et les tentatives de suicide (13.4%).
 Pour les patients non migrants, le premier motif de consultation est : crise d'angoisse lié au stress (20.9%). Pour les patients migrants originaires de la Turquie, le premier motif de consultation est la tentative de suicide (23.1%), suivi des troubles liés au stress (19%). Pour les patients migrants originaires de l'Ex Yougoslavie, le premier motif de consultation est : les troubles liés au stress (19%), suivi de la tentative de suicide (16.6%).

5. Limites et éthique de l'étude

Limites :

- Certaines données concernant les migrants manquent, probablement à cause de la barrière de la langue.
- Les données sur les migrants analysées dans cette étude concernent uniquement les migrants originaires de la Turquie et de l'ex Yougoslavie (Serbie, Croatie et Bosnie) vivant à Vienne. C'est pourquoi les résultats de l'étude ne peuvent être généraliser pour les autres migrants vivant à Vienne.

Ethique :

Le Comité d'Ethique de l'Hôpital Universitaire de Vienne a approuvé le protocole de l'étude.

6. Démarche interprétative

Apports de l'article :

Cet article amène une piste réflexive autour de l'efficacité de la prise en soin de la santé mentale des migrants mineurs. Il soulève le fait que le nombre de migrants mineurs dans le monde est élevé et que la majorité des études valables sur cette population cible sont focalisées sur les problèmes de santé physiques, comme les infections ou les problèmes dentaires. Les recherches concernant les problèmes de santé mentaux qu'ils rencontrent, sont, quant à elle, rares.

Les résultats de cette recherche démontrent à quel point les problèmes de santé mentaux sont présents auprès de cette population si vulnérable et qu'il existe un réel fossé entre ce qu'on pourrait qualifier de « l'offre et la demande ».

Pistes de réflexion :

- Comment expliquer le peu d'intérêt que porte la recherche scientifique autour de la santé mentale des migrants mineurs ?

- Une prise en soin primaire autour de la santé mentale de cette population serait-elle efficace pour faire diminuer le taux important d'apparition de troubles mentaux ?

Fiche de lecture n°4:

The efficacy of a group cognitive behavioral therapy for war-affected young migrants living in Australia : a cluster randomized controlled trial

1. Cadre général

Auteurs :

Chew S. Ooi, Rosanna M. Rooney, Clare Roberts, Robert T. Kane, Bernadette Wright et Nikos Chatzisarantis

Nom-Type de revue :

L'article a été soumis pour le cadre clinique de « Psychology », une section du journal se nommant « Les frontières de la psychologie ».

Lieu de l'étude :

L'étude a eu lieu en Australie.

Objectifs pratiques :

Une grande partie de la littérature sur l'être humain des enfants directement ou indirectement affectés par un traumatisme lié à la guerre a régulièrement enregistré la présence de troubles de stress post-traumatique et d'autres troubles. Cependant, il existe toujours une ambiguïté entourant le pourcentage d'enfants qui développent un TSPT résultant d'une exposition à un traumatisme de guerre. Le taux et la gravité varient considérablement selon les variables, y compris, mais sans s'y limiter, l'âge, la méthodologie, le pays d'origine et le profil d'exposition.

2. Objet de l'article

Objet de la recherche :

Le but de cette étude est d'examiner l'efficacité de la TRT « teaching recovery technique » dans l'amélioration comportementale et émotionnelle d'enfants ayant été affectés par la guerre et s'étant par la suite établis en Australie.

Question de recherche :

La question n'est pas explicitée mais elle peut être interprétée telle quelle : peut-on objectiver une amélioration dans les symptômes du TSPT et dans d'autres troubles psychiatriques avec la « teaching recovery technique » ?

Principaux concepts :

La thérapie cognitivo-comportementale est l'une des approches qui ont fait l'objet d'études approfondies auprès des survivants d'un traumatisme, y compris les enfants atteints du TSPT résultant d'ouragans, d'accidents de la route et d'abus sexuels. Murray, Davidson et Schweitzer ont plaidé en faveur de la mise en œuvre de cette thérapie auprès des enfants réfugiés traumatisés en raison de sa nature axée sur les compétences et limitée dans le temps.

3. Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

Une conception d'RCT en grappe avec un pré-test, post-test et un suivi de 3 mois a été employé. La conception à plusieurs niveaux était appropriée car les participants étaient imbriqués dans des écoles. Le recrutement pour l'étude a été achevé avant d'attribuer les participants et les écoles aux conditions. Pour améliorer l'équivalence de groupe, les écoles ont été jumelées par type d'école et niveau scolaire.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion :

Une analyse en à priori a été menée pour déterminer la taille de l'échantillon nécessaire pour détecter un effet d'interaction faible à modéré entre le groupe et le temps à un test alpha de 0,05. Selon G power, cette estimation est de 90 participants. Un total de 82 participants ont été recrutés à partir de 11 écoles dans les régions métropolitaines de Perth.

Les critères d'inclusion étaient l'exposition spontanée à la guerre ou à la violence, vivant en Australie depuis moins de 7 ans et un niveau léger à modéré de TSPT indiqué par un score entre 4 et 38 sur l'indice UCLA de stress post-traumatique du DSM-V.

Les critères d'exclusion étaient un niveau clinique de TSPT indiqué par un score de 38 et plus sur l'indice de l'UCLA, une compétence limitée en anglais déterminée par les enseignants et les évaluateurs des participants, un participant humanitaire non accompagné et un traitement psychologique en cours.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude expérimentale interventionnelles, type essai clinique.

4. Présentation des résultats**Conclusion générale :**

Le résultat de cette étude suggère le bénéfice du TRT sur la dépression mais pas sur les symptômes du PTSD, les comportements d'intériorisation et d'extériorisation et le fonctionnement psychosocial. La complexité de la santé mentale des enfants touchés par les traumatismes de guerre, la diversité des interventions et la rareté des études rigoureuses justifient des études plus poussées.

Outre les limitations décrites ci-dessus, une explication possible des effets sur la dépression par rapport au PTSD est que, selon le modèle cognitif du TSPT, les évaluations négatives persistantes du traumatisme et des symptômes contribuent aux émotions négatives et aux stratégies d'adaptation inadaptées.

5. Limites et éthique de l'étude**Limites :**

L'étude a plusieurs limites qui affectent l'interprétation, y compris la petite taille de l'échantillon, la conception de la liste d'attente d'intervention qui ne contrôle pas les facteurs spécifiques non liés au traitement et l'absence de groupe témoin lors du suivi. De plus, la complexité des facteurs liés à la personnalité et au contexte, entrelacés avec les différences culturelles des échantillons de l'étude, ont eu une incidence sur les résultats. Le large éventail de taille des groupes d'intervention sur chaque site d'intervention en raison de difficultés de recrutement peut avoir affecté la dynamique du groupe et les résultats possibles de l'étude. Les futurs chercheurs devraient envisager de comparer l'intervention avec un groupe témoin placebo afin de dégager les effets thérapeutiques des facteurs spécifiques non liés au traitement.

Ethique :

Le comité d'éthique de la recherche humaine de l'université Curtin a reçu l'approbation éthique en juillet 2008 et l'enregistrement a été effectué en septembre 2011 auprès du registre australien des essais cliniques. Le recrutement a été achevé en mars 2010 en identifiant un registre. Les auteurs confirment que tous les essais en cours et connexes pour cette intervention menée par les auteurs sont enregistrés.

6. Démarche interprétative

Apports de l'article & pistes de réflexion :

L'étude actuelle est considérée comme la première à avoir étudié le changement fiable des enfants réfugiés recevant cette intervention. Les résultats ne montrent aucune différence significative entre les enfants des deux groupes, même si plus d'enfants dans la condition d'intervention ont fait une amélioration fiable (21% pour le SSPT et 12% sur les scores de dépression) par rapport aux enfants témoins. Il pourrait être intéressant pour la recherche future d'examiner si ces différences sont le résultat d'une relation dose-réponse en thérapie.

Fiche de lecture n°5:

Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors

1. Cadre général

Auteurs :

Marianne Vervliet, Jan Lammertyn, Eric Broekaert, Ilse Derluyn

Nom-Type de revue :

L'article a été soumis dans « Springer-Verlag Berlin Heidelberg (2013) ».

Lieu de l'étude :

L'étude a eu lieu dans les centres d'accueil où tous les nouveaux arrivants migrants mineurs non accompagnés (MNA) sont pris en soin, en Belgique, mais a été publiée à Berlin (Allemagne).

Objectifs pratiques :

Cette étude vise à analyser l'évolution de l'état de santé mentale des MNA pendant leur première année et demie de vie en Belgique.

2. Objet de l'article

Objet de la recherche :

L'objet de la recherche porte sur l'évolution de la santé mentale des migrants mineurs non accompagnés depuis leur arrivée en Belgique à 18 mois plus tard. Il s'agit de la première étude qui est axée sur le bien-être psychologique des MNA au cours du temps.

Question de recherche :

Elle n'est pas clairement définie mais on pourrait la décrire comme étant : quels sont les facteurs qui influent sur l'évolution de la santé mentale des MNA ?

Hypothèse de travail :

Cette étude démontre que l'état mental des MNA est déjà fragilisé par le parcours migratoire et, 18 mois après leur arrivée en Belgique, il est encore plus fragilisé par d'autres facteurs comme le phénomène d'acculturation, la barrière de la langue, le rejet de la société, la discrimination.

3. Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

La méthode utilisée dans cette étude pour la récolte de données s'est axée sur 4 questionnaires :

1. Un questionnaire socio démographique concernant l'âge, le sexe, le pays d'origine, le passé familial, le niveau scolaire, à quand remonte l'arrivée en Belgique et le type de procédure lancée (demandeurs d'asile ?).

2. 3 tests à but auto évaluatif sont distribués : le « Hopkins Symptom Checklist-37A », porte sur les symptômes de l'anxiété et de la dépression. Les répondants doivent choisir entre 4 possibilités de réponses, allant de « pas du tout » à « beaucoup » ; le « Stressful Life Events questionnaire » qui porte sur 12 différentes sortes d'événements traumatisants comme la séparation familiale, la guerre, les abus de violence ou les abus sexuels. Les répondants sont invités à répondre par « oui » ou « non » ; et le « Reactions of Adolescents to Traumatic Stress questionnaire (RATS) », qui investigate la présence ou non des symptômes du trouble de stress post traumatique, en utilisant 22 items qui sont en parallèle avec les symptômes du TSPT du DSM-IV. Les répondants ont le choix entre 4 réponses possibles allant de « pas du tout » à « beaucoup ».

L'étude s'est déroulée en 3 temps. T1 représente l'arrivée des migrants mineurs non accompagnés en Belgique. En T1, les 4 questionnaires sont effectués. T2 représente 6 mois plus

tard. Les 4 questionnaires sont à nouveau distribués et effectués, auprès des mêmes migrants mineurs non accompagnés sélectionnés pour T1. T3 représente 18 mois plus tard, où les 4 questionnaires sont distribués et effectués pour la dernière fois, toujours auprès des mêmes migrants mineurs non accompagnés de T1 et T2.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion :

La population de l'étude est composée de tous les migrants mineurs de 14 ans à 18 ans qui sont arrivés dans un des centres d'accueil en Belgique entre août et octobre 2009 et entre juillet et février 2011. Au total, 111 migrants mineurs non accompagnés ont accepté de participer à cette étude.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude observationnelle étiologique, type étude de cohorte.

4. Présentation des résultats

Principaux résultats :

Pour T1 : Sur les 111 MNA, 8 ont finalement décidé de ne plus participer à l'étude au moment où les questionnaires ont été distribués → 103 MNA en T1.

Pour T2 : Sur les 103 MNA de départ, 24 d'entre eux, soit 23.3%, ont décidé d'abandonner car ils ont trouvé que ces questionnaires trop émouvants. Ce qui fait qu'en T2, ils étaient 79 MNA.

Pour T3, 15 participants ont abandonné car cela représentait trop d'émotions pour eux et sur les 24 MNA qui avaient décidé d'abandonner, 17 d'entre eux ont accepté d'effectuer les questionnaires en T3. → Pour T3, 77 MNA ont participé.

Les résultats des auto-évaluations portant sur l'investigation de la présence des symptômes du TSPT ont mis en évidence que :

A T1 : 26% présentent de l'anxiété, 33 % une dépression, ce qui mène à un total de 48% qui sont à risque de développer un TSPT.

A T2 : 24% présentent de l'anxiété, 25% une dépression, ce qui mène à un total de 43% qui sont à risque de développer un TSPT.

A T3 : 27% présentent de l'anxiété, 26% une dépression, ce qui mène à un total de 43% qui sont à risque de développer un TSPT.

5. Limites et éthique de l'étude

Limites :

Le fait d'avoir effectué cette étude en 3 temps, T1 = arrivée en Belgique, T2= 6 mois après et T3= 18 mois après, a fait perdre des participants à l'étude.

Certains des MNA entre T1 et T2 et T2 et T3 ont été contactés par téléphone ou emails pour effectuer les questionnaires ce qui n'est pas aussi fiable qu'un entretien face à face.

Ethique :

Le Comité d'Ethique de la Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education de l'Université de Ghent a approuvé l'étude.

6. Démarche interprétative

Apports de l'article & pistes de réflexion :

Cette étude amène à réfléchir quant à l'insertion dans la société des MNA. Les résultats de cette étude démontrent qu'en plus des facteurs migratoires qui ont un impact sur la santé mentale des MNA, d'autres facteurs vont venir s'ajouter et fragiliser encore plus leur état mental. En ce qui

concerne les facteurs migratoires, les pays d'accueil des MNA et des migrants de manière globale, n'ont aucun impact dessus. En revanche, sur les facteurs comme la discrimination, l'insertion sociale, l'accès aux soins etc. les pays d'accueil peuvent intervenir.

Fiche de lecture n°6:

Responses to conflict, family loss and flight : posttraumatic stress disorder among unaccompanied refugee minors from Africa

1. Cadre général

Auteurs :

Sabine Völkl-Kernstock, Nirankan Karnik, Michaela Mitterer-Asadi, Elisabeth Granditsch, Hans Steiner, Max H. Friedrich, Julia Huerner

Nom-Type de revue :

Neuro-psychiatrie associée à « psychiatrie & psychothérapie »

Lieu de l'étude :

L'étude a eu lieu en Autriche.

Objectifs pratiques :

Enquêter sur les mineurs réfugiés africains non accompagnés (URM) vivant en Autriche pour la prévalence des troubles de stress post-traumatique et les symptômes associés, les comorbidités, la démographie et les stratégies d'adaptation.

2. Objet de l'article

Objet de la recherche :

Plusieurs études décrivent les URM comme étant un groupe hautement vulnérable, montrant des fréquences significativement plus élevées de psychopathologies par rapport aux mineurs réfugiés accompagnés avec des taux de prévalence du trouble de stress post-traumatique.

Hypothèse de travail :

Les auteurs ont supposé qu'il y aurait un taux de prévalence plus élevé des symptômes du TSPT chez les URM comparativement aux taux déclarés chez les mineurs réfugiés accompagnés.

Principaux concepts :

Suite à l'hypothèse de base du travail effectué, les auteurs ont procédé comme ceci :

- Il a été émis l'hypothèse que les symptômes du TSPT étaient significativement corrélés avec la dépression de l'état et les scores d'anxiété.
- Ensuite, une corrélation a été établie entre le pays d'origine et les raisons de la fuite, en tenant compte de la situation sociopolitique actuelle dans certains pays africains.

- En plus des hypothèses exploratoires mentionnées, les auteurs ont cherché à évaluer de manière discriminative les variables sociodémographiques et traumatologiques pertinentes.

3. Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

"UCLA indice et l'inventaire PTSD" et "échelles pour les enfants touchés par la guerre et la persécution" ont été utilisés pour évaluer 41 URM.

Les adolescents ont été évalués plusieurs jours consécutifs. L'administration de toute la procédure de test a pris plusieurs heures chaque jour. La séquence d'administration du test a été maintenue tout au long des évaluations. Les auteurs ont porté une attention particulière aux preuves de fatigue et d'épuisement et ont travaillé cliniquement pour restaurer la motivation et la continuité.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion :

Un total de 41 URM ont participé à l'étude. L'âge variait de 15 à 18 ans, 35 participants étant des hommes et six des femmes. La majorité des sujets venaient de Gambie, de Somalie et du Nigéria: ces trois pays représentaient le plus grand nombre de URM en quête d'asile en Autriche au moment de l'évaluation. Les URM n'étaient pas menacés d'expulsion immédiate car tous avaient des procédures en cours pour l'octroi du droit d'asile. Les critères d'inclusion étaient les suivants: 1) les réfugiés africains de sexe féminin ou masculin résidant en Autriche dans des logements résidentiels URM et non menacés d'expulsion immédiate, 2) ceux non accompagnés de parents ou de familles proches et âgés de 15 à 18 ans, 3) ceux qui ont une connaissance suffisante de la langue anglaise.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude observationnelle étiologique, type cas-témoin.

4. Présentation des résultats

Principaux résultats :

Plusieurs études ont révélé que les adolescents, les réfugiés affectés par la guerre sont exposés à un risque accru de développer des problèmes de santé mentale. La prévalence du TSPT dans ces études varie de 37 à 52% par rapport à leurs pairs.

La sévérité du traumatisme est un prédicteur significatif de la réponse au traumatisme.

L'évaluation du TSPT dans la présente étude a révélé que 17,1% des URM répondaient aux critères complets et 29,3% répondaient à des critères partiels. Ces scores sont inférieurs à ceux rapportés dans les études précédentes sur les mineurs réfugiés et URM. Le pourcentage élevé d'adolescents répondant à des critères partiels pourrait être dû à un degré de résilience relativement plus élevé dans cette population.

Les auteurs ont émis l'hypothèse que le diagnostic de TSPT serait en corrélation avec l'anxiété, la dépression et les échelles de somatisation évaluées. La corrélation incohérente entre le diagnostic de TSPT et la dépression pourrait indiquer un manque de sensibilité culturelle des questionnaires utilisés.

En termes de stratégies d'adaptation, "la prière" et "essayer de se détendre" étaient les plus fréquemment utilisés. Fait intéressant, en ce qui concerne l'évaluation des sentiments de vengeance, les participants ont surtout évité d'utiliser la violence interpersonnelle comme stratégie d'adaptation.

- Prévalence du PTSD

La prévalence du TSPT a été évaluée avec l'indice PTSD de l'UCLA pour le DSM-IV. Les résultats ont révélé que 17% remplissaient les critères complets et 29,3% répondaient aux critères partiels pour le TSPT. (ce qui signifie qu'il existe un risque probable d'avoir ou d'en développer).

- PTSD co-morbidités

Lors de la mise en corrélation des scores du TPST avec les échelles d'anxiété, de somatisation et de dépression, une corrélation positive moyenne entre l'échelle d'anxiété et le diagnostic complet a été trouvée.

5. Limites et éthique de l'étude

Limites : La présente étude s'est concentrée sur l'évaluation des paramètres psychopathologiques chez un échantillon très spécifique d'adolescents issus d'un milieu particulièrement vulnérable. L'échantillon est relativement petit : cela est dû à l'accessibilité difficile envers cette population. Il y avait des problèmes dans l'établissement des nominations, des conditions de vie instables, des engagements en termes d'aspects légaux et organisationnels et des insécurités avec des paramètres d'entrevue.

Ethique :

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université médicale de Vienne. Avec l'aide d'une organisation non gouvernementale qui fournit des conseils aux migrants et aux réfugiés, tous ceux résidant dans des logements résidentiels URM sous la responsabilité du système de protection sociale autrichien ont été invités à participer à l'étude. L'étude et ses instruments ont été présentés aux administrateurs responsables de chaque établissement participant, et leur consentement oral a été obtenu.

6. Démarche interprétative

Pistes de réflexion :

En termes d'implications cliniques et de services, les résultats soulignent en particulier le besoin d'évaluations à long terme et multi-méthodes de ces jeunes.

La désirabilité sociale pourrait affecter leurs réponses d'une manière pertinente, un aspect qui pourrait avoir une grande importance clinique dans le cadre des procédures juridiques du processus de demande d'asile.

En outre, les approches thérapeutiques devraient prendre en considération le pays d'origine de l'URM et leurs antécédents, car ils pourraient influencer sur le degré et l'ampleur de leur traumatisme. De plus, l'évaluation des stratégies d'adaptation pourrait aider à soutenir les processus de rétablissement au cours d'un contexte thérapeutique.

Fiche de lecture n°7 :

Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors : a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care

1. Cadre général

Auteurs :

Raziye Salari, Cariz Malekian, Linda Linck, Robert Kristiansson & Anna Sarkadi.

Nom-Type de revue :

Cet article a été publié dans le « Scandinavian Journal of Public Health » en 2017.

Lieu de l'étude :

L'étude a été réalisée au centre de soins pour les requérants d'asile à Uppsala en Suède, de l'automne 2015 au printemps 2016.

Objectifs pratiques :

Le premier objectif de l'étude est de déterminer comment le questionnaire CRIES-8 peut être utilisé comme un outil efficace pour le dépistage des symptômes du syndrome de stress post traumatique chez les migrants mineurs non accompagnés (MNA). Le second objectif est de fournir une estimation de la prévalence de ces symptômes chez les MNA.

2. Objet de l'article

Objet de la recherche :

L'intégration du questionnaire CRIES-8 (spécifique aux enfants) pendant les premiers contrôles de santé gratuits, qui sont offerts à tous les nouveaux requérants d'asile qui arrivent en Suède.

Question de recherche :

Elle n'est pas clairement définie dans l'étude mais peut être déduite comme étant : l'utilisation du CRIES-8 pendant les premiers contrôles de santé est-il un outil fiable pour le dépistage des symptômes de stress post traumatique des MNA ?

Hypothèse de travail :

Elle n'est pas clairement écrite mais peut être déduite comme étant : Si tous les professionnels de la santé qui s'occupent d'effectuer les premiers contrôles de santé des MNA utilisaient le CRIES-8, alors le dépistage des symptômes du stress post traumatique serait fait rapidement et permettrait de les identifier et de les traiter rapidement afin de limiter au mieux ses effets néfastes sur leur santé.

3. Méthodologie de la recherche

Outils pour la récolte de données :

L'étude a été réalisée sur une période d'environ un an, entre l'automne 2015 et le printemps 2016, à l'aide de l'outil CRIES-8. Le CRIES-8 s'inspire du questionnaire « The impact of Event Scale (IES) », qui est une mesure d'autoévaluation auprès des requérants d'asile adultes évaluant la détresse subjective causée par des événements traumatiques. Cet outil est composé de 15 items, dont 14 correspondent directement aux 17 symptômes du syndrome du stress post traumatique du DSM-IV. Les répondants sont invités à identifier un événement de vie stressant spécifique. Considéré comme étant trop compliqué pour les enfants, le IES a été modifié en une autre version, le CRIES-8, afin de convenir aux enfants de 8 à 18 ans. Le CRIES-8 contient 8 items. Chacun d'entre eux sont dotés de 4 possibilités de réponse associées à des points : - pas

vraiment (0), - rarement (1), - parfois (3), - souvent (5). Le score total est obtenu en additionnant le nombre de point obtenu pour chacun des 8 items. Plus le score est élevé, plus il démontre le risque d'apparition du syndrome de stress post traumatique.

Population de l'étude (échantillonnage) + critères d'inclusion-exclusion :

La population de l'étude est composée de migrants mineurs non accompagnés âgés de 9 à 18 ans. L'étude s'est uniquement basée sur les données récoltées dans un seul des centres pour requérants d'asile. Les critères d'inclusion et d'exclusion ne sont pas réellement précisés. La méthode utilisée consiste à ce que chaque professionnel de la santé qui effectue un contrôle de santé d'un MNA effectue le CRIES-8. Le CRIES-8 est disponible en plus de 20 langues, y compris le suédois, le perse, le dari (langue parlée en Afghanistan), le kurde ou encore l'arabe. Si les enfants sont illettrés, le soignant effectue le CRIES-8 avec eux. Si un enfant ne sait lire ou écrire et que le soignant ne parle pas la langue, des interprètes sont à disposition. Au total, 208 MNA ont participé à l'étude.

Type d'analyse :

Il s'agit d'une étude expérimentale interventionnelle, de type interventions.

4. Présentation des résultats

Principaux résultats :

208 MNA ont participé à l'étude. La majorité des participants sont des hommes (97.6%), âgés entre 9 et 18 ans en provenance : de l'Afghanistan (81.4%), de l'Iran (5.8%), de la Syrie (5.4%), de l'Irak (2.4%), et du Pakistan, de la Somalie, de l'Erythrée et de l'Ethiopie (1% chacun). Sur le nombre total de participants, seulement 39.4% d'entre eux ont été capables de lire et de répondre au questionnaire eux-mêmes. Dans 44.5% des cas, le questionnaire a été lu par un interprète.

Sur les 208 questionnaires effectués, 159 d'entre eux, soit 76.4%, ont obtenu un score élevé, ce qui représente donc un grand risque d'apparition du syndrome de stress post traumatique.

Conclusion générale :

L'étude soutient que le CRIES-8 peut être utilisé comme un outil de dépistage du syndrome de stress post traumatique auprès des MNA. L'étude suggère que le CRIES-8 devrait être intégré aux premiers contrôles de santé et appuie sur le fait que c'est un questionnaire rapide et simple à réaliser ; il s'agit uniquement de prendre l'habitude de l'intégrer dans les soins.

5. Limites et éthique de l'étude

Limites :

- Le nombre total de questionnaires distribué n'est pas mentionné.
- Le nombre total de MNA dans le centre en question dans l'étude n'est pas mentionné.
- Comme l'étude a été réalisée uniquement dans un seul centre pour les requérants d'asile, elle ne reflète donc pas des résultats sur l'ensemble des MNA présents en Suède.

Ethique :

Le Comité d'Ethique Régional d'Uppsala a approuvé l'étude.

6. Démarche interprétative

Apports de l'article :

L'importante augmentation du nombre de réfugiés en Europe représente un enjeu majeur de santé publique. La présente étude soulève le fait que le nombre de migrants mineurs non

accompagnés en Suède ne cesse d'augmenter ; ils étaient 398 en 2005, 7049 en 2014 et en 2015, 35'369 ! Beaucoup d'enfants ont dû fuir la guerre, ont dû faire face à l'exposition de conflits armés, ont été séparés de leur famille et ont perdu leur sécurité. Tous ces événements associés aux difficultés rencontrées sur le parcours migratoire ont un impact sur la santé mentale des MNA. Comme le démontre l'étude, ce n'est donc pas une surprise que le syndrome de stress post traumatique est présent au sein de cette population vulnérable que sont les MNA.

L'étude met également en avant que le syndrome de stress post traumatique a un impact néfaste concernant l'intégration dans la société des MNA, qui à son tour aura un impact néfaste sur leur santé mentale. Il s'agit donc en quelques sortes d'un cercle vicieux, c'est pourquoi il est primordial d'identifier rapidement les enfants à risque de développer un syndrome de stress post traumatique afin de pouvoir le traiter au plus vite.

Rapport-Gratuit.com