

**« LA PRISE EN SOINS AMBULATOIRE DES MINEURS NON
ACCOMPAGNÉS ATTEINTS DE TROUBLES PSYCHIQUES
LIÉS AU PARCOURS MIGRATOIRE »**

TRAVAIL DE BACHELOR

OLIVEIRA BARROS Barbara – N°18543983

RIBEIRO ARAÚJO Jessica – N°16339558

Directeur-trice : **FORESTIER Aline** – Maître d’enseignement HEdS, PhD Sc
Inf, MSc Psychologie Clinique

Membre du jury externe : **CANCEDDA Roseline** – Infirmière spécialisée en Santé de
l’enfant, de l’adolescent et de la famille, Consultation Santé
Jeunes

Genève, le 9 juin 2021

DÉCLARATION

« Ce travail de Bachelor a été réalisé dans le cadre d'une formation en soins infirmiers à la Haute école de santé - Genève en vue de l'obtention du titre de *Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers* ». L'utilisation des conclusions et recommandations formulées dans le travail de Bachelor, sans préjuger de leur valeur, n'engage ni la responsabilité des auteurs, ni celle du directeur du travail de Bachelor, du juré et de la HEdS.

Nous attestons avoir réalisé seules le présent travail sans avoir plagié ou utilisé des sources autres que celles citées dans la bibliographie.

Fait à Genève le 9 juin 2021,

Barbara OLIVEIRA BARROS



Jessica RIBEIRO ARAÚJO



« Les infirmières ont quatre responsabilités essentielles : promouvoir la santé, prévenir la maladie, restaurer la santé et soulager la souffrance. Les besoins en soins infirmiers sont universels. Le respect des droits de l'homme, et notamment les droits culturels, le droit à la vie et au libre choix, à la dignité et à un traitement humain fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe, d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ou de statut social. »

(Conseil International des Infirmières (CII), 2012, p.2)

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous tenions à remercier Mme Aline Forestier pour ses précieux conseils, pour ses suivis réguliers et pour son accompagnement tout au long de notre Travail de Bachelor. Sa bienveillance et son empathie nous ont permis de nous surpasser tout en étant soutenues et comprises.

Nous remercions l'experte du terrain, Mme Roseline Cancedda, pour l'intérêt qu'elle a envers notre travail, pour sa disponibilité ainsi que pour sa participation au moment de la soutenance.

Nous remercions également nos familles, nos amis et spécialement Ivan et Rafael pour leur soutien sans faille et pour leur présence quotidienne. Leur encouragement nous a incitées à donner le meilleur de nous-mêmes lors des difficultés rencontrées.

Un grand merci à Justine pour le temps accordé à la correction de ce Travail.

Un merci particulier à Mme Noelia Delicado pour son encouragement lors de notre choix de sujet, pour ses remarques constructives et sa bonne humeur contagieuse lors des séminaires de Recherche.

Mais surtout, nous tenions à nous remercier mutuellement pour notre soutien dans les bons comme dans les mauvais moments, pour notre bonne cohésion de groupe et pour l'implication de chacune dans ce travail qui nous tient particulièrement à cœur.

RÉSUMÉ

Introduction : Les Mineurs Non Accompagnés subissent différentes épreuves lors de leur parcours migratoire et sont à risque de développer par la suite une souffrance psychique. La prise en soins de ces mineurs est essentielle pour pouvoir les accompagner dans leur processus d'auto-transcendance, la capacité à dépasser ses propres limites. Ce travail répond à la question de recherche suivante : « Quelles interventions infirmières en ambulatoire pourraient améliorer la santé mentale des mineurs non accompagnés (MNA) en situation de souffrance psychique ? »

Méthode : Une revue de littérature a été effectuée sur les bases de données PubMed et CINAHL à l'aide de la méthode PICOT entre février 2020 et février 2021.

Résultats : Six articles ont été sélectionnés et analysés pour cette revue de littérature et synthétisés à l'aide de tableaux comparatifs. Trois thèmes et leurs sous-thèmes ont été identifiés suite à cette analyse : Santé mentale (troubles liés au parcours migratoire, troubles liés à l'arrivée et bien-être), Compétences culturelles (du professionnel et du MNA) et Stratégies d'adaptation (interactions sociales, famille, activités physiques, activités artistiques et relaxation).

Discussion/Conclusion : La théorie de l'auto-transcendance de Reed a été mise en avant afin de cibler les interventions susceptibles d'améliorer le bien-être du MNA et sa capacité d'auto-transcendance. Il est important pour l'infirmière de disposer de compétences culturelles, d'établir un lien de confiance avec le jeune sans le stigmatiser, de favoriser son inclusion par le biais d'activités, d'être promotrice de la santé, d'user de sa compétence d'advocacy et de favoriser l'empowerment du MNA. Plusieurs recommandations ont été proposées pour la recherche, l'enseignement et la clinique.

Mots-clés :

Mineur non accompagné – Migrants – Détresse psychique – Auto-transcendance – Soins Infirmiers – Soins ambulatoires

Unaccompanied minor – Migrants and transients – Psychological distress – Self-transcendence – Nursing care – Ambulatory care

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AT	Auto-Transcendance
CES-D	Center of Epidemiological Studies Depression Scale
CII	Conseil International des Infirmières
CINAHL	Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature
CLS	Current Life Satisfaction
CRIES	Children's Impact of Event Scale
CYRM	Child and Youth Resilience Measure
E	Équations de recherche
EC	Équations de recherche sur la base de données CINAHL
ELS	Expected Life Satisfaction
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
EP	Équations de recherche sur la base de données PubMed
EXIT	Expressive arts In Transition
FFF	Fast Feet Forward
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale
HEdS	Haute École de Santé - Genève
HES-SO	Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale
HeTOP	Health Terminology/Ontology Portal
HSCL-25	The Hopkins Symptom Checklist-25
HTQ	Harvard Trauma Questionnaire
IWRTE	Impact of War-Related Traumatic Events
LAU	Life As Usual
LEC-5	Life Events Checklist
MeSH	Medical Subject Headings
MNA	Mineurs Non Accompagnés
MSSI	Multi-Sectorial Social Support Inventory
OFS	Office Fédéral de la Statistique
OIM	Organisation Internationale pour la Migration
ONU	Organisation des Nations Unies
OSAR	Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés
PCL-5	Post-traumatic Stress Disorders Checklist
PHQ-9	Patient Health Questionnaire

PICOT	Patient – Intervention – Comparaison – Outcome - Temporalité
PubMED	Public/Publisher MEDLINE
RMA	Requérants Mineurs Accompagnés
RMNA	Requérants Mineurs Non Accompagnés
SDQ	Strenghts and Difficulties Questionnaire
SLE	Serious Life Events
SSI	Service Social International
SSS-8	Somatic Symptoms Scale
SSPT	Syndrome de Stress Post-Traumatique
SUD	Subjective Unit of Disturbance
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UNHCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Comité National du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VOC	Validity of Cognition

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Méthode PICOT.....	27
Tableau 2. Termes pour les équations de recherche.....	28
Tableau 3. Équations de recherche PubMED.....	29
Tableau 4. Équations de recherche CINAHL.....	29
Tableau 5. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique.....	41
Tableau 6. Tableau synoptique.....	47

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Demande d'asile en Suisse.....	12
Figure 2. Diagramme de flux.....	31
Figure 3. Prise en Soins Infirmière des MNA.....	57

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	2
Remerciements.....	4
Résumé.....	5
Liste des abréviations.....	6
Liste des tableaux.....	7
Liste des figures.....	7
1. Introduction.....	11
2. Problématique.....	12
2.1. Contexte.....	12
2.2. Définitions.....	12
2.3. Épidémiologie.....	14
2.3.1. Migrants.....	14
2.3.1.1. Au niveau mondial.....	14
2.3.1.2. Au niveau national.....	14
2.3.2. Migrants mineurs.....	14
2.3.2.1. Au niveau mondial.....	14
2.3.2.2. Au niveau européen.....	15
2.3.2.3. Au niveau national.....	15
2.3.2.4. Au niveau cantonal.....	15
2.4. Vécu des RMNA.....	16
2.4.1. Parcours migratoire.....	16
2.4.2. Impact sur la santé.....	17
2.5. Complexité de la prise en soins infirmière.....	19
2.6. Question de recherche initiale.....	21
3. Modèle théorique.....	23
3.1. La théorie de l'auto-transcendance.....	23
3.2. Ancrage disciplinaire.....	23
3.2.1. Métaconcepts.....	23
3.2.1.1. La personne.....	24
3.2.1.2. Le soin.....	24

3.2.1.3. La santé.....	24
3.2.1.4. L'environnement.....	25
3.2.2. Les concepts de l'AT.....	25
3.2.2.1. L'auto-transcendance.....	25
3.2.2.2. Le bien-être.....	26
3.2.2.3. La vulnérabilité.....	26
3.2.2.4. Importance des 3 concepts pour le bien-être d'une personne.....	26
3.3. Question de recherche finale.....	27
4. Méthode.....	28
4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire.....	28
4.2. Diagramme de flux.....	32
4.3. Articles retenus.....	33
5. Résultats.....	34
5.1. Résultats généraux.....	34
5.2. Analyse par thèmes.....	36
5.2.1. Santé mentale.....	36
5.2.1.1. Troubles liés au parcours migratoire.....	36
5.2.1.2. Troubles liés à l'arrivée.....	36
5.2.1.3. Bien-être.....	37
5.2.2. Compétences culturelles.....	38
5.2.2.1. Professionnel.....	38
5.2.2.2. MNA.....	38
5.2.3. Stratégies d'adaptation.....	39
5.2.3.1. Interactions sociales.....	39
5.2.3.2. Activités physiques.....	40
5.2.3.3. Activités artistiques.....	40
5.2.3.4. Famille.....	40
5.2.3.5. Relaxation.....	41
5.3. Tableau comparatif.....	41
5.4. Tableau synoptique.....	48

6. Discussion	49
6.1. Discussion selon les principes de l'auto-transcendance.....	49
6.1.1. Vulnérabilité.....	49
6.1.2. Bien-être.....	50
6.1.3. L'auto-transcendance.....	51
6.1.3.1. Intrapersonnel.....	51
6.1.3.2. Interpersonnel.....	52
6.1.3.3. Transpersonnel.....	52
6.1.3.4. Temporel.....	53
6.2. Recommandations.....	53
6.2.1. Recherche.....	53
6.2.2. Enseignement.....	53
6.2.3. Clinique.....	54
6.3. Apports et limites du travail.....	58
6.3.1. Apports.....	58
6.3.2. Limites.....	58
7. Conclusion	60
8. Références bibliographiques	61
9. Annexes	65
9.1. Draper et al. (2020) : Grille d'analyse SPIRIT.....	65
9.2. Garoff et al. (2019) : Grille d'analyse SPIRIT.....	73
9.3. Jarlby et al. (2018) : Grille d'analyse COREQ.....	80
9.4. Meyer DeMott et al. (2017) : Grille d'analyse SPIRIT.....	87
9.5. Oppedal et Idsoe (2015) : Grille d'analyse STROBE.....	96
9.6. Sierau et al. (2019) : Grille d'analyse STROBE.....	102

1. INTRODUCTION

Ce Travail de Bachelor finalise la formation des étudiants en Soins Infirmiers à la Haute École de Santé de Genève. Cette revue de littérature est réalisée selon le Plan d'Études Cadre, en filière Soins Infirmiers, de la Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (2015). Ce travail permet une certaine rigueur quant à la recherche avancée de données probantes :

Dans sa pratique quotidienne, l'infirmier ou l'infirmière est de plus en plus appelé-e à intégrer les résultats de la recherche et à fonder sa pratique sur des résultats probants. La formation de niveau bachelor doit permettre de développer cette posture en favorisant, pour les futur-e-s professionnel-le-s, l'accès à la recherche et l'utilisation des résultats dans leur pratique. Ceci implique le déploiement d'un certain nombre de moyens tels que : formation à la recherche dans les bases de données ; accès aux revues scientifiques infirmières ; compréhension de l'anglais professionnel et scientifique (p.48).

Le thème de ce travail a été réfléchi suite à l'élaboration d'un projet interprofessionnel en association avec la Haute École de Travail Social de Genève autour de la prévention du suicide des jeunes par les pairs. Ce travail en interdisciplinarité a permis une première approche de la population MNA.

Ce travail est organisé en sept chapitres. Premièrement, le contexte de la population cible : les mineurs non accompagnés, ensuite des définitions en rapport avec la migration, des données épidémiologiques, le vécu des jeunes selon leur parcours, comment cela impacte leur santé et la complexité de leur prise en soins. Deuxièmement, un modèle théorique selon P. Reed qui comporte les concepts de vulnérabilité, de bien-être et d'auto-transcendance, qui désigne la capacité à dépasser ses propres limites. Troisièmement, une méthodologie de recherche qui permet une recherche d'articles scientifiques avancée pour répondre à la question « Quelles interventions ambulatoires pour améliorer le bien-être des mineurs non accompagnés ? ». Quatrièmement, des résultats suite à l'analyse thématique des 6 articles éligibles pour la revue de littérature. Cinquièmement, une discussion autour des résultats trouvés et mis en lien avec la théorie de soins de l'auto-transcendance afin d'élaborer des propositions de recommandations quant à la recherche, l'enseignement et la clinique. Puis finalement, une conclusion qui suggère des pistes pour l'avenir afin de clore ce Travail de Bachelor.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Contexte

L'être humain s'est toujours déplacé à travers le monde. Certains se déplacent pour des raisons économiques, d'autres pour rejoindre leur famille. Il y a aussi des populations qui se déplacent pour fuir un pays en guerre, des persécutions, des menaces dans leur pays d'origine ou pour sauver leur vie. Une nouvelle forme de migration existe aujourd'hui, les populations qui doivent se déplacer dû aux changements climatiques, aux catastrophes naturelles ou à des facteurs environnementaux. Toutes ces personnes se déplacent dans le même but : celui d'avoir de meilleures perspectives d'avenir (Organisation des Nations Unies (ONU), 2019 ; Organisation Internationale pour la Migration (OIM), 2020).

Ce sujet est d'autant plus d'actualité aujourd'hui. L'état turc ayant annoncé le 1er mars 2020 qu'il n'empêcherait plus les migrants de traverser ses frontières en direction de la Grèce, des milliers de migrants sont actuellement en train de franchir les frontières de l'Europe (Ghaith, 2020). Le jeune qui se retrouve dans l'obligation de quitter son pays est à grand risque de subir des traumatismes dus au parcours migratoire et de développer par la suite des détresses psychiques ainsi que possiblement un syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Ces traumatismes sont liés à un déracinement soudain et brutal, l'exposition aux violences ou encore à la séparation des familles (Radjack et al., 2019).

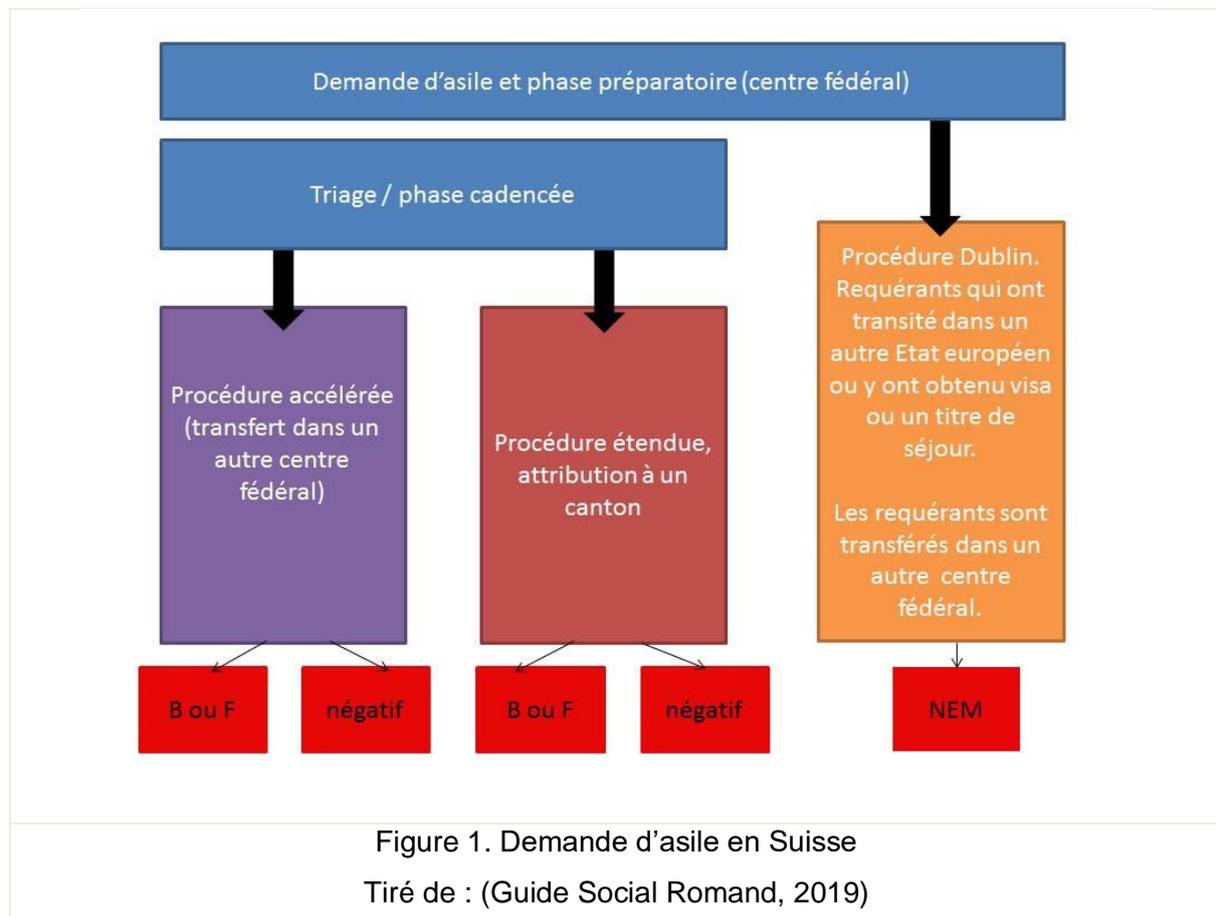
2.2. Définitions

Le terme migrant n'a pas de définition universelle. La Croix-Rouge canadienne (2020) définit un migrant comme :

Une personne qui quitte ou fuit son lieu de résidence habituel pour une nouvelle destination, à l'étranger ou à l'intérieur de son propre pays, dans l'espoir d'y trouver la sécurité ou des conditions d'existence plus favorables. La migration peut être forcée ou volontaire. ... Le terme migrant regroupe entre autres les travailleurs migrants, les apatrides et les migrants considérés en situation irrégulière par les autorités publiques.

Une personne qui sollicite la protection d'un pays qui n'est pas le sien et dont la demande n'a pas encore été traitée est un demandeur d'asile (Figure 1). Il existe aujourd'hui plusieurs statuts migratoires. Une personne réfugiée est considérée comme telle si elle répond aux critères établis par le droit international. Un réfugié est décrit comme une personne qui craint pour sa vie dans son lieu d'origine et qui est persécutée du fait de son origine, ses croyances

religieuses, ses opinions politiques ou encore son appartenance à des groupes sociaux. En Suisse, les personnes réfugiées sont considérées comme telles uniquement lorsque la demande d’asile a été évaluée et accordée, en fonction des critères établis par le droit international (Organisation Suisse d’Aide aux Réfugiés (OSAR), 2020).



De toutes les personnes migrantes à travers le monde, l’ONU estime que 38 millions sont des enfants (ONU, 2019). De ces 38 millions d’enfants, certains se retrouvent seuls, sans parents ni adultes référents, d’où leur nom “mineurs non accompagnés”. Il est crucial de se rappeler, comme le dit le Service Social International (SSI) Suisse (2017), que “les enfants concerné-e-s par la mobilité ou par la migration doivent être considéré-e-s comme des enfants d’abord et avant tout, et que toute action les concernant doit se fonder, en premier lieu, sur leur intérêt supérieur” (p.5).

2.3. Épidémiologie

2.3.1. Migrants

2.3.1.1. Au niveau mondial

Au niveau international, le nombre de migrants en 2019 est de 271.6 millions de personnes. Ces données sont en continuelle augmentation, en effet il y avait 248.9 millions de migrants internationaux en 2015 (Migration Data Portal, 2020). Trente pourcents de ces 271.6 millions de personnes résident en Europe (ONU, 2019). Selon l'Office Fédéral de la Statistique (OFS), en 2018, il y avait 2'126'392 étrangers en Suisse, dont 23.49% (n= 499'480) à Genève (OFS, 2019).

2.3.1.2. Au niveau national

Les principaux pays de provenance des personnes requérantes d'asile en Suisse sont l'Érythrée (15.5%), l'Afghanistan (10.9%), la Turquie (10.4%), la Syrie (8%) et l'Algérie (7.5%). Le nombre total de demandes d'asile faites en Suisse, en Janvier 2020, est de 1'244 (Confédération Suisse, 2020). Selon l'OFS, les demandes d'asile sont en baisse depuis la crise migratoire de 2015-2016 et la fermeture des frontières de l'Europe. Comme le montrent les chiffres, en 2015, il y avait 39'523 demandes déposées (OFS, 2016), tandis qu'en 2019, il n'y en avait plus que 14'269. Ces chiffres sont à mettre en lien avec cet accès plus restreint à l'Europe (OFS, 2020). Il est toutefois difficile d'obtenir des chiffres fiables concernant la migration, car les personnes qui déposent une demande d'asile sont recensés, mais il ne faut pas oublier toutes les personnes qui se déplacent dans la clandestinité et sans déposer de demande.

2.3.2. Migrants mineurs

2.3.2.1. Au niveau mondial

Au niveau mondial, un rapport du Comité National du Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) en 2016 déclare que plus de 50 millions d'enfants ont fui leur pays ou ont été contraints de le faire et plus de 56% d'entre eux à cause du climat tendu et violent qui s'y était installé. Vingt pourcents de cette population (n=10 millions de jeunes) étaient des réfugiés et 40% de ces 50 millions ont dû abandonner leur maison pour cause de nécessité financière ou de brutalité (UNICEF, 2016). L'Organisation des Nations Unies mentionne qu'en 2015, 100'000 MNA sont devenus des Requérants Mineurs Non Accompagnés (RMNA) après avoir déposé leur demande, il s'agit là du triple des statistiques présentes en 2014 (ONU, 2016).

2.3.2.2. Au niveau européen

L'UNICEF, le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) et l'OIM offrent de nombreuses statistiques au niveau européen concernant les MNA et les RMNA pour les mois de janvier à juin 2019. Dans ce laps de temps, plus de 10'400 mineurs sont arrivés sur le continent. En tout, plus de 70% d'entre eux se sont dirigés vers l'Allemagne (39%), la France (12%), l'Espagne (11%) et la Grèce (10%). De plus, 34% de ces mineurs (n=2'800) étaient non-accompagnés ou séparés. Concernant leur âge, 86% des RMNA arrivés en Italie, Grèce et Bulgarie avaient entre 15 et 17 ans (UNICEF, 2019).

Environ deux tiers de ces RMNA sont des jeunes garçons, la majorité des jeunes filles étant des mineures accompagnées de leur famille ou de proches, car elles voyagent rarement seules. Cependant, il est important de noter que ces statistiques restent approximatives, car il y a un manque d'informations concernant les jeunes filles MNA. L'UNICEF (2019) explique que "les filles non accompagnées peuvent être négligées par inadvertance en raison des difficultés d'identification et d'enregistrement, par exemple parce qu'elles voyagent avec leur mari, leurs enfants ou leur famille élargie ou sans lien de parenté" (p.3).

2.3.2.3. Au niveau national

Au niveau national, de 2017 à 2019, les demandes d'asile déposées en Suisse par les RMNA ont diminué. Selon la Confédération Suisse, en 2017, 733 demandes ont été déposées et en 2019, 441. En 2019, les jeunes venaient principalement : d'Afghanistan, Algérie, Somalie, Érythrée, Maroc, Syrie, Sri Lanka, Irak, Iran, Éthiopie, Guinée, Pakistan, Angola et de Gambie (Confédération Suisse, 2020).

2.3.2.4. Au niveau cantonal

Au niveau cantonal, en 2013, 20 à 30 RMNA ont été attribués au canton de Genève (Conseil d'État, 2013). Tandis que, selon le journal "le Temps", en 2020, il y a 47 MNA à Genève (Iaz, 2020). Il y a probablement plus de MNA sur le territoire, mais ils ne sont pas tous recensés. Les statistiques montrent une baisse de demandes d'asile pour les mineurs non accompagnés. Ces chiffres sont contradictoires à la problématique actuelle qui met en évidence que la migration internationale est en augmentation constante. Ces jeunes se retrouvent souvent découragés de déposer des demandes d'asile à cause des difficultés administratives et de la peur de se voir refuser l'asile et d'être rapatriés en direction d'un pays qu'ils ont fui pour trouver de meilleures conditions de vie ailleurs (UNICEF, 2019).

2.4. Vécu des RMNA

2.4.1. Parcours migratoire

Les situations vécues par les RMNA ont une grande influence sur leur santé mentale. Les différentes étapes de leur parcours ont un impact psychologique important : la phase pré-migratoire qui les a motivés, poussés ou obligés à quitter leur pays, la phase du voyage ou déplacement hors de leur contexte habituel et la phase de réinstallation, souvent dans un nouveau pays avec une société ayant des valeurs différentes (Jarlby et al., 2018).

Étant des mineurs non accompagnés, ces jeunes ayant quitté leur pays d'origine se sont vus dans l'obligation de quitter le foyer familial (parents ou responsables légaux), volontairement ou involontairement. Cette séparation peut être vue comme brutale pour une jeune personne en pleine quête identitaire, qui a besoin de figures rassurantes et de sécurité autour d'elle (Radjack et al., 2019). Le jeune RMNA doit donc faire face à de multiples deuils, de proches qu'il ait pu perdre, d'amis qu'il ait dû laisser derrière lui ; il doit en outre faire le deuil de son ancienne vie (Sinanian & Robin-Poupard, 2018).

Une étude réalisée auprès de 68 RMNA et 30 Requérants Mineurs Accompagnés (RMA) a utilisé un questionnaire pour leur demander quels événements ces jeunes avaient vécu. De ces 68 RMNA, 72.1% avaient fui la guerre et 75% d'entre eux avaient assisté à la mort violente d'un proche. Le fait d'être séparés de leur famille, de tout leur soutien brutalement et d'échapper à des situations telles que celles-ci a un impact important sur leur santé mentale (Müller et al., 2019).

Après avoir fui la pauvreté, la guerre ou une autre situation aussi difficile pour une jeune personne, le RMNA se retrouve souvent à voyager seul, dans des conditions précaires et violentes. Il doit maintenant apprendre à se débrouiller et à se protéger contre les divers périples qu'il pourra trouver sur son chemin, notamment les vols et les mensonges des passeurs (Radjack et al., 2019).

Müller et al. (2019) ont aussi questionné ces 68 jeunes non accompagnés au sujet de leur voyage. Cette étude montre que 97.1% d'entre eux affirment avoir vécu un transport ou déplacement dangereux, dans des conditions très précaires, 83.3% ont vécu plusieurs jours sans boire et sans manger, 41.2% ont été emprisonnés ou enlevés et 44.1% se sont fait voler dans des circonstances violentes. Ces chiffres illustrent la difficulté du voyage, un défi énorme pour ces enfants ou adolescents qui se déplacent seuls, peut-être pour la première fois de leur vie (Müller et al., 2019). Ayant perdu leur soutien familial, ils n'ont plus le même sentiment de

sécurité qu'ils pouvaient avoir auprès de leurs parents ou responsables légaux, ou tout simplement dans leur environnement culturel, malgré les difficultés à cause desquelles ils se sont déplacés (Jarlby et al., 2018).

2.4.2. Impact sur la santé

Après ce voyage difficile, ces RMNA doivent maintenant vivre avec les conséquences des facteurs de stress vécus avant et pendant la migration. Radjack et al. (2019) affirment que :

Certains sont bloqués et s'effondrent sur le plan anxieux ou dépressif face à tant d'exigences auto- ou hétéro-infligées, ou bien parce que cet effondrement est possible une fois que la survie matérielle a été assurée et qu'ils peuvent enfin se poser (p.14).

Ces jeunes vivent isolés de leur soutien social habituel, souvent dans un pays avec une culture complètement différente de la leur. Ils vivent dans l'incertitude quant à leur avenir, incertitude financière, sécuritaire, sociale, et sans garantie au sujet de leur demande d'asile. Ils se retrouvent sans logement, parfois accusés de mentir pour obtenir des papiers (Jarlby et al., 2018 ; Müller et al., 2019 ; Radjack et al., 2019). Il y a un clivage entre l'identité qu'ils avaient dans leur pays d'origine et celle qu'ils essaient de construire dans le pays d'accueil (Sinanian & Robin-Poupard, 2018).

Différents facteurs de stress comme la discrimination, les inégalités sociales ou encore le racisme s'ajoutent aux difficultés que les jeunes ont connu pendant leur migration. Les problèmes avec la procédure d'asile n'arrangent pas leur état de santé, car ils ne peuvent pas se reposer émotionnellement de peur de devoir se déplacer à nouveau (Jarlby et al., 2018). Tous ces différents éléments atteignent profondément les jeunes RMNA.

Pour Sinanian et Robin-Poupard (2018), cette atteinte narcissique peut "se traduire en symptômes de survie : déréalisation, dépersonnalisation, clivage, somatisations, mises en actes ou encore conduites addictives" (pp.179-180). En effet, les addictions (cannabis, alcool, substances, sexe) peuvent représenter une solution psychique pour ces jeunes dans le besoin de se protéger, un acte d'"anti-pensée" (p.180) qui les aiderait à retrouver une certaine sécurité (Sinanian & Robin-Poupard, 2018).

Les différentes études montrent que les RMNA ont besoin d'aide pour leurs symptômes de stress post-traumatique. Tels que décrits dans l'étude de Radjack et al. (2019), les symptômes de l'état de SSPT se présentent sous forme d'"Altération dans la régulation de l'état affectif....

Altération de l'attention et de l'état de conscience.... Somatisations.... Modification chronique du caractère.... Altération des systèmes des sens" (p.17).

Une étude a été réalisée auprès de 6 adolescents RMNA sans aucun diagnostic psychiatrique, mais avec des expériences d'insomnies, de pensées excessives et de comportements autodestructeurs. Elle met en avant que, pour ces jeunes, la guérison est recherchée par :

Oublier les facteurs de stress dans leur vie quotidienne qui ont tendance à entraver leur santé mentale, tels que les pensées excessives sur les événements traumatisants du passé, les préoccupations concernant le bien-être de leur famille et l'incertitude quant à l'avenir (Jarlby et al., 2018, p. 1770).

Pour ces jeunes, une bonne santé s'acquiert au moyen d'un sentiment d'appartenance à un groupe social et en se sentant compris et non stigmatisés. En effet, "il était important pour eux d'être traités comme des humains" (p.1771) et non pas comme des cas sociaux ou médicaux (Jarlby et al., 2018).

Ces jeunes ont peur de parler de leur passé et certains décident même de renoncer à leur identité afin de repartir de zéro dans cette nouvelle vie en pensant réussir à oublier leur passé. Ils pensent aussi qu'en renonçant à leur identité, ils s'intégreront mieux à leur pays d'accueil. Comme le disent Radjack et al. (2019) : "...parmi les stratégies efficaces de résilience et de coping pour ces jeunes, décrites dans la littérature internationale, figure bien « l'importance de maintenir une continuité malgré une situation instable et mouvante »" (p.14).

Il est important pour ces MNA de maintenir leurs coutumes religieuses, de manger de la nourriture traditionnelle ou de parler leur langue maternelle. Il faut qu'ils maintiennent des liens avec leur communauté présente dans le pays qui les accueille afin qu'ils puissent échanger et partager avec celle-ci. Radjack et al. (2019) affirment que :

Retrouver des repères permet de réaliser une transition pour intégrer plus facilement les valeurs du pays d'accueil et se construire dans un métissage harmonieux entre deux mondes culturels. Il est souligné également, pour cette adaptation, le caractère progressif de l'apprentissage de nouvelles normes culturelles et façons de faire. (p.14)

2.5. Complexité de la prise en soins infirmière

Plusieurs facteurs rendent la prise en soins de ces mineurs non accompagnés complexe pour les soignants. Ces jeunes ont été confrontés à divers traumatismes lors de leur parcours migratoire et se retrouvent seuls, sans famille dans un pays qui n'a pas la même culture, le même climat, la même politique, ou encore la même langue que la leur (Majumder et al., 2019).

Il est difficile en tant que soignant de s'imaginer le parcours du jeune MNA et les événements vécus. La prise en soins des enfants ou adolescents qui ont des troubles psychologiques en occident est souvent différente de celle dont les MNA ont besoin. Il est alors d'autant plus important de développer de nouvelles compétences et connaissances nécessaires à leur prise en soins et faire preuve de créativité (Rothenbuehler, 2017).

Il y a aussi la difficulté de créer un lien de confiance avec ces jeunes. En effet, ils ont dû faire face aux violences et aux mensonges de la part de leurs passeurs. Par ailleurs, la difficulté de communication entre le soignant et le jeune peut aussi mettre à mal la relation de soins car la langue, la culture ainsi que les représentations sont différentes. La prise en soins culturelle est importante afin de créer un premier lien de confiance. Ce lien de confiance est décrit par Radjack et al. (2019) comme un lien qui "requiert la prise en compte des différences culturelles, des événements de vie traumatiques, des facteurs liés à la migration, et exige des soignants d'enrichir leurs connaissances et d'adapter leur pratique quotidienne en développant des compétences cliniques transculturelles" (p.15). Ces jeunes ne connaissent pas le système de santé du pays d'accueil, ce qui peut les rendre méfiants du personnel soignant. Il est ainsi important d'inclure dans la prise en soins les interprètes, qui permettent aux jeunes de comprendre ce qui leur est dit et d'être compris par les soignants (Sinanian & Robin-Poupard, 2018).

Certaines connaissances pluridisciplinaires sont requises dans la prise en soins des MNA. Il est important de connaître le réseau qui entoure ces jeunes (administration, éducation, juridiction). Des connaissances au niveau de la politique migratoire peuvent être un atout afin de pouvoir orienter et renseigner au mieux ces jeunes migrants. En plus de la compréhension du réseau et des connaissances mentionnées précédemment, il y a l'importance de s'intéresser à la culture d'autrui, à sa langue et ses coutumes (Panaligan, 2020; Rothenbuehler, 2017). Il est donc nécessaire d'apporter à ces jeunes des soins transculturels qui mêlent "la psychanalyse et l'anthropologie" (Rothenbuehler, 2017,p.24).

Le suivi des MNA reste complexe, car il est parfois impossible de maintenir une continuité des soins efficace. En effet, ils sont en mouvement permanent car ils peuvent se retrouver renvoyés dans le pays d'arrivée en Europe. Ils peuvent également d'eux-mêmes se déplacer dans le pays où ils avaient l'objectif d'aller en premier lieu. Les soignants ne peuvent pas prévoir ces déplacements. Il ne faut pas oublier que dès leurs 18 ans, ces MNA n'auront plus les mêmes opportunités qu'avant et se retrouvent d'autant plus à risque de se faire expulser. Il est alors important de garder une personne de référence (travailleur social ou personnel soignant) qui soit au courant du parcours du mineur et de son suivi (Belien Pallet et al., 2017).

Il est délicat de trouver un moment adapté pour débiter une prise en soins psychiatrique. D'une part, il y a le temps laissé à ces jeunes pour qu'ils trouvent une stabilité, un repère, une sécurité et de la confiance afin de se confier aux soignants. D'autre part, il y a la peur de les encourager à parler vite, pour les aider, et le risque de les braquer et perdre le lien de confiance. Ces mineurs peuvent trouver d'autres alternatives pour soulager leurs maux psychiques, comme la consommation excessive d'alcool, de drogues et de sexe qui pourraient rendre la prise en soins plus compliquée. C'est pour cela qu'il est important de mettre en place un accompagnement rapidement (Sinanian & Robin-Poupard, 2018). Certains jeunes n'aiment pas parler. D'autres préfèrent être soulagés par des traitements pour guérir leurs maux comme une personne soignerait une douleur somatique. Ils disent que parler les fait trop réfléchir et rappeler de mauvais souvenirs (Majumder et al., 2019).

Les rôles peuvent être inversés et les soignants peuvent parfois devenir méfiants et manquer d'empathie. Il faut du temps pour que ces jeunes aient confiance, se livrent et partagent leur secret ainsi que la réalité interne de leur parcours, de leur histoire. Il se peut que la prise en soins arrive trop tard ou qu'elle ait été refusée par le MNA. Les alternatives citées précédemment peuvent compliquer la relation soignant/mineur. Malheureusement, dans certains cas, ces comportements extrêmes peuvent éloigner le soignant, qui ne se sent plus à l'aise dans sa relation avec le jeune (Sinanian & Robin-Poupard, 2018).

En tant que soignant, la juste distance professionnelle est essentielle pour ne pas trop s'impliquer émotionnellement auprès de ces jeunes. Il est nécessaire de trouver un bon positionnement professionnel, être empathique mais ne pas trop s'impliquer dans la vie d'autrui, ne pas se mettre à la place de ces mineurs. Il faut accompagner ces jeunes dans la quête de leur identité perdue, la recherche de ressources pour soulager les peines et les traumatismes du parcours migratoire (Sinanian & Robin-Poupard, 2018).

La prise en soins de premier recours est primordiale. La priorité du soignant doit être de répondre aux besoins, sur le moment, du jeune (abri, nourriture, sécurité, repos) (Rothenbuehler, 2017). Ces jeunes seront apaisés par un cadre sécurisant comme une institution qui les accueille, avoir des amis de la même culture, des personnes qui prennent soin d'eux. Avec des éléments protecteurs, le jeune peut faire le déni de ce qui lui est arrivé, enfouir ses souffrances passées et penser qu'il n'a pas besoin d'être aidé. Plus tard, quand les événements de vie se compliquent (procédures injustes, administratives), leurs souffrances enfouies peuvent ressurgir. C'est à ce moment-là qu'ils ont le plus besoin de l'aide des soignants pour avoir un accompagnement dans la prise en soins de leurs troubles psychiques et souffrances personnelles (Radjack et al., 2019; Sinanian & Robin-Poupard, 2018)

Comme exprimé par le CII : "Les personnels infirmiers jouent un rôle toujours plus important pour répondre aux besoins sanitaires complexes et multidimensionnels des réfugiés et des migrants, dont le nombre ne cesse d'augmenter." (2019). Le CII ne parle pas des mineurs non accompagnés, mais il relève la nécessité de la prise en soins des personnes migrantes, surtout celle des enfants. La santé étant un droit, l'infirmière a donc son rôle à jouer pour que la condition de ces enfants et mineurs soit prise au sérieux par les gouvernements, comme par le public. Les États négligent trop souvent les droits des MNA car leur statut migratoire prend le dessus sur leur statut de mineur au niveau légal (Panaligan, 2020). Il est d'autant plus important que l'infirmière développe sa compétence d'advocacy, car le CII (2018) appelle à : "Soutenir et défendre des organisations locales, nationales et internationales dans leurs efforts pour faire respecter les droits des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées et répondre à leurs besoins socioéconomiques, de santé et de soins de santé." (p.4). Soutenant cette prise de position, il est indispensable de défendre cette population vulnérable qui se retrouve sans voix et de revendiquer leurs droits.

2.6. Question de recherche initiale

Ces MNA ont vécu divers traumatismes tout au long de leur parcours migratoire, de même qu'à leur arrivée dans le pays d'accueil. La prise en soins infirmière est essentielle pour l'accompagnement de la reconstruction de leur identité et pour leur offrir un plus grand espoir en l'avenir.

Les traumatismes vécus par ces jeunes (parcours migratoires, deuils consécutifs, trahison, violence, vol etc.) ainsi que la différence de culture rendent cette prise en soins complexe pour le soignant. Aux problèmes administratifs et à l'intégration dans le pays d'accueil s'ajoute souvent la quête de leur identité perdue. En tant que soignant, il est important de prendre tous ces facteurs en compte pour accompagner cette population vulnérable.

Ce travail de Bachelor se centrera sur les MNA, requérants d'asile ou non jusqu'à 17 ans. La difficulté de recensement des MNA n'étant pas possible au niveau légal, il est difficile de trouver des informations épidémiologiques sur cette population. Pourtant, les articles de recherche ne font pas la différence entre les deux populations et ne précisent pas forcément le statut du mineur. Pour ce qui est du sexe de la population, les articles de recherche sont plus centrés sur les personnes de sexe masculin. Cela est peut-être dû au fait que les filles voyagent généralement accompagnées. Cette population ne sera pas écartée de ce travail mais il sera certainement orienté en direction de la population masculine.

Suite à la présentation de cette problématique, la question de recherche qui émerge est :
« Quelles interventions infirmières en ambulatoire pourraient améliorer la santé mentale des MNA en situation de souffrance psychique ? »

3. MODÈLE THÉORIQUE

Le cadre théorique permet de soutenir une revue de littérature, ce qui est l'objectif de ce travail de Bachelor. En sciences infirmières, des théories de soins permettent d'orienter la réflexion sur la pratique des soins directs. Selon Smith et Liehr (2014) :

L'objectif de la théorie de l'auto-transcendance est de fournir un cadre pour la recherche et la pratique concernant la promotion du bien-être au milieu de situations de vie difficiles, en particulier lorsque les individus et les familles sont confrontés à une perte ou à une maladie limitant leur vie (p.109).

3.1. La théorie de l'auto-transcendance

La théorie de l'auto-transcendance (AT) proposée par P. Reed est une théorie intermédiaire au niveau de l'échelle d'abstraction. Les théories intermédiaires sont moins conceptuelles que les théories à large spectre et plus axées sur la pratique infirmière (Fawcett & Desanto-Madeya, 2012). L'école de pensée dans laquelle elle s'inscrit est celle de l'être humain unitaire, développée par Rogers. "Elle a fait remarquer que dans un univers de systèmes ouverts, les champs d'énergie sont continuellement ouverts, infinis et intégrés les uns aux autres" (Smith & Parker, 2015, p.238). Elle encourage les infirmiers et infirmières à devenir des personnes visionnaires, à ne pas rester coincés dans le présent mais à s'imaginer dans un univers en changement continu (Smith & Parker, 2015).

La théorie de l'AT se trouve dans le paradigme de la transformation selon Pepin et al. (2017), qui rejoint la philosophie de l'action simultanée de Fawcett et Desanto-Madeya (2012). Le paradigme de la transformation est décrit par Pepin et al. (2017) comme "un changement perpétuel, en accélération et unidirectionnel en ce sens qu'on ne peut jamais se retrouver exactement au même point" (p.32).

3.2. Ancrage disciplinaire

3.2.1. Métaconcepts

En sciences infirmières, les situations cliniques s'analysent communément à la lumière d'une définition des quatre concepts suivants appelés métaconcepts : l'être humain, la santé, l'environnement et les soins infirmiers. Reed s'est inspirée des méta-paradigmes de Rogers dans sa théorie.

3.2.1.1. *La personne*

Tout d'abord, l'être humain est décrit comme unique et en changement continu. Chaque personne a son vécu et ses propres valeurs. Selon Pepin et al. (2017):

Rogers ne met pas l'accent sur les différentes dimensions reconnues de la personne (corps, âme, esprit ou encore dimensions biologique, psychologique et sociale), mais parle plutôt de la personne comme d'un champ irréductible d'énergie qui se caractérise par des patterns uniques (p.68).

Ce travail sera axé autour des mineurs non accompagnés, jusqu'à 17ans, ayant des troubles psychiques suite à un parcours migratoire complexe. Ces jeunes n'ont pas tous le même vécu et ne vivent pas les changements et différents deuils de la même façon. Chaque MNA est un être humain unique qui a ses propres valeurs et expériences passées et futures.

3.2.1.2. *Le soin*

Le soin est décrit par Reed, reprise par Pepin et al. (2017) comme "une science, un art et une profession qui s'apprennent" (p.69). Les infirmiers promeuvent la santé et le bien-être de leur patient et évoluent en fonction des changements dans le domaine infirmier afin d'offrir la meilleure prise en soins possible aux patients (Pepin et al., 2017).

L'objectif étant d'offrir un accompagnement optimal, les soins transculturels doivent être inclus dans la prise en soins afin de respecter au mieux les besoins, croyances, cultures et valeurs des MNA (Sinanian & Robin-Poupard, 2018).

3.2.1.3. *La santé*

La santé n'est pas une valeur commune, elle est propre à chacun et est différente selon les cultures. La santé signifie le bien-être, elle n'est pas seulement physique mais comprend la personne dans son entièreté (Pepin et al., 2017).

La santé est définie par chaque MNA selon son vécu, son éducation et ses croyances. Selon l'étude de Jarlby et al. (2018), la santé mentale de ces jeunes peut être améliorée par des activités significatives et une aide sociale au quotidien. Appartenir à un groupe social et ne pas se sentir stigmatisé par la société qui l'accueille optimise leur sentiment de bien-être.

3.2.1.4. *L'environnement*

L'environnement, quant à lui, fait partie de la personne et est en changement avec celle-ci. Il est important de prendre en considération l'environnement de la personne lors des prises en soins (Pepin et al., 2017).

L'environnement des MNA n'est pas stable et en changement continu. Certains pensent à repartir, d'autres sont en attente de leur demande d'asile et beaucoup d'entre eux craignent l'expulsion. Certains jeunes vivent en foyer, d'autres sont sans domicile fixe, ce qui apporte une incertitude quant à l'avenir et amène à une prise en soins en ambulatoire. Le point commun de tous les MNA est qu'ils n'ont pas de représentant légal, d'adulte référent ni de parents avec eux.

3.2.2. *Les 3 concepts de l'AT*

La théorie de Reed se base principalement sur 3 concepts différents mais étroitement liés (2009).

3.2.2.1. *L'Auto-Transcendance*

Le premier est celui de l'Auto-transcendance, il regroupe l'*intra-personnel*, qui est défini par les valeurs et sentiments personnels ; l'*interpersonnel* ou la relation avec les autres, la confrontation à la maladie ; le *transpersonnel* représente les croyances, la foi en quelqu'un ou en quelque chose ; et le *temporel* qui consiste à intégrer l'instant présent, le ici et maintenant mais aussi les expériences passées. Cette AT représente la capacité d'une personne à repousser ses propres limites de différentes manières (Smith & Parker, 2015).

Pour les MNA, l'aspect intra-personnel est défini par le sentiment et les valeurs propres à chacun. Ces mineurs ont un vécu qui influence tous les aspects de leur vie mais aussi leur espoir pour l'avenir. L'importance d'appartenir à un groupe social ayant vécu des expériences semblables définit la dimension interpersonnelle. Ce sentiment peut donner la sensation à ces jeunes d'être compris, ce qui pourrait les amener à se confier plus facilement. L'aspect transpersonnel est représenté par leurs différentes croyances et foi. La dimension temporelle est importante pour que les MNA réussissent à intégrer leurs expériences passées et présentes dans leur nouvelle quête d'identité (Jarlby et al., 2018; Sinanian & Robin-Poupard, 2018).

3.2.2.2. *Le bien-être*

Le deuxième concept de la théorie est celui du bien-être, qui est propre à chacun et amène au bonheur, à l'harmonie et à la santé (Reed, 2009). Il est défini par la personne, influencée par ses croyances et son histoire de vie. Ce bien-être est donc spécifique aux facteurs choisis par la personne, et influencé par sa capacité d'AT (Smith & Parker, 2015).

Arrivés dans le pays d'accueil, les MNA sont confrontés au choc culturel. Suite au parcours migratoire complexe, ils imaginent qu'en arrivant dans le pays d'accueil tout sera plus simple. Malheureusement, il faudra que ces jeunes s'adaptent à leur nouvel environnement afin de redéfinir leur concept du bien-être (Majumder et al., 2019).

3.2.2.3. *La vulnérabilité*

Le troisième et dernier concept est celui de la vulnérabilité, qui peut apparaître lors des événements difficiles de la vie comme par exemple la mort, la vieillesse ou encore le deuil. La personne traversant des épreuves difficiles comme celles-ci se rend compte de sa propre mortalité, ce qui peut la rendre vulnérable (Smith & Parker, 2015). Le vécu des MNA les rend vulnérables de par leurs deuils consécutifs et la confrontation avec leur propre mort.

3.2.2.4. *Importance des 3 concepts pour le bien-être d'une personne*

En soins infirmiers, l'AT est attachée à la promotion du bien-être. Cette capacité d'AT est donc étroitement reliée et peut même prédire le bien-être. Des événements de vie difficiles qui augmentent le sentiment de vulnérabilité peuvent être mieux supportés par une personne ayant une capacité d'AT augmentée, ce qui peut les aider dans leur bien-être. Ces trois concepts ne peuvent donc être séparés car ils ont une grande influence les uns sur les autres (Smith & Parker, 2015).

Il est alors important de prendre en compte cette capacité d'AT auprès de personnes souffrant de troubles psychiques. D'après Reed (2009) :

La transcendance de soi se distingue des efforts plus absorbés par l'estime de soi ou l'identité personnelle, typiques des premières phases du développement. Les interventions infirmières en santé mentale peuvent faciliter les ressources intérieures de la personne pour l'auto-transcendance et soutenir le potentiel humain de bien-être (p.398).

3.3. Question de recherche finale

Cette théorie donne un éclairage à la problématique des MNA, touchés par des événements de vie très difficiles à supporter, parfois forcés à vivre la mort de leurs proches (Müller et al., 2019). Ces épreuves laissent place à la vulnérabilité car elles “encouragent la clarification d’une perspective spirituelle sur soi-même” (Ellermann & Reed, 2001, p.701). Elles peuvent les mener à la dépression, à l’anxiété, ainsi qu’à d’autres pathologies mentales éprouvantes pour ces adolescents (Radjack et al., 2019). La théorie de l’AT peut s’appliquer à leur histoire de vie, car selon Ellermann et Reed (2001), “l’auto-transcendance a été conceptualisée comme une expérience de vie, indépendante de l’âge chronologique, et liée à des expériences de vie qui élargissent les limites personnelles” (p.702).

L’importance de la résilience et de l’AT ne peut être négligée dans les cas de pathologies mentales, car elles représentent des facteurs aidants pour la personne qui traverse un événement de vie compliqué (Smith & Parker, 2015). De plus, “l’auto-transcendance a été identifiée comme un concept de développement pertinent pour la santé mentale, y compris la maladie dépressive et le bien-être émotionnel” (Ellermann & Reed, 2001, p.698). Le processus d’AT doit être travaillé pour faciliter l’accès au bien-être lorsque la vulnérabilité est présente. Les infirmiers/infirmières et autres professionnels socio-sanitaires ont un rôle important à jouer pour rendre ce processus efficace (Smith & Parker, 2015).

Les concepts de vulnérabilité, d’auto-transcendance et de bien-être sont précieux pour la prise en soins de cette population, qui doit se recomposer avec une nouvelle vie tout en transportant le souvenir des traumatismes vécus.

Suite à cet ancrage disciplinaire, la question de recherche finale qui émerge est :

« Quelles interventions infirmières en ambulatoire pourraient améliorer la santé mentale des MNA en situation de souffrance psychique vivant une expérience d’auto-transcendance ? »

4. MÉTHODE

Afin de répondre à cette question de recherche, un processus méthodologique a été utilisé pour organiser une revue de littérature. La recherche d'articles scientifiques a été faite selon la méthode PICOT sur des bases de données scientifiques. La méthode de recherche PICOT se concentre sur les termes spécifiques à la question de recherche : P = Population/problème, I = Intervention, C = Comparaison, Co = Contexte, O = Outcome, T = Temporalité (Tableau 1).

Les mots-clés retirés du PICOT sont ensuite utilisés dans les bases de données afin de cibler la recherche.

Tableau 1 : Méthode PICOT

P	Mineurs non accompagnés, jusqu'à 17 ans, en souffrance psychique
I	La prise en soins infirmière en ambulatoire
C	/
Co	Expérience d'auto-transcendance
O	Amélioration de la santé mentale
T	/

4.1. Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Les bases de données consultées ont été : PubMed qui est une référence en termes de sciences biomédicales et CINAHL qui s'axe sur les sciences infirmières et paramédicales. Avant d'établir des équations de recherche, il a été important de trouver des synonymes des mots-clés retenus pour la méthode PICOT. Ces synonymes ont ensuite été retranscrits sur HeTOP, un portail terminologique de santé, afin de trouver des MeSH Terms pour la recherche PubMed. Ces mêmes mots-clés ont été réutilisés afin de trouver des Subjects Headings pour effectuer les recherches sur CINAHL (Tableau 2).

Tableau 2 : Termes pour les équations de recherche

	Mots-clés FR	Mots-clés EN	MeSH terms PubMed	Subject Headings CINAHL
P	MNA : Mineurs non accompagnés	Unaccompanied minors	/	/
	Mineur Enfant	Minor Child	Minors Child	Minors Child
	Migrants Réfugiés	Migrants Refugees	Migrants and transients Refugees	Transients and migrants
	Souffrance psychique	Mental suffering	Stress, psychological	Stress, psychological
	Détresse psychique	Psychological distress	/	Psychological distress Emotional distress
I	Prise en soins infirmière Soins infirmiers	Nursing care	Nursing care	Nursing care
	Soins de santé	Healthcare	/	/
	Pratique infirmière	Nursing practice Advanced practice nursing	Advanced practice nursing	Nursing practice Advanced Nursing practice
	Soins de santé primaire	Primary healthcare	Primary healthcare	Primary health care
	Santé communautaire	Community health/healthcare	Public health	Community health nursing Community mental health nursing
	Promotion de la santé	Health promotion	Health promotion	Health promotion
	Soins ambulatoires	Ambulatory care	Ambulatory care	Ambulatory care Ambulatory care nursing
Co	Auto-transcendance	Self-transcendence	/	Self transcendence
	Transcendance	Transcendence	/	Self transcendence
	Théorie de Reed	Reed's theory	/	/
	Vulnérabilité	Vulnerability	/	Vulnerability
	Bien-être	Well-being Wellness	Well-being	Well-being
O	Amélioration de la santé mentale	Improved mental health	/	/

La rédaction d'équations de recherche (E) peut commencer lorsque les MeSH Terms et les Subjects Headings, qui apparaissent dans le tableau ci-dessus, ont été trouvés. Plusieurs équations sont utilisées pour effectuer les recherches d'articles dans les bases de données, puis sont ensuite filtrées selon le nombre d'articles et leur pertinence (Tableaux 3 et 4).

Tableau 3 : Équations de recherche PubMed

Bases de données et date de recherche	Équations de recherches (E)	Filtres utilisés	Résultats
PubMed (P) Février 2021	EP1 : (unaccompanied minors) AND (stress, psychological OR psychological distress OR mental suffering)	- Depuis 2013	N = 42 Exclus sur la base du titre = 22 Exclus sur la base du résumé = 13 Exclus car retrouvés dans EP2 = 6 Retenu pour l'analyse = 1
	EP2 : (nursing care OR healthcare OR advanced nursing practice OR primary healthcare OR public health OR health promotion OR ambulatory care) AND EP1	- Depuis 2013	N = 28 Exclus sur la base du titre = 11 Exclus sur la base du résumé = 11 Exclus car retrouvés dans EP3 = 6 Retenus pour l'analyse = 0
	EP3 : (self-transcendence OR transcendence OR vulnerability OR well-being OR wellness) AND EP2	- Depuis 2013	N = 26 Exclus sur la base du titre = 10 Exclus sur la base du résumé = 10 Exclus car trouvés dans EP4 = 1 Retenus pour l'analyse = 5
	EP4 : (improved mental health) AND EP3	- Depuis 2013	N= 3 Exclu sur la base du titre = 1 Exclu sur la base du résumé = 1 Retenu pour l'analyse = 1

EP = Équations de recherche sur la base de données PubMed

Tableau 4 : Équations de recherche CINAHL

Bases de données et date de recherche	Équations de recherches (E)	Filtres utilisés	Résultats
CINAHL (C) Février 2021	EC1 : unaccompanied minors AND (stress, psychological OR psychological distress OR emotional distress)	- Depuis 2013	N = 16 Exclus sur la base du titre = 9 Exclus sur la base du résumé = 1 Exclus car répétition PubMed = 2 Exclu car retrouvé dans EC3 = 1 Retenu pour l'analyse = 3
	EC2 : (nursing care OR healthcare OR nursing practice OR advanced nursing practice OR primary healthcare OR community health nursing OR community mental health nursing OR health promotion OR ambulatory care OR ambulatory care nursing) AND EC1	- Depuis 2013	N = 2 Exclus car répétition PubMed = 2 Retenu pour l'analyse = 0
	EC3 : (self-transcendence OR reed's theory OR vulnerability OR well-being or wellness) AND EC1	- Depuis 2013	N=3 Exclus sur la base du titre = 2 Retenu pour l'analyse = 1
	EC4 : improved mental health AND EC1	-Depuis 2013	N = 1 Exclu car répétition PubMed = 1 Retenu pour l'analyse = 0

EC = Équations de recherche sur la base de données CINAHL

Dans les tableaux 3 et 4, le filtre « depuis 2013 » a été utilisé pour cibler les recherches d'articles à partir de la crise migratoire de 2014. Le mot-clé « unaccompanied minor » n'a pas été trouvé en MeSH Term ni en Subject Heading, mais il a dû être utilisé afin de cibler cette population dans les équations de recherche EP1/2/3/4 et EC1/2/3/4. Utiliser les MeSH Terms « child » ou « minors » avec « migrants and transients » ne ciblait pas la population non accompagnée mais seulement les mineurs migrants. Les recherches au sujet de l'ancrage disciplinaire ont été faites manuellement, mais la théorie parle de « well-being » et de « vulnérabilité ». Ce sont des sujets qui peuvent englober d'autres concepts qui ne ciblent pas la théorie de l'auto-transcendance. C'est pour cela que des résultats apparaissent au niveau de l'EC3 et de l'EP3, mais les articles retenus pour l'analyse ne sont pas au sujet de la théorie de Reed. Les articles scientifiques trouvés ne font pas de lien entre la problématique de ce travail et la théorie de l'auto-transcendance. La théorie sera donc mise en lien avec la problématique dans le chapitre 6 « Discussion ».

Les articles trouvés (n=121) ont été triés en fonction du titre, puis du résumé, ceci afin de choisir les articles les plus pertinents pour répondre à notre problématique. Les articles identifiés (n=11) ont été lus, puis seulement les articles les plus pertinents (n=6) ont été retenus pour répondre à la problématique.

4.2. Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 2. Ce diagramme permet de résumer la méthodologie de recherche qui soutient cette revue de littérature. Il montre les diverses recherches effectuées sur les bases de données en précisant le nombre d'articles exclus pour l'analyse et ceux retenus, mais aussi le nombre d'articles recherchés de façon manuelle.

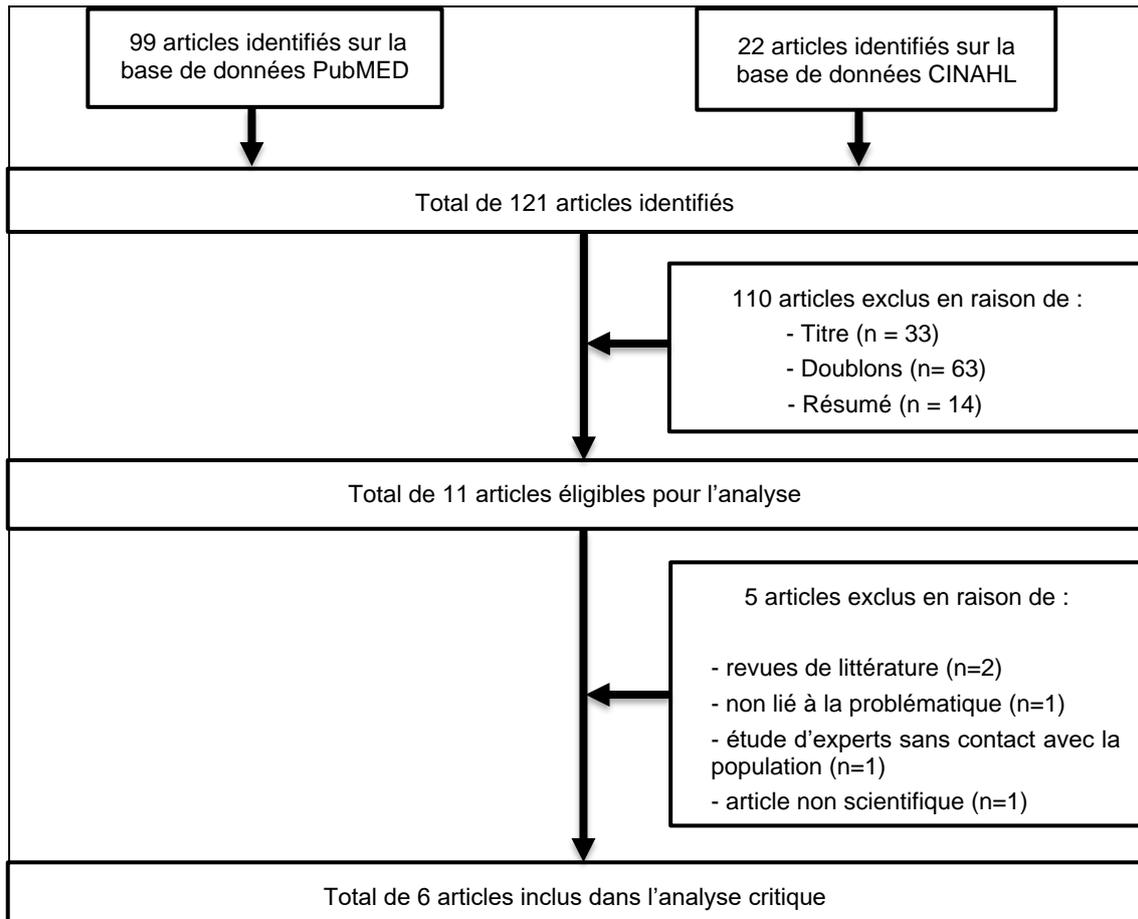


Figure 2. Diagramme de flux

4.3. Articles retenus

Voici les 6 études retenues suite à la revue de littérature :

- Draper, A., Marcellino, E., & Ogonnaya, C. (2020). Fast Feet Forward : Sports training and running practice to reduce stress and increase positive cognitions in unaccompanied asylum-seeking minors. *Counselling and Psychotherapy Research, 20*(4), 638-646. DOI: 10.1002/capr.12330
- Garoff, F., Kangaslampi, S. & Peltonen, K. (2019). Development and implementation of a group based mental health intervention for unaccompanied minors. *Scandinavian Journal of psychology, 60*, 7-15. DOI: 10.1111/sjop.12497
- Jarlby, F., Goosen, S., Derluyn, I., Vitus, K., & Jervelund, S. S. (2018). What can we learn from unaccompanied refugee adolescents' perspectives on mental health care in exile? *European Journal of Pediatrics, 177*(12), 1767-1774. DOI: 10.1007/s00431-018-3249-0
- Meyer DeMott, M. A., Jakobsen, M., Wentzel-Larsen, T., & Heir, T. (2017). A controlled early group intervention study for unaccompanied minors : Can Expressive Arts alleviate symptoms of trauma and enhance life satisfaction? *Scandinavian Journal of Psychology, 58*(6), 510-518. DOI: 10.1111/sjop.12395
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology, 56*(2), 203-211. DOI: 10.1111/sjop.12194
- Sierau, S., Schneider, E., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry, 28*(6), 769-780. DOI: 10.1007/s00787-018-1246-5

5. RÉSULTATS

5.1. Résultats généraux

Cette revue de littérature intègre l'analyse de 6 études afin de répondre à la question de recherche suivante :

« Quelles interventions infirmières en ambulatoire pourraient améliorer la santé mentale des MNA en situation de souffrance psychique vivant une expérience d'auto-transcendance ? »

L'analyse critique a été menée grâce à l'usage de grilles spécifiques : SPIRIT, COREQ et STROBE (Annexes 9). Ces articles ont été classés selon les différents niveaux de preuve. Les 6 études (Draper et al., 2020 ; Garoff et al., 2019 ; Jarlby et al., 2018 ; Meyer DeMott et al., 2017 ; Oppedal & Idsoe, 2015 ; Sierau et al., 2019) se retrouvent dans le niveau de preuve 2 (essais randomisés de faible puissance, études non-randomisées, étude de cohorte), grade de recommandations B (Haute Autorité de Santé, 2013).

Il y a 3 études de type interventionnel (Draper et al., 2020 ; Garoff et al., 2019 ; Meyer DeMott et al., 2017), 1 étude de type cohorte (Sierau et al., 2018), 1 étude de type observationnel (Oppedal & Idsoe, 2015) et 1 étude de type qualitatif (Jarlby et al., 2018). Elle se sont toutes déroulées sur le continent européen : Angleterre (Draper et al., 2020), Finlande (Garoff et al., 2019), Danemark (Jarlby et al., 2018), Allemagne (Sierau et al., 2019) et en Norvège (Oppedal & Idsoe, 2015 ; Meyer DeMott et al., 2017). L'échantillonnage général retenu pour cette revue de littérature est de 1183 MNA. Leur moyenne d'âge se situe entre 9 et 19 ans. Les participants étaient originaires de différents endroits, mais la plupart venaient des pays suivants : Afghanistan, Somalie, Irak, Sri-Lanka, Syrie et Iran. La majorité de l'échantillonnage était de sexe masculin.

Cinq des 6 études (Draper et al., 2020 ; Garoff et al., 2019 ; Meyer DeMott et al., 2017 ; Oppedal & Idsoe, 2015 ; Sierau et al., 2019) utilisent des questionnaires d'auto-évaluation sur différentes thématiques :

- Draper et al., 2020 : Validity of Cognition (VOC ; pour la cognition positive) & Subjective Unit of Disturbance (SUD ; pour l'impact émotionnel de souvenirs douloureux)
- Garoff et al., 2019 : Children's Impact of Event Scale (CRIES ; pour les symptômes de syndrome de stress post-traumatique) & Child and Youth Resilience Measure (CYRM ; pour la résilience chez les enfants traumatisés de guerre)

- Meyer DeMott et al., 2017 : Serious Life Events (SLE ; pour le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique). The Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25 ; pour mesurer l'anxiété et la dépression), Harvard Trauma Questionnaire (HTQ ; pour mesurer les symptômes de SSPT) & Current Life Satisfaction (CLS) et Expected Life Satisfaction (ELS) (pour mesurer la satisfaction des MNA à l'instant présent et un an plus tard)
- Oppedal et Idsoe, 2015 : Center of Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D ; pour la dépression), Impact of War-Related Traumatic Events (IWRTE ; pour identifier les expositions à la guerre), Social Support (pour le soutien de la famille, amis du pays d'accueil, amis co-ethniques), Host and Heritage Culture Competence Scale for Adolescents (Culture Competence ; pour les compétences culturelles) & Perceived Discrimination (pour la discrimination)
- Sierau et al., 2019 : Multi-Sector Social Support Inventory (MSSI ; pour la quantité et qualité du réseau du soutien social), Life Events Checklist (LEC-5 ; sur les événements de vie stressants), Posttraumatic Stress Disorders Checklist (PCL-5 ; pour les symptômes de SSPT), Patient Health Questionnaire (PHQ-9 ; pour la fréquence des symptômes dépressifs), Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7 ; pour la fréquence des symptômes d'anxiété), Somatic Symptoms Scale (SSS-8 ; pour les symptômes de stress avec répercussion sur le somatique) & Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ ; pour les symptômes émotionnels, troubles du comportement, hyperactivité, problèmes dans les relations amicales et comportement pro-social)

L'étude de Jarlby et al. (2018) se concentrait sur une observation participante pour identifier les besoins des jeunes, des entretiens de groupe et individuels afin de partir de la perspective des MNA sur leur santé mentale pour ressortir des recommandations de bonne pratique.

Deux études sur 6 (Oppedal & Idsoe, 2015 ; Sierau et al., 2019) n'ont pas fait d'intervention auprès des MNA. Ces études se sont basées sur l'analyse des différents questionnaires d'auto-évaluation présentés aux jeunes. Différentes interventions leur ont été proposées parmi les autres études : arts expressifs (Meyer DeMott et al., 2017), sport (Draper et al., 2020) et groupes de parole (Garoff et al., 2019 ; Jarlby et al., 2018). L'étude de Meyer DeMott et al. (2017) est la seule à proposer une intervention précoce, en agissant dans le premier stade du traumatisme (arrivée au pays d'accueil). Des entretiens individuels ont été proposés aux jeunes MNA pour parler de leur vécu thérapeutique (Jarlby et al., 2018), mais aussi à ceux présentant des symptômes de SSPT (Garoff et al., 2019).

5.2. Analyse par thèmes

Grâce à cette analyse des résultats généraux, 3 thèmes principaux liés aux 6 articles ont pu être identifiés : Santé mentale, Compétences culturelles et Stratégies d'adaptation. Chacun de ces thèmes sera analysé en fonction des 10 sous-thèmes présents dans les 6 articles : Troubles liés au parcours migratoire, Troubles liés à l'arrivée, Bien-être, Professionnel, MNA, Interactions sociales, Famille, Activités physiques, Activités artistiques et Relaxation.

5.2.1. Santé mentale

5.2.1.1. Troubles liés au parcours migratoire

Les 6 études démontrent que le parcours migratoire a un impact négatif très important sur les mineurs non accompagnés. Comme l'étude de Draper et al. (2020) le mentionne : "ces mineurs réfugiés constituent un groupe vulnérable qui est exposé à de multiples événements traumatiques tels que la persécution, la maltraitance sexuelle, l'emprisonnement, la torture, les pertes et autres événements traumatiques dont ils sont témoins dans leur propre pays" (Bean et al. 2007, cités par Draper et al., 2020, p.638). Garoff et al. (2019) apportent la dimension de la vulnérabilité, en effet, les MNA exposés à de multiples pertes deviennent plus vulnérables au stress et aux problèmes de santé mentale. De plus, les mineurs qui ne sont pas accompagnés ont 5 fois plus de risque de souffrir de stress engendré par leur parcours migratoire que les mineurs qui sont accompagnés d'un membre de leur famille. Ceci est dû au fait qu'être accompagné procure un meilleur sentiment de sécurité (Garoff et al., 2019). Meyer DeMott et al. (2017) expliquent dans leur étude que, pour ces jeunes, le manque d'espoir pour le futur engendre beaucoup de stress et évoque le désespoir lié à la migration. Les problèmes psychiques se développent au fur et à mesure et suivent le MNA des années après la phase migratoire. Néanmoins, Oppedal et Idsoe (2015) illustrent que le soutien familial aide à ne pas développer un stress invalidant ou de la dépression chronique.

5.2.1.2. Troubles liés à l'arrivée

A l'arrivée du MNA dans le pays d'accueil, des troubles psychiques apparaissent comme la dépression, l'anxiété, le SSPT et des troubles du sommeil, entre autres. Les changements induits par l'arrivée dans un nouveau pays comme le passage d'une culture à une autre, l'apprentissage d'une nouvelle langue, le statut socio-économique, les différents logements et écoles s'ajoutent à l'angoisse des souvenirs passés liés au parcours migratoire (Draper et al., 2020). L'environnement post-migratoire peut soit aider, soit empêcher le rétablissement après des expériences traumatiques liées à l'isolement, la discrimination ou encore les aspects légaux de la migration. Les procédures d'asile et le manque de soutien social augmentent leur

difficulté pour une meilleure acculturation (Jarlby et al., 2018). De plus, le manque de possibilités pour développer des compétences professionnelles ou académiques impacte beaucoup les MNA (Garoff et al. 2019).

Le manque de la famille au sein d'un environnement nouveau et inconnu est un autre facteur de stress pour les MNA. Néanmoins, le soutien familial améliore l'acculturation et diminue les troubles lors de l'arrivée au pays d'accueil. Pour ces jeunes, le fait d'avoir un contact avec leur famille les aide à pouvoir faire face au racisme et à la discrimination. De même, leur famille les encourage face aux problèmes quant à leur statut légal en les soutenant moralement devant les difficultés administratives (Oppedal & Idsoe, 2015).

5.2.1.3. *Bien-être*

Il est ressorti de ces articles l'impact négatif sur la santé mentale du parcours migratoire sur les MNA. Les études décrivent des troubles psychiques comme l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatiques et les divers traumatismes causés par l'isolement, la discrimination, la stigmatisation vécus par les jeunes non accompagnés. Néanmoins, les participants des différentes études ne présentaient pas tous un diagnostic psychiatrique (Draper et al., 2020).

Les jeunes ont confié que l'appartenance à un réseau social consolide la bonne santé mentale. Le fait de se sentir soutenu et de fonctionner dans la vie quotidienne est aussi important. Les jeunes ont associé le bonheur à leur bonne santé et à celle de leurs proches (famille, amis) (Jarlby et al., 2018).

Garoff et al. (2019) mentionnent que les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont des interventions utiles pour la plupart des MNA parce qu'ils préfèrent le côté pratique de la thérapie et n'aiment pas, pour la plupart, être dans la passivité comme lors d'entretiens individuels. Certains MNA trouvent que le SSPT est une conséquence inévitable de leurs expériences et ne trouvent pas tous la nécessité de le traiter, "surtout si l'accommodation à des unités de placement est instable et leur statut légal incertain" (Garoff et al., 2019, p.8). Pour les MNA, un sentiment de bien-être peut être trouvé grâce à la socialisation, la participation au groupe et les interactions sociales. De plus, des activités comme la thérapie artistique et les exercices de relaxation offrent une meilleure satisfaction de vie et un espoir pour le futur, ce qui améliore leur bien-être (Meyer Demott et al., 2017).

5.2.2. Compétences culturelles

5.2.2.1. Professionnel

Selon Draper et al. (2020), la prise en soins de ces mineurs est un défi pour les soignants car il y a la barrière de la langue et de culture qui s'additionne aux stress de l'acculturation et des événements traumatiques vécus par les jeunes. Il est plus difficile pour ces MNA de rechercher ou d'être orientés vers des prises en soins de santé mentale. Si le professionnel a un meilleur contact avec le MNA en s'intéressant à lui et à sa culture, celui-ci sera plus apte à lui donner sa confiance, ce qui formera un cercle vertueux (Garoff et al., 2019).

Les professionnels de santé se retrouvent souvent en difficulté face à cette population. Selon Jarlby et al. (2018) :

Les professionnels de la santé ne se sentent pas capables d'identifier et de traiter les besoins complexes des réfugiés. Les différences d'évaluation de la santé mentale, les barrières linguistiques et le manque de connaissances ou l'insécurité concernant la santé mentale des réfugiés peuvent alors entraîner une inégalité d'accès et de résultats en matière de soins de santé mentale entre les enfants nés dans le pays et les enfants réfugiés (p.1768).

Il est important de partir de la perspective des jeunes et de prendre en soins de manière holistique en considérant le vécu du MNA. L'approche doit se faire de façon non-stigmatisante (Jarlby et al., 2018). Chaque MNA est unique et il s'agit, lors des prises en soins, de s'adapter à leurs besoins et préoccupations mais aussi d'éprouver de la compassion pour accompagner ces jeunes dans la guérison. De même, une meilleure connaissance des différentes cultures pourrait éviter les malentendus entre les jeunes et les soignants. Partager une activité avec les jeunes permet d'instaurer une relation de confiance. Elle leur permet également de se sentir proche des soignants (Jarlby et al., 2018 ; Garoff et al., 2019).

5.2.2.2. MNA

Selon Jarlby et al. (2018), les jeunes réfugiés associent la thérapie occidentale à des discussions négatives et stigmatisantes sur les événements passés et considèrent que ces thérapies peuvent être un moyen de les re-traumatiser. Pour eux, la bonne santé mentale passe par une relation de confiance avec l'autre. D'après les MNA, les soignants devraient les soutenir à s'engager dans des activités physiques ou sociales pour renforcer le lien thérapeutique et pour qu'ils se sentent soutenus et considérés comme des êtres humains compris. L'étude faite par Oppedal et Idsoe (2015) mentionne la nécessité pour les MNA de développer une capacité d'acculturation. En effet, cela leur sert à maintenir une continuité de

leur culture d'origine, tout en développant des connaissances sur le pays d'accueil. Ceci les aidera à éviter la discrimination et un sentiment de mal-être.

5.2.3. Stratégies d'adaptation

Lors de l'intervention par Jarlby et al (2018), les jeunes ont partagé différentes formes de stratégies pour pallier les différents traumatismes :

...certains adolescents réfugiés ont cherché à se soigner par la prière et/ou la phytothérapie. En outre, les jeunes réfugiés s'efforçaient, de différentes manières, "d'oublier" les facteurs de stress de leur vie quotidienne qui avaient tendance à nuire à leur santé mentale, tels que des pensées excessives concernant des événements traumatiques passés, des préoccupations concernant le bien-être de leur famille et l'incertitude quant à l'avenir. Cette stratégie d'adaptation a été illustrée par des activités significatives telles que jouer au football, travailler, jouer de la musique ou des jeux, peindre ou marcher et parler avec d'autres personnes comme le font les gens "ordinaires" (p.1769).

Ces activités aident les jeunes à penser à d'autres choses pour ainsi se focaliser sur les aspects positifs de la vie.

5.2.3.1. Interactions sociales

Le sentiment d'appartenance à un groupe est très important pour les MNA, ils ressentent de la confiance envers les autres jeunes ayant vécu des expériences de vie similaires. Cependant, ils ont de la difficulté à faire confiance aux professionnels, c'est un long processus pour eux (Garoff et al., 2019). L'interaction sociale et l'appartenance à un groupe pratiquant la même activité ou ayant les mêmes loisirs est bénéfique pour le bien-être des jeunes. Selon King et Said (2019) : "Les approches de groupe avec des jeunes non accompagnés permettent de faire l'expérience du soutien par les pairs et de la normalisation de l'apport thérapeutique" (cité par Draper et al., 2020, p.639).

Le sentiment d'appartenance à un groupe est très important pour eux, ils ressentent de la confiance envers les autres MNA ayant vécu des expériences de vie similaires. Le sentiment de connexion à l'autre lors de groupes thérapeutiques est très important pour la compréhension de sa propre expérience (Meyer DeMott et al., 2017). Le soutien social et amical, avec des autres MNA ou des personnes originaires du pays d'accueil, aide le jeune à

savoir faire face à des situations douloureuses comme la discrimination (Oppedal & Idsoe., 2015). Néanmoins, ils éprouvent de la difficulté à faire confiance aux professionnels (Garoff et al., 2019).

5.2.3.2. Activités physiques

L'étude de Draper et al. (2020) utilise le sport comme thérapie dans la TCC pour soulager les symptômes de SSPT. En effet, le sport a un effet positif sur l'amélioration du bien-être émotionnel des jeunes. Findlay et Coplan (2008) mentionnent : "Les activités sportives ont été liées à une variété de résultats psychosociaux positifs, tels que l'affirmation de soi, la maîtrise de soi, l'affect positif et le bien-être, l'estime de soi dans les capacités physiques et l'estime de soi des pairs" (cité par Draper et al., 2020, p.639).

5.2.3.3. Activités artistiques

Selon Meyer DeMott et al. (2017), les thérapies basées sur l'art sont souvent utilisées chez les populations souffrant de problèmes psychiques. L'imagination est le pont entre le monde interne et le monde externe, ainsi, travailler sur cet espace de transition peut être bénéfique pour les MNA ayant vécu des expériences de vie traumatiques. En effet, de nombreuses interventions d'art-thérapie peuvent améliorer la confiance en soi, la capacité à gérer ses émotions ou encore la capacité à faire face à ses symptômes. La thérapie artistique impacte sur la satisfaction de vie et l'espoir pour le futur, ce qui est très bénéfique pour les MNA qui vivent dans un environnement difficile. Cette activité en groupe leur "donne le sentiment d'être connecté avec les autres, ce qui est important pour le réfugié qui a perdu sa connexion avec son propre pays, son peuple et sa culture" (Meyer DeMott et al., 2017, p.516).

5.2.3.4. Famille

L'étude de Sierau et al. (2019) montre que les jeunes ayant un soutien familial ont un sentiment plus important d'être soutenus par les autres réseaux que les jeunes sans contact familial. Les contacts avec la famille restent virtuels mais demeurent essentiels pour que les jeunes se sentent soutenus. Les MNA sans contact familial ressentent un stress plus important car ils ne savent pas comment leur famille se porte, ou même s'ils sont morts. Ces jeunes, sans contact, sont plus à risque de s'isoler et de vivre un stress de séparation. Cela a une influence sur la capacité des MNA à chercher du soutien dans le pays d'accueil (Sierau et al., 2019).

La famille est une source de bien-être, elle offre le soutien social nécessaire au MNA qui se retrouve dans une situation désarmante pour lui. Le jeune qui se sent soutenu, aimé et qui a

un sentiment d'appartenance pourra mieux faire face aux épreuves qui l'attendent. La famille du MNA peut lui offrir une continuité culturelle, c'est-à-dire le sentiment d'être compris, de partager une culture et une histoire. Le soutien familial aide de même à diminuer les symptômes de dépression, ce qui améliore en retour leur bien-être (Oppedal & Idsoe., 2015).

5.2.3.5. Relaxation

Selon Meyer DeMott et al. (2017), les exercices de relaxation peuvent être utilisés pour les MNA qui ont des troubles du sommeil, des troubles de l'alimentation, un manque d'énergie ou encore de l'anxiété sociale. S'entraîner lors de groupes de thérapie les aide à mieux faire les exercices lorsqu'ils se retrouvent seuls et en nécessité de techniques pour gérer leurs émotions. Les exercices de relaxation les aident à se réapproprier leurs sensations corporelles lors de moments de souffrance émotionnelle. De plus, savoir gérer leurs symptômes de stress seuls peut améliorer leur confiance en soi.

Les techniques de relaxation comme les exercices de respiration étaient ressenties comme excentriques par certains MNA mais très appréciées par d'autres. Cette séance de relaxation les aidait à se calmer et à rester dans le moment présent, sans être submergés par le souvenir de leurs expériences passées (Garoff et al., 2019).

5.3. Tableau comparatif

Le tableau comparatif (Tableau 5) synthétise les articles gardés pour l'analyse selon les auteurs, le type d'étude, le but, la méthode, les principaux résultats et les limites de l'étude.

Tableau 5. Tableau comparatif des études retenues pour l'analyse critique

Auteurs- Année- Lieu	Type d'étude / Niveau de preuve / Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ Recommandations
<p><u>Auteurs :</u> - Draper, A. - Marcellino, E. - Ogonnaya, C.</p> <p><u>Année :</u> 2020</p> <p><u>Lieu :</u> Angleterre</p>	<p><u>Type d'étude :</u> -Étude interventionnelle</p> <p><u>Niveau de preuve :</u> - Niveau de preuve 2, grade B de recommandations</p> <p><u>Population :</u> - 20 MNA (sexe masculin, 16-18 ans)</p>	<p>- Éviter aux jeunes, sans diagnostic de SSPT, d'être submergés psychiquement en proposant une activité physique.</p>	<p><u>Méthode :</u> - Méthode basée sur le principe de l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing ; méthode de thérapie cognitivo-comportementale) pour créer le FFF (Fast feet forward) afin de traiter les événements traumatiques passés et présents.</p> <p><u>Interventions :</u> - 9 interventions de 5 phases (sessions de 2 heures) pendant 5 semaines</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> - VOC pour la cognition positive - SUD pour l'impact émotionnel de souvenirs douloureux</p>	<p>- VOC bas avant les 9 sessions, SUD hauts. Après les 9 sessions, VOC ont augmenté et SUD ont diminué, ce qui montre une amélioration positive au niveau cognitif.</p> <p>- Intervention appréciée par les MNA car ils rapportent que l'outil FFF pourra être utilisé à n'importe quel moment de leur vie, quand un souvenir traumatique refait surface.</p>	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Participation des jeunes à toutes les sessions (3 ont finalisé) - Âge (que de 16-18) - Genre (que masculin) - Manque de suivi sur le long-terme

Auteurs- Année- Lieu	Type d'étude / Niveau de preuve / Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ Recommandations
<p><u>Auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Garoff, F - Kangaslampi, S. - Peltonen, K <p><u>Année :</u></p> <p>2019</p> <p><u>Lieu :</u></p> <p>Finlande</p>	<p><u>Type d'étude :</u></p> <p>-Étude interventionnelle</p> <p><u>Niveau de preuve :</u></p> <p>- Niveau de preuve 2, grade B de recommandations</p> <p><u>Population :</u></p> <p>18 participants : 16 garçons, 2 filles (tous entre 9 et 17 ans)</p>	<p>- Répondre aux besoins de santé mentale des MNA à l'endroit où ils vivent.</p>	<p><u>Intervention :</u></p> <p>10 sessions réparties en :</p> <ul style="list-style-type: none"> - interventions de groupe axées sur la stabilisation et la prévention de problèmes de santé mentale - interventions individuelles axées sur les traumatismes pour ceux qui présentent des symptômes post-traumatiques lors du dépistage à la fin des interventions de groupe, ou pour ceux qui veulent participer de manière individuelle. <p><u>Instruments de mesure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - CRIES pour évaluer les symptômes de SSPT - CYRM pour évaluer la résilience individuelle - SDQ pour identifier des troubles du comportement 	<ul style="list-style-type: none"> - Ce modèle de soins traumatiques par étapes n'a pas un impact direct chez les MNA mais a mis en lumière l'importance du lien de confiance dans l'approche des mineurs dans le travail sur leur santé mentale. - La participation et l'interaction sociale étaient les principaux indicateurs pour le bien-être des jeunes. Le fait de favoriser leur engagement dans un environnement social et à prendre part aux activités de la vie quotidienne (AVQ) est la meilleure façon de promouvoir leur bien-être. 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficulté à remplir les questionnaires d'auto-évaluation pour les MNA en public car cela apportait des symptômes d'anxiété sociale. - Le personnel a dû rappeler de nombreuses fois l'objectif de l'étude. - Petit échantillon de 14 participants, ce qui a amené à un manque de généralisation de l'étude.

Auteurs- Année- Lieu	Type d'étude / Niveau de preuve / Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ Recommandations
<p>Auteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jarlby, F. - Goosen, S. - Derluyn, I. - Vitus, K. - Smith Jeverlund, S. <p>Année : 2018</p> <p>Lieu : Danemark</p>	<p><u>Type d'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude qualitative <p><u>Niveau de preuve :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de preuve 2, grade B de recommandations <p><u>Population :</u></p> <p>6 participants MNA (de sexe masculin) de 17 à 18 ans.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Partir de la perspective des MNA sur leur santé mentale afin d'en ressortir des recommandations de bonne pratique. 	<p><u>Intervention :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Observation participante : utile à trouver des données sur le comportement des adolescents en matière de santé mentale pour faciliter des entretiens, elle a permis d'établir un lien de confiance. - Entretiens individuels (45min) : questions quant à leur santé mentale (suivi psychiatrique), ainsi qu'une demande de conseils pour la prise en soins. Exercice sur ce qui rend heureux et ce qui rend triste. - Entretiens de groupe (90min) : discussion autour de thèmes sélectionnés par les chercheurs. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pour améliorer leur santé mentale, il est important de prendre en compte leurs besoins, d'avoir une approche globale et non-stigmatisante de leur santé mentale. - La relation de confiance est primordiale. - L'importance d'appartenance à un groupe social. - La bonne santé est le fait de fonctionner dans la vie quotidienne en voyant la famille et les amis heureux. - Les jeunes ont abordé la spiritualité, la phytothérapie, le sport, la musique, les interactions sociales comme des stratégies pour pallier les facteurs de stress qui nuisent à leur santé mentale. 	<p><u>Recommandations :</u></p> <p>Les MNA proposent une plus grande connaissance des différentes cultures par les soignants ainsi qu'une réflexion autour des cultures, mais aussi qu'ils soient respectueux des points de vue des adolescents réfugiés.</p>

Auteurs- Année- Lieu	Type d'étude / Niveau de preuve / Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ Recommandations
<p><u>Auteurs :</u> - Meyer DeMott, M. A. - Jakobsen, M. - Wetzel-Larser, T. - Heir, T.</p> <p><u>Année :</u> 2017</p> <p><u>Lieu :</u> Norvège</p>	<p><u>Type d'étude :</u> -Etude interventionnelle</p> <p><u>Niveau de preuve :</u> - Niveau de preuve 2, grade B de recommandations</p> <p><u>Population :</u> - 143 MNA (15-18 ans) - Inclusion : parler certaines langues pour des raisons économiques -Exclusion : psychose, surconsommation de substances, comportements agressifs.</p>	<p>- Examiner si une intervention précoce, basée sur un programme d'arts expressifs peut avoir un impact à court ou long terme sur la santé mentale et le bien-être des MNA.</p>	<p><u>Méthode :</u> Comparer deux programmes : - EXIT (EXpressive arts In Transition) : activités artistiques deux fois par semaine (1h30) - LAU (Life As Usual) : activités sportives 4 fois par semaine et des activités d'éducation</p> <p><u>Intervention :</u> Mesures faites à T1 (début de programme), T2 (après 6 semaines d'intervention), T3 (5 mois après), T4 (15 mois après), T5 (25 mois après)</p> <p><u>Instruments de mesure :</u> - SLE : SSPT - HSCL-25 : anxiété, dépression - HTQ : symptômes de SSPT - CLS + ELS : Satisfaction de vie au moment présent et 1 an plus tard.</p>	<p>Il y a des différences sur le long terme entre les deux groupes : - EXIT : plus de résultats positifs en rapport avec la satisfaction de vie et d'espoir pour le futur. - Une intervention précoce en lien avec l'art peut être bénéfique pour les MNA qui ont des conditions de vie difficiles. - Les bénéfices vont de la réduction de problèmes émotionnels à la création d'espoir. -L'importance d'un environnement aidant lors de la phase post-migratoire.</p>	<p><u>Limites :</u> - Seulement 55.9% (N=80) ont complété l'étude au bout de 25 mois. - Manque de randomisation (seulement les MNA présents dans le centre d'accueil ont pu participer).</p>

Auteurs- Année- Lieu	Type d'étude / Niveau de preuve / Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ Recommandations
<u>Auteurs :</u> - Oppedal, B. - Idsoe, T. <u>Année :</u> 2015 <u>Lieu :</u> Norvège	<u>Type d'étude</u> -Étude observationnelle <u>Niveau de preuve :</u> - Niveau de preuve 2, grade B de recommandations <u>Population :</u> - 895 MNA d'origine différente (moyenne d'âge de 18.6), 948 ont participé mais 53 ont peu ou mal rempli les questionnaires.	- Observer l'impact du soutien des familles restées à l'étranger et des amis sur l'acculturation et la santé mentale des MNA.	<u>Méthode :</u> Questionnaires <u>Instruments de mesure :</u> - CES-D : auto-évaluation de la dépression - IWRTE : exposition directe des MNA à la guerre - Social Support : soutien de la famille, amis du pays d'accueil et amis co-ethniques - Culture Competence : évaluer les compétences culturelles - Perceived Discrimination : degré de discrimination	- Les participants ayant contact avec leur famille décrivaient un soutien social plus important et une dépression plus faible que ceux sans soutien familial. - Le soutien social est important pour l'acculturation au pays d'accueil et une bonne santé mentale. - Le soutien social familial et amical ont un effet direct sur les compétences en matière de patrimoine, de culture d'accueil et sur le combat contre la discrimination, ces trois domaines ayant un impact direct sur la dépression. - Il est important pour eux d'appartenir à un groupe social culturellement différent et de renforcer les activités sur les compétences culturelles pour une meilleure intégration (éviter la discrimination).	<u>Limites :</u> - Étude testée sur des hypothèses théoriques et des recherches empiriques antérieures. - Considérations liées au coût ont exclu une meilleure généralisation et précision des résultats. - Étude axée sur les symptômes intrusifs post-traumatiques liés à la guerre et la dépression. <u>Recommandations :</u> - Aller au-delà des traumatismes pour la promotion de la santé - Maintenir le lien entre les MNA et leur famille

Auteurs- Année- Lieu	Type d'étude / Niveau de preuve / Population	But de l'étude	Méthode / Intervention / Instrument de mesure	Principaux résultats	Limites/ Recommandations
<p><u>Auteurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sierau, S. - Schneider, E. - Nesterko, Y. - Glaesmer, H. <p><u>Année :</u></p> <p>2019</p> <p><u>Lieu :</u></p> <p>Allemagne</p>	<p><u>Type d'étude :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Étude de cohorte <p><u>Niveau de preuve :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Niveau de preuve 2, grade B de recommandations <p><u>Population :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 105 MNA (moyenne d'âge de 17.3 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyser les différences entre le soutien social de la famille, des amis ou des tuteurs chez les MNA avec contact familial. - Déterminer l'étendue et la différence de la qualité du soutien social des amis et des tuteurs entre les MNA avec et sans contact familial. - Analyser si la qualité du soutien social entre les trois secteurs différents (famille, amis, tuteurs) a un impact sur les SLE et leurs problèmes psychiques. 	<p><u>Méthode :</u></p> <p>Les participants ont dû remplir des questionnaires disponibles en plusieurs langues</p> <p><u>Instruments de mesure :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - MSSI : quantité/qualité du réseau de soutien social - LEC-5 : SLE (avec critères de symptômes de SSPT) - PCL-5 : Symptômes de SSPT - PHQ-9 : fréquence des symptômes de dépression - GAD-7 : fréquence des symptômes d'anxiété - SSS-8 : symptômes de stress avec répercussion somatique - SDQ : symptômes émotionnels, trouble du comportement, hyperactivité/inattention, problèmes dans les relations amicales et comportement pro-social. 	<ul style="list-style-type: none"> - Grande différence de perception quant au soutien social entre les MNA avec et ceux sans contact familial. Les MNA avec contact familial perçoivent recevoir plus de soutien de la part des amis et des tuteurs. - Association négative entre le soutien familial et l'hyperexcitation + entre le soutien amical, les intrusions et l'hyperexcitation. - Interaction entre le soutien amical et le nombre de SLE par rapport à la prédiction des symptômes d'anxiété. - Le nombre de SLE est un prédicteur important de symptômes d'anxiété, de SSPT et de dépression. 	<p><u>Limites :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Majorité des MNA (78.1%) avait un contact avec leur famille, ce qui dépasse le pourcentage des autres études. - Participation volontaire alors pas représentative de la population générale des MNA car ceux ayant le plus de symptômes peuvent éviter la participation. <p><u>Recommandations :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Investiguer les raisons du manque de contact familial pour ceux qui n'en ont pas car cela pourrait influencer les résultats quant à l'anxiété et la dépression.

5.4. Tableau synoptique

Voici le tableau synoptique qui regroupe les thématiques principales ressorties après la lecture des articles scientifiques. Ce tableau permet le développement de l'analyse par thèmes de manière simplifiée.

Tableau 6. Tableau synoptique

Thèmes	Sous-thèmes	Draper & al. (2020)	Garoff & al. (2019)	Jarlby & al. (2018)	Meyer DeMott & al. (2017)	Oppedal & Idsoe (2015)	Sierau & al. (2018)
Santé mentale	Troubles liés au parcours migratoire	√	√	√	√	√	√
	Troubles liés à l'arrivée	√	√	√		√	
	Bien-être	√	√	√	√	√	√
Compétences culturelles	Professionnel	√	√	√			
	MNA			√		√	√
Stratégies d'adaptation	Interactions sociales	√	√	√	√	√	√
	Famille					√	√
	Activités physiques	√		√			
	Activités artistiques			√	√		
	Relaxation		√		√		

6. DISCUSSION

Afin de répondre à la question de recherche de cette revue de littérature : "Quelles interventions infirmières en ambulatoire pourraient améliorer la santé mentale des MNA en situation de souffrance psychique vivant une expérience d'auto-transcendance ?", il est nécessaire d'analyser les résultats au regard de la théorie de sciences infirmières de l'AT de Pamela G. Reed.

6.1. Discussion selon les principes de l'auto-transcendance

6.1.1. La vulnérabilité

Le CII (2018) mentionne explicitement : "Les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées constituent l'un des groupes de population parmi les plus vulnérables au monde et sont confrontés à de nombreux problèmes de santé ainsi que d'accès aux soins de santé." (p.1). Les MNA ont vécu divers traumatismes lors de la phase pré-migratoire, migratoire et post-migratoire, ce qui peut favoriser des souffrances psychiques.

Les mineurs subissent, dans leur pays d'origine, des violences liées à la guerre, à la politique, aux discriminations et à la précarité. Certains sont confrontés à la mort de proches (famille, amis). Ils se retrouvent forcés de quitter leur pays pour survivre ou par nécessité. Par la suite, lors du parcours migratoire, ils se retrouvent confrontés à une réalité difficile.

Le CII (2018) dit que :

Les épreuves physiques et psychologiques subies par les migrants pendant leur déplacement entraînent – surtout pour les enfants – un risque élevé de traumatisme et de détresse psychologique, avec, potentiellement, des effets négatifs à court et long termes sur leur santé mentale (p.1).

À l'arrivée dans le pays d'accueil, les jeunes subissent différents facteurs de stress. Ils se retrouvent confrontés à une culture différente, une langue différente, la stigmatisation ou la discrimination. Ils n'ont pas de repères et sont seuls, sans parents, ni personne de confiance. S'ajoutent à cela, les contraintes administratives, juridiques et la peur de l'expulsion, le système de santé et la précarité. Le CII (2018) mentionne que : "Les infirmières jouent un rôle important aux niveaux des politiques, du système de santé et des points de prestation de soin pour aider les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à surmonter ces obstacles" (p.1).

Selon P. Reed (2009), la vulnérabilité peut apparaître lors d'événements de vie difficiles. "Les maladies chroniques et graves, le handicap, le vieillissement, le deuil, les événements traumatiques et la confrontation avec la fin de vie sont autant de contextes de vulnérabilité et de conscience accrue de la mortalité" (Smith & Parker, 2015, p.413). Le concept de vulnérabilité va augmenter la capacité d'auto-transcendance et de dépassement de soi chez un sujet. Selon la théorie de Reed (expliquée par Smith & Parker, 2015) : "les êtres humains ont un potentiel d'expansion innovante des limites de soi, il a été théorisé que la vulnérabilité est liée à une augmentation de l'auto-transcendance" (p.414). La prise de conscience de sa vulnérabilité, pour le jeune migrant, peut être déclencheur d'une force qui lui permettrait de se dépasser, de surmonter les traumatismes et d'affronter l'avenir.

Selon Smith et Parker (2015) qui développent la théorie de P. Reed :

L'auto-transcendance peut également fonctionner comme une source de bien-être lors d'une vulnérabilité accrue, en jouant le rôle de médiateur entre la vulnérabilité élevée et le bien-être pour aider la personne à transformer la perte en une expérience de croissance ou de guérison du bien-être (p.414).

6.1.2. Le bien-être

Le concept de bien-être dans la théorie de Reed (développée par Smith & Parker) désigne :

Un sentiment subjectif de santé ou de plénitude basé sur les critères propres à la personne à un moment donné. Il implique un jugement existentiel de la part de l'individu et est influencé par son histoire, sa culture, ses valeurs, sa famille et d'autres relations importantes, ainsi que par des facteurs biophysiques (pp.413-414).

Les décisions prises par la personne vont influencer son bien-être et sa capacité d'AT (Reed, 2009). Les MNA usent de différentes stratégies d'adaptation pour favoriser leur bien-être et ainsi enfouir leur passé douloureux. Il en est ressorti des différentes études analysées l'importance du lien de confiance avec le personnel soignant pour que les sentiments d'intégration, de partage ou de non-stigmatisation soient ressentis par les jeunes et favorisent leur bien-être (Sierau et al., 2019). L'interaction sociale est essentielle pour la bonne santé mentale de ces jeunes. En effet, le partage de leur culture, d'une activité et les discussions de groupes autour de thématiques ont favorisé un sentiment de confort chez les MNA (Oppedal & Idsoe, 2015 ; Sierau et al., 2019). Certains n'apprécient pas les thérapies occidentales. Ils expliquent que ces thérapies font revivre le traumatisme et qu'ils préfèrent être écoutés, et que les soignants partent de leurs perspectives ou besoins (Jarlby et al., 2018). Les jeunes ont

confié l'importance d'être considérés comme des êtres humains uniques, avec leur expérience de vie, ce qui rejoint la définition du métaparadigme de la personne selon Reed (2009).

Certains d'entre eux mentionnent le sport, l'art, la musique comme des outils pour améliorer leur bien-être. Ceci dans la mesure où ces activités leur permettent d'oublier les traumatismes du passé pendant quelques instants et de se sentir soulagés. Il en est de même avec les activités en groupe, les MNA qui partagent de bons moments avec d'autres jeunes ayant le même parcours ressentent un sentiment de normalité et de protection car ils remplissent leur besoin d'appartenance à un groupe (Draper et al., 2020 ; Jarlby et al., 2018). De plus, il est important pour ces jeunes de garder un lien avec leur culture d'origine en maintenant le contact avec leurs familles. Ceci les aide à développer moins de symptômes psychiques de dépression ou anxiété, et surtout à maintenir leur espoir en l'avenir (Sierau et al., 2019).

6.1.3. L'auto-transcendance

Selon Smith et Parker (2015), l'auto-transcendance est "la capacité à dépasser les limites de soi de diverses manières qui favorisent le bien-être" (413). Il est donc important de redéfinir ses limites et s'adapter à de nouveaux événements pour développer sa propre capacité d'auto-transcendance. En effet, cette habileté fait référence à l'élargissement des limites du soi et à la prise de conscience de dimensions plus grandes que le soi sans dévaloriser l'individu" (Reed, 2009, p.397).

6.1.3.1. Intrapersonnel

Pour Reed (2009), l'intrapersonnel signifie les valeurs et sentiments propres à chacun. Les MNA trouvent essentiel pour eux que les personnes qu'ils sont amenés à rencontrer s'intéressent à eux avant leurs problèmes psychiques. Ils veulent que leurs croyances, cultures et leurs valeurs soient prises en compte lors des différentes thérapies, interventions de groupes ou entretiens individuels avant même de parler du traumatisme passé (Jarlby et al., 2018).

Les différentes interventions proposées comme l'art, les groupes de paroles et la relaxation ont permis à ces jeunes de se retrouver et de reconnecter leur corps à leur esprit. Après un parcours difficile, l'identité personnelle est, parfois, perdue. Il est important, pour ces MNA, de se recentrer sur eux et l'instant présent avant de travailler sur les traumatismes du passé (Draper et al., 2020).

6.1.3.2. *Interpersonnel*

P. Reed (2009) décrit l'interpersonnel comme la relation avec les autres, la confrontation à une maladie. Les MNA rapportent l'importance d'une interaction sociale et d'une intégration et participation aux activités de la vie quotidienne. L'interaction sociale permet à ces jeunes d'échanger avec leurs pairs et de se sentir moins seuls dans leur nouvelle vie. Certains MNA ne se sentent pas malades psychologiquement mais sont conscients de la présence d'une souffrance psychique (Jarlby et al., 2018). Certains d'entre eux trouvent différentes stratégies d'adaptation (activités de groupe, parler avec des amis...) pour ne pas penser à ce qui les fait souffrir (manque de la famille, passé...) et pour ne pas ressentir le besoin d'un suivi psychiatrique (Jarlby et al., 2018).

De plus, il est nécessaire pour les MNA de se sentir inclus dans leur pays d'accueil. Pour cela, avoir des connaissances ou encore des amitiés de leur âge, de culture différente, leur permettrait d'être moins discriminés car cela leur procurerait plus d'informations sur les coutumes et croyances en lien avec la culture de leur pays d'accueil. Développer ces amitiés, tout en gardant le contact avec les pairs MNA leur procure un sentiment d'appartenance à un groupe, en leur donnant des outils pour être moins touchés par la discrimination ou le racisme (Oppedal & Idsoe, 2015 ; Sierau et al., 2019).

6.1.3.3. *Transpersonnel*

Selon Reed (2009), la dimension transpersonnelle touche plus que la spiritualité d'une personne. Il s'agit des croyances, d'avoir foi en un être supérieur, en quelque chose ou en quelqu'un. Cette dimension est importante chez les MNA qui se retrouvent déracinés de leur culture, sans aucun lien avec leur passé, leurs origines, autre que leurs familles, leurs croyances ou leurs souvenirs. Il est important que ces jeunes gardent cette identité et continuent à la développer tout au long de leur parcours de vie. L'étude d'Oppedal et Idsoe (2015) a démontré l'importance de maintenir le contact avec la famille pour garder un lien avec sa culture d'origine. Il est crucial de ne pas perdre ce lien car les MNA sont souvent des jeunes mineurs croyants, qui ont l'espoir de trouver le bien-être grâce à leur foi.

Sierau et al. (2019) mentionnent que le lien entre la famille et le MNA est très bénéfique pour ce dernier, leur soutien aide le jeune à garder sa culture, sa religion et ses croyances. Meyer DeMott et al. (2017) promeuvent l'art comme thérapie primaire après le traumatisme pour se reconnecter à soi-même, à ses propres émotions et à ses croyances. Il s'agit d'un moyen de s'exprimer et de se relaxer. De même, la relaxation ou les exercices de respiration aident les

MNA à se recentrer sur eux-mêmes, sans être submergés par leurs expériences négatives (Meyer DeMott et al., 2017 ; Garoff et al., 2019).

6.1.3.4. Temporel

P. Reed (2009) décrit la dimension temporelle de l'auto-transcendance comme la façon d'intégrer l'instant présent, le ici et maintenant mais aussi les expériences passées. L'étude de Draper et al. (2020) a permis de mettre en lumière l'amélioration de la cognition positive par le sport. L'impact émotionnel négatif des souvenirs des jeunes diminue grâce à la pratique du sport, qui permet de remplacer la pensée négative par une pensée positive.

Les différentes interventions ont permis aux jeunes de pratiquer la relaxation. Celle-ci permet de se concentrer sur les ressentis présents en laissant de côté le passé et le futur. Elle permet aussi de reconnecter le corps, l'esprit et les sensations physiques sans le poids des traumatismes (Meyer DeMott et al., 2017 ; Garoff et al., 2019).

6.2. Recommandations

L'analyse des différents articles permet de mettre en lumière de nombreuses recommandations pour la pratique des Soins Infirmiers dans trois domaines spécifiques : la recherche, l'enseignement et la clinique.

6.2.1. Recherche

Il est important pour la recherche autour de cette population d'inclure des études sur les MNA de sexe féminin. La majorité des participants aux études sont des garçons, il manque de littérature au sujet des mineures non accompagnées. De même, il est nécessaire d'effectuer des études interventionnelles avec un plus grand échantillonnage afin d'avoir une meilleure généralisation des résultats. Enfin, la majorité des études étaient faites sur de courtes durées, ce qui ne permet pas d'avoir un bon aperçu de l'évolution des MNA après l'intervention.

6.2.2. Enseignement

L'enseignement en Soins Infirmiers devrait accorder plus d'importance à la culture pour pouvoir développer les compétences culturelles nécessaires à la bonne prise en soins de patients migrants. En effet, les cours pratiques n'incluaient pas de patients non-francophones,

ce qui éloigne les étudiants de la réalité du terrain. Il est donc crucial d'intégrer au sein de la formation l'apprentissage de compétences culturelles au travers des ateliers pratiques. Ceci en mettant en avant des patients ne parlant pas la langue française, ce qui pourrait aider les étudiants à prendre conscience de la réalité du terrain.

Les étudiants infirmiers devraient être mieux sensibilisés à la difficulté de l'accès aux soins pour les personnes précaires ou migrantes. Il est essentiel de continuer d'inculquer les valeurs telles que le non-jugement, la tolérance, l'inclusion, le respect et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation de certaines populations.

6.2.3. Clinique

Cette revue de littérature permet de soulever différentes recommandations pour la pratique infirmière. Tout d'abord, il est crucial de pouvoir tisser un lien de confiance durable avec cette population. Il est envisageable de le faire de diverses manières mais le plus important est de les accepter tels qu'ils sont, en tant que personnes à part entière, en s'intéressant à leur culture et leur passé (Jarlby et al., 2018). Premièrement, pour aider les MNA à traverser les différentes étapes de leur insertion dans le pays d'accueil, différentes interventions peuvent être mises en place. Ces jeunes qui n'ont plus de repères peuvent avoir besoin d'un adulte qui les guide dans les différentes étapes administratives et juridiques complexes. Le rôle de l'infirmière est de pouvoir guider et accompagner le jeune MNA à travers ces différentes étapes en s'assurant de comprendre les demandes du MNA et d'être comprise (Jarlby et al., 2018). Si la communication est difficile, de par la barrière de la langue, l'infirmière peut faire appel à un traducteur. Selon le CII (2013) :

Les infirmières qui prodiguent des soins à des personnes originaires de contextes culturels ou linguistiques différents des leurs doivent être conscientes de la nécessité de prendre des mesures additionnelles pour faire en sorte que leurs interventions respectent les besoins culturels et linguistiques des clients (p.2).

De plus, il est important pour le MNA de garder un contact avec sa famille, ce qui peut le motiver à chercher de l'aide auprès des soignants. Ce contact encourage le jeune à se sentir soutenu par tous les aspects administratifs de sa démarche. En tant que soignant, il est nécessaire de l'aider à maintenir ce lien. Il est parfois important de les aider à se renseigner sur le statut vital des membres de leur famille. Ceci les aide à être moins préoccupés, surtout en cas de situations familiales complexes dues à la guerre (Sierau et al., 2019). Ensuite, les interactions sociales avec des pairs ou des jeunes du pays d'accueil permettent une meilleure

intégration. En effet, des activités en groupe favorisent l'inclusion du jeune MNA au sein du pays d'accueil, lui donnant des outils pour lutter contre la discrimination (Oppedal & Idsoe, 2015). Différentes activités (sport, art expressif...) ont permis de mettre en lumière que les activités de groupe favorisent le bien-être, le sentiment d'appartenance à un groupe et consolident le sentiment de normalité (Meyer DeMott et al., 2017). En tant que soignant, il est essentiel d'accompagner ces jeunes dans différents loisirs, activités, groupes de parole ou encore des associations pour éviter leur isolement. En partant des loisirs avec d'autres jeunes de la même culture ou d'une culture différente, les MNA se sentent moins discriminés et stigmatisés.

Selon le CII (2020) : "La santé mentale est le produit de facteurs sociaux, biologiques et environnementaux tout au long de la vie" (p.1). Il est nécessaire pour les infirmiers de prendre en compte le vécu des MNA, leurs traumatismes, leurs croyances et leur culture pour comprendre leur perspective sur le bien-être. En effet, il en dépend de chacun de juger de sa propre qualité de vie et de savoir ce qui améliore ou péjore son bien-être (Reed, 2009).

Afin d'être au plus proche de cette population et de comprendre au mieux ses besoins, il est nécessaire à l'infirmière de développer des compétences culturelles. En effet, la compétence culturelle est nécessaire pour comprendre la culture, les croyances de chacun ou encore les rites culturels. Elle permet ainsi une plus grande ouverture d'esprit par rapport à la réalité de la société occidentale actuelle. Il est essentiel chez le soignant de ne pas avoir de stéréotypes pour mieux comprendre l'autre. Selon le CII (2013) :

La compétence culturelle et linguistique exige une certaine sensibilité culturelle, c'est à dire la mise en œuvre volontaire d'un processus cognitif au terme duquel les prestataires de soins de santé en viennent à apprécier et être sensibles aux valeurs, croyances, pratiques et stratégies de résolution des problèmes propres aux cultures de leurs clients (p.2).

Les MNA ont subi et subissent différentes discriminations (de la société, d'accès aux soins...). Ainsi, l'infirmière doit user de sa compétence d'advocacy pour défendre les droits de ces jeunes. Selon le CII (2011) :

Les infirmières ont l'obligation de protéger, de respecter et de promouvoir activement le droit de chacun à la santé, en tout temps et en tout lieu. Elles doivent, à ce titre, veiller à ce que des soins adéquats soient prodigués, compte tenu des ressources disponibles et dans le respect de la déontologie des soins infirmiers (p.1).

Certains de ces jeunes ne veulent pas de thérapie occidentale car, selon eux, elles font revivre le traumatisme (Jarlby et al., 2018). L'une des compétences infirmières est celle de promotrice

de la santé (Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale (HES-SO), 2015). Il est important d'user de cette compétence pour favoriser l'empowerment, capacité d'agir sur sa vie et sur ses prises de décisions (Gottlieb, 2014), chez ces jeunes en ce qui concerne la santé mentale. Cela permettrait d'éviter les répercussions psychiatriques, à long terme, causées par les diverses expériences traumatisantes vécues avant la migration, pendant le parcours migratoire et à l'arrivée au pays d'accueil.

Pour finir, il est primordial, en tant qu'infirmière, de lutter pour l'accès aux soins à toute personne qui sollicite de l'aide. L'infirmière doit être consciente et rendre les autres conscients de la précarité subie par les MNA. Le code de déontologie du CII (2012) dit que "l'infirmière plaide pour l'équité et pour la justice sociale dans la répartition des ressources et dans l'accès aux soins de santé et aux autres services sociaux et économiques" (p.2).

La Figure 3 synthétise les différentes recommandations pour la clinique.

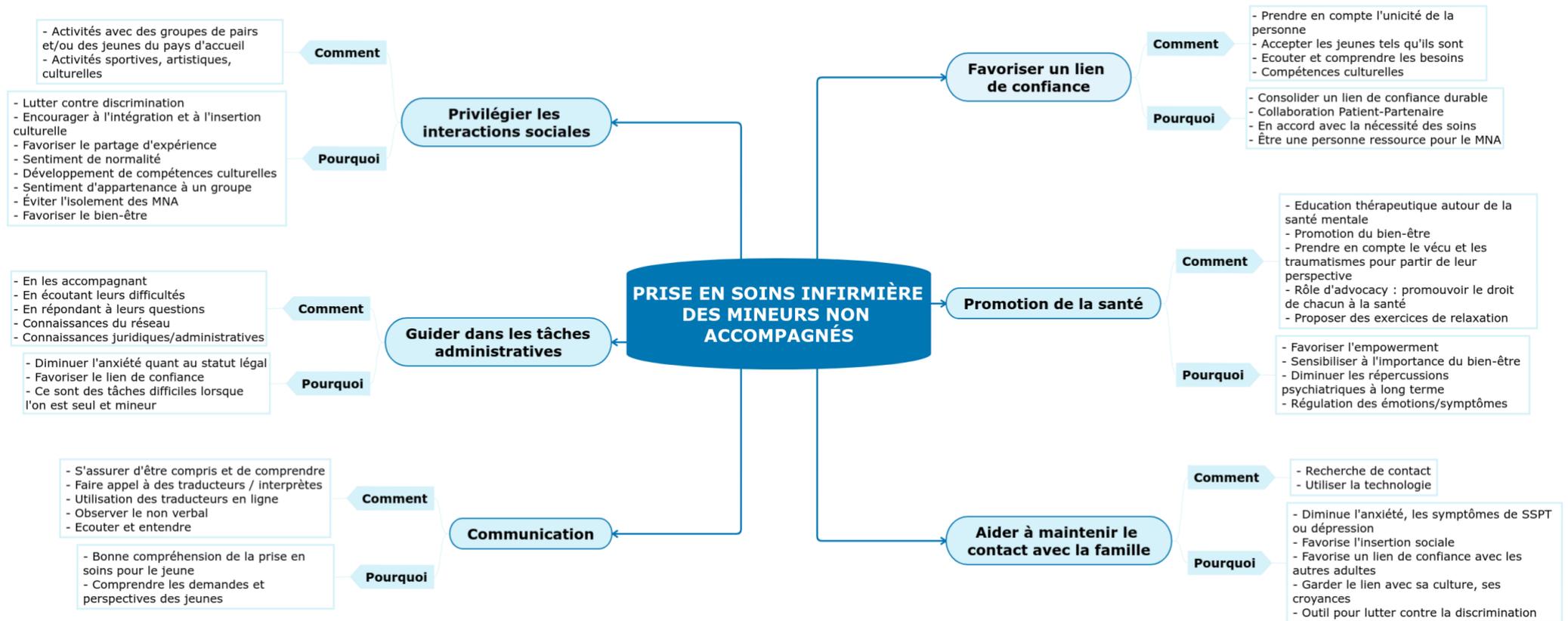


Figure 3. Prise en Soins Infirmière des MNA

6.3. Apports et limites du travail

6.3.1. Apports

Cette revue de littérature met en avant différents apports. Pour commencer, la thématique de la migration et plus précisément des MNA n'est pas encore développée et la réalité du parcours migratoire et de ces jeunes n'est pas ou peu connue. C'est un thème d'actualité car l'incidence de la migration semble augmenter. De plus, le personnel soignant aura de plus en plus de contact avec des MNA ou des adultes qui étaient auparavant mineurs non accompagnés. Il est important de prendre conscience des difficultés que traverse cette population et de développer les compétences nécessaires pour pouvoir la prendre en soins de manière optimale. L'inégalité d'accès aux soins pour ces jeunes est un problème de santé publique et il est essentiel d'en être sensibilisé en tant que futurs soignants et professionnels de santé.

La théorie choisie a permis le développement de la problématique initiale autour de thématiques comme la vulnérabilité, le bien-être et la capacité d'auto-transcendance de ces jeunes. Ceci a pu apporter plusieurs pistes de réflexion pour les différentes recommandations et la prise en soins adaptées aux MNA présentant des troubles psychiques liés au parcours migratoire, en ambulatoire.

Malgré la difficulté à trouver des articles sur la prise en soins et les perspectives des MNA, les études analysées ont été bénéfiques car il s'agissait d'interventions sur le terrain auprès de la population. Ceci a permis de recueillir les impressions des professionnels travaillant avec les mineurs mais aussi de partir des représentations et des perspectives en santé mentale des MNA.

6.3.2. Limites

Cette revue de littérature a permis d'avancer plusieurs limites à ce travail. Premièrement, la recherche d'articles a été difficile. La population des MNA n'étant pas très étudiée, il manquait de diversification des articles. De nombreux articles parlaient d'avis de professionnels sans contact avec le terrain et un petit nombre seulement partait du point de vue des MNA et de leurs besoins directs.

De plus, la plupart des études manquait de généralisation. En effet, elles étaient effectuées auprès de centres d'accueil, où peu de MNA résident, alors le nombre de participants n'était

pas suffisant pour que les résultats soient applicables à la quasi-totalité des MNA. Également, de nombreux articles ne comptent que des MNA garçons, uniquement peu d'entre eux mentionnant des filles MNA. La différence entre les MNA et les RMNA n'était pas toujours faite dans les articles, ce qui a rendu plus difficile de cibler une seule de ces populations, qui ne reçoivent pas toujours les mêmes traitements (juridique, social...) dans leur pays d'accueil. Aussi, il est important de mentionner le fait que la participation de ces jeunes aux études était difficile selon leur situation légale. Leurs déplacements constants rendent la participation jusqu'à la fin de l'étude parfois impossible.

En lien avec la théorie de soins de P. Reed, il était difficile de trouver des articles pertinents pour la population des MNA. En effet, cette théorie est applicable à tout type de population mais elle est majoritairement basée pour les personnes âgées, et en fin de vie. C'est pourquoi les recherches de la théorie de soins en lien avec les MNA sont sans résultats et qu'il a fallu adapter la théorie à la population.

Pour finir, une grande difficulté de cette revue de littérature était le manque de résultats français et le surplus de résultats anglais. Il était nécessaire de prendre le temps de traduire les études trouvées, mission parfois impossible à cause de la mise en page des articles, ce qui demandait de recopier le texte mot à mot.

7. CONCLUSION

Cette revue de littérature a permis de soulever plusieurs possibilités de réponses à la question de recherche finale autour des interventions infirmières auprès de jeunes mineurs non accompagnés en situation de détresse psychique pour favoriser leur bien-être.

Ce travail démontre l'importance de créer et entretenir un lien de confiance entre le jeune et le soignant. En effet, ce lien est une étape essentielle pour la suite des soins psychiques proposés au MNA au travers de diverses interventions. Respecter la perspective du jeune sur sa situation et sur sa définition du bien-être est le point de départ d'une prise en soins optimale. Les interactions sociales sont importantes pour ces jeunes éloignés de leur famille. Pour cela, il est possible d'organiser plusieurs activités autour du sport, de l'art, de la culture ainsi que de la relaxation pour favoriser l'inclusion du jeune dans un groupe, dans son pays d'accueil et pour maximiser son sentiment de bien-être. De plus, le soignant doit accompagner le jeune dans le maintien du contact avec sa famille, un bénéfice pour ne pas péjorer son état mental et améliorer sa capacité d'auto-transcendance.

Acquérir des compétences culturelles est nécessaire à l'infirmière pour prendre en compte la culture, la barrière de la langue et le vécu du MNA dans la prise en soins. Cela lui permet de lutter contre le racisme, les préjugés et la stigmatisation vécus par les jeunes dans le pays d'accueil, tout en favorisant leur empowerment.

Le rôle de l'infirmière en tant que promotrice de la santé est nécessaire pour travailler en collaboration avec cette population. Il faut considérer leur souffrance dans leur accompagnement et leur apporter le sentiment d'être compris pour éviter qu'ils ne s'éloignent des soignants. Leur donner les connaissances et des informations autour de la santé mentale et de la recherche du bien-être leur permet d'être plus à même de prendre soins d'eux.

L'accès aux soins à tous doit être une priorité pour les infirmières qui ont l'obligation morale et éthique d'user de leur compétence d'avocacy pour défendre le droit d'être soigné, qu'importe l'origine, l'âge, le genre ou le statut.

8. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Belien Pallet, V., Minassian, S., Lefebvre, P., & Baubet, T. (2017). Mettre des mots sur les maux. La consultation de médecine de l'adolescent pour les mineurs non accompagnés : Entre besoins de santé réels et difficultés de suivi. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*, 2(96), 109-121.
- Conseil d'État. (2013). *Premier rapport concernant les conditions d'existence des mineurs dans les centres d'accueil*. <https://www.ge.ch/document/premier-rapport-concernant-conditions-existence-mineurs-centres-accueil/telecharger>
- Conseil International des Infirmières. (2011). *Les infirmières et les droits de l'homme*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10_Droits_homme-Fr.pdf
- Conseil International des Infirmières. (2018). *Prise de position. La santé des migrants, des réfugiés et des personnes déplacées*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_A_Health%20migrants_refugees_displaced%20persons_Fr.pdf
- Conseil International des Infirmières. (2019). *Le Conseil international des infirmières souligne le rôle vital des personnels infirmiers pour la santé et le bien-être des migrants et des réfugiés*. Le Conseil international des infirmières souligne le rôle vital des personnels infirmiers pour la santé et le bien-être des migrants et des réfugiés. <https://www.icn.ch/fr/actualites/le-conseil-international-des-infirmieres-souligne-le-role-vital-des-personnels>
- Conseil International des Infirmières. (2020). *Prise de position. Santé mentale*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_A_Mental%20Health_Fr_0.pdf
- Croix-Rouge canadienne. (2020). *Quelle est la différence entre un réfugié et un migrant?* <http://www.croixrouge.ca/nos-champs-d-action/interventions-en-cours/crise-en-syrie-et-crise-des-refugies/quelle-est-la-difference-entre-un-refugie-et-un-migrant>
- Ellermann, C. R., & Reed, P. G. (2001). Self-Transcendence and Depression in Middle-Age Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 23(7), 698-713.

Gottlieb, L. N. (2014). Strengths-Based Nursing. *American Journal of Nursing*, 114(8), 24-32.

Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradations de recommandations de bonne pratique*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf

Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale. (2015). *Plan d'études cadre Bachelor 2012 : Filière de formation en Soins Infirmiers*. https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/FormationBase/SI/Reglement_s/1_plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf

Jarlby, F., Goosen, S., Derluyn, I., Vitus, K., & Jervelund, S. S. (2018). What can we learn from unaccompanied refugee adolescents' perspectives on mental health care in exile? *European Journal of Pediatrics*, 177(12), 1767-1774. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3249-0>

Majumder, P., Vostanis, P., Karim, K., & O'Reilly, M. (2019). Potential barriers in the therapeutic relationship in unaccompanied refugee minors in mental health. *Journal of Mental Health*, 28(4), 372-378. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1466045>

Migration Data Portal. (2020). *Total number of international migrants at mid-year 2019*. Migration Data Portal. <https://migrationdataportal.org/>

Müller, L. R. F., Büter, K. P., Rosner, R., & Unterhitzberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: A cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(8), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>

Office Fédéral de la Statistique. (2016). *Statistique en matière d'asile 2015*. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/news/2016/2016-01-28.html>

Office Fédéral de la Statistique. (2019). *Migrations de la population résidente permanente selon le canton, 1999-2018*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/migration-internationale.assetdetail.9466940.html>

- Office Fédéral de la Statistique. (2020). *Statistiques en matière d'asile 2019*. <https://www.sem.admin.ch/sem/fr/home/aktuell/news/2020/2020-01-31.html>
- Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 203-211. <https://doi.org/10.1111/sjop.12194>
- Organisation des Nations Unies. (2016, septembre 7). *Les enfants représentent une part disproportionnée des réfugiés, selon l'UNICEF*. Réfugiés et migrants. <https://refugeesmigrants.un.org/fr/les-enfants-repr%C3%A9sentent-une-part-disproportionn%C3%A9e-des-r%C3%A9fugi%C3%A9s-selon-lunicef>
- Organisation des Nations Unies (ONU). (2019). *Migrations*. <https://www.un.org/fr/sections/issues-depth/migration/index.html>
- Organisation Internationale pour la Migration (IOM). (2020). *Termes clés de la migration*. <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- Organisation Suisse d'Aide aux Réfugiés. (2020). *Procédure d'asile*. <https://www.osar.ch/droit-dasile/procedure-dasile.html>
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*. Chenelière éducation.
- Rothenbuehler, G. (2017). *La santé psychique des mineurs non accompagnés—Recherche qualitative sur la prise en charge psychiatrique des mineurs non accompagnés dans le canton de Vaud* [Mémoire, Centre interfacultaire en droits de l'enfant de l'Université de Genève]. RERO doc. https://doc.rero.ch/record/305471/files/Rothenbuehler_Garance_Moire_VF_CIDE2017_MIDE_15-17_13.pdf
- Service Social International - Suisse. (2017). *Manuel de prise en charge des mineur-e-s non accompagné-e-s en Suisse. Guide pratique à l'usage des professionnel-le-s* (2e éd.). https://www.ssi-schweiz.org/sites/default/files/2017-07/MANUEL_FR_WEB.pdf

Sinanian, A., & Robin-Poupard, F. (2018). Traumatismes et secrets : Les enjeux de la relation clinique avec les mineurs non accompagnés. *Nouvelle revue de psychosociologie*, N° 25(1), 177-190. <https://doi.org/10.3917/nrp.025.0177>

Smith, M. C., & Parker, M. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice* (4th ed). F.A. Davis Company.

Smith, M. J., & Liehr, P. (2014). *Middle range theory for nursing / Mary Jane Smith and Patricia R. Liehr ed* (3rd ed). Springer.

United Nations International Children's Emergency Funds. (2019). *Refugee and Migrant Children in Europe. Overview of Trends in January-June 2019*. <https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/2019-12/Factsheet%20on%20refugee%20and%20migrant%20children%20Jan-June%202019.pdf>

9. ANNEXES

9.1. Draper et al. (2020) : Grille d'analyse SPIRIT

Draper, A., Marcellino, E., & Ogonnaya, C. (2020). Fast Feet Forward : Sports training and running practice to reduce stress and increase positive cognitions in unaccompanied asylum-seeking minors. *Counselling and Psychotherapy Research*, 20(4), 638-646.
<https://doi.org/10.1002/capr.12330>

Grille d'analyse Spirit		
No. Item	Guide questions/description	Pages
1. <i>Titre</i>	Fast Feet Forward: Sports training and running practice to reduce stress and increase positive cognitions in unaccompanied asylum-seeking minors. Fast Feet Forward : Entraînement sportif et pratique de la course à pied pour réduire le stress et augmenter les cognitions positives chez les mineurs non accompagnés demandeurs d'asile. Ils sont aussi sujets à beaucoup de transitions lors de leur parcours migratoire.	638
2. <i>Enregistrement de l'essai</i>	-	-
3. <i>Version du protocole</i>	En raison de la complexité de l'élaboration d'un nouveau protocole, il a tout d'abord été appliqué à un essai pilote sur les MNA, où des résultats prometteurs ont été enregistrés qui ont conduits à une deuxième intervention de groupe. Par conséquent, dans cet article, il n'y a que la deuxième cohorte, où les procédures étaient mieux organisées.	641

4. <i>Financement</i>	-	-
5. <i>Rôles et responsabilités</i>	<p>Session de psychoéducation réalisée par des thérapeutes EMDR qualifiés : Une session de psychoéducation a été organisée avant le début du protocole. Les jeunes ont été invités à participer à une session de deux heures, animée par des interprètes professionnels, qui leur a permis de comprendre le protocole et ses objectifs.</p> <p>Tout au long du protocole sportif, les thérapeutes ont travaillé aux côtés des entraîneurs pour surveiller l'intensité de la session et fournir un soutien psychologique. L'intention derrière cela était de permettre aux jeunes de se sentir en sécurité et en confiance dans un cadre de groupe et aussi de soutenir les jeunes pendant qu'ils traitaient le traumatisme à travers le protocole.</p>	642-643
Introduction		
6. <i>Contexte et motifs</i>	<p>Les MNA constituent un groupe vulnérable qui est exposé à de multiples événements traumatiques tels que la persécution, les maltraitances sexuelles, l'emprisonnement, la torture et les pertes dans leur pays d'origine.</p> <p>Une approche thérapeutique largement utilisée pour traiter les événements traumatiques est l'EMDR (désensibilisation et retraitement par mouvements oculaires), qui est recommandée pour les enfants et les adultes.</p> <p>Outre l'application de l'EMDR, il a été démontré que le sport est positivement lié à l'amélioration du bien-être émotionnel chez les jeunes.</p>	638-639
7. <i>Objectifs</i>	<p>Cette étude a exploré l'efficacité et les avantages de l'utilisation de la course à pied et du travail à l'échelle comme forme de mouvement bilatéral en tant qu'intervention précoce pour les traumatismes et vise à aider le traitement des traumatismes par l'augmentation des cognitions et des affects positifs.</p>	641
8. <i>Conception de l'essai</i>	<p>Les auteurs de ce document reconnaissent la compréhension clinique existante tirée de la recherche sur le sport et les principes de la thérapie EMDR pour élaborer le protocole Fast Feet Forward (FFF) basé sur la stimulation bilatérale des pieds.</p> <p>L'EMDR vise à traiter les souvenirs du passé lorsque l'individu se trouve dans un endroit sûr pour le faire, tandis que la FFF vise à ce que les individus traitent les traumatismes passés et présents.</p>	639-640

Méthodes : Participants, interventions et résultats		
9. Contexte de l'étude	Les enfants ont été orientés vers l'étude par des travailleurs sociaux communautaires et des centres d'accueil du Kent.	641
10. Critères d'éligibilité	Les critères cliniques de référence étaient les suivants : difficulté à se concentrer et à apprendre, facilement distrait, semble souvent ne pas écouter, désorganisé, hyperactif, agité, difficulté à dormir, cauchemars et comportements antisociaux.	641
11. Interventions	<p>Le groupe d'enfants a été vu pendant neuf séances par trois thérapeutes utilisant le protocole de traitement de groupe. Ces adolescents ont trouvé difficile de communiquer en anglais, et par conséquent, des interprètes ont été nécessaires pour chaque MNA afin de faciliter la communication.</p> <p>Afin de mesurer l'effet de ce protocole, deux échelles, Validité de la cognition (VOC) et Unités subjectives de perturbation (SUD), ont été utilisées.</p> <p>1^{ère} session (2h) en 5 phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lors de la première session, les jeunes ont été invités à identifier un hot spot (un moment de perturbation dans le présent) qui est devenu leur cible tout au long du protocole. 2. Il leur a ensuite été demandé d'identifier les cognitions négatives et positives liées à ce hot spot. 3. Ils ont évalué le SUD et le VOC liés à ce hot spot. 4. Les jeunes ont été invités à garder le hot spot à l'esprit tout au long des mouvements bilatéraux des pieds qui comprenaient : <ul style="list-style-type: none"> - l'échauffement (10 minutes), les étirements et fentes (10 min) - Rappel supplémentaire du hot spot par un thérapeute formé à l'EMDR : exercices d'échelle de pieds rapides (30 min divisés en un pied, deux pieds, un pied en dedans et en dehors, deux pieds en dedans et en dehors, deux pieds latéraux, un pied latéral en dedans et en dehors, deux pieds latéraux en dedans et en dehors et pédale 	641-643

	<p>arrière).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exercice de course, genoux hauts, talons hauts (10 min) - Série principale, course navette, test du bip, course Coopers (30 min) - Retour au calme (5 min) et étirements statiques (5 min) <p>5. Réévaluation du SUD et du VOC liés au hot spot.</p> <p>Sessions (2h) 2 à 9 en 5 phases :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le point sensible identifié lors de la première session a été introduit dans la mémoire de travail des jeunes. 2. Il leur est demandé d'identifier les cognitions négatives et positives liées à ce hot spot. 3. Ils ont ensuite été invités à évaluer le SUD et le VOC liés au hot spot. 4. Les jeunes ont été invités à garder le hot spot à l'esprit tout au long des mouvements bilatéraux des pieds qui comprenaient : <ul style="list-style-type: none"> - l'échauffement (10 min), les étirements et fentes (10 min) - Rappel supplémentaire du hot spot par un thérapeute EMDR : exercices d'échelle de pieds rapides (30 min divisés en un pied, deux pieds, un pied en dedans et en dehors, deux pieds en dedans et en dehors, deux pieds latéraux, un pied latéral en dedans et en dehors, deux pieds latéraux en dedans et en dehors, pédale arrière) - Exercice de course, genoux hauts, talons hauts (10 min) - Série principale, course navette, test du bip, course Coopers (30 min) - Retour au calme (5 min) et étirements statiques (5 min) 5. Réévaluation du SUD et du VOC liés au hot spot. 	
12. Résultats	Leurs niveaux initiaux de VOC avant la session étaient significativement bas tandis que le score SUD avant la session était incroyablement élevé tout au long du protocole. Des scores VOC bas indiquent un manque de croyance et de confiance dans les cognitions positives, tandis que des scores SUD élevés indiquent des niveaux	643-644

	<p>élevés de perturbation. De tels scores indiquent que les MNA impliqués dans cette étude n'ont pas accepté leur traumatisme.</p> <p>Après avoir assisté à une session de FFF, il a été constaté une réduction significative des niveaux de perturbation et une augmentation des scores VOC, ce qui souligne qu'après une session, le protocole a été efficace pour aider les jeunes à traiter les traumatismes.</p> <p>Les résultats ont clairement mis en évidence que, dans une situation de traumatisme continu, ce protocole avait l'efficacité de diminuer le niveau de détresse et de perturbation ainsi que d'augmenter les croyances positives envers soi-même en lien avec les expériences traumatiques.</p> <p>Bien que le déménagement des jeunes ait rendu difficile l'achèvement du programme, l'étude a montré que la participation à plus de cinq sessions de FFF était bénéfique et efficace pour traiter les hot spots liés au traumatisme.</p> <p>Limitations : Une limitation de cette étude est que les données ont été recueillies à partir d'un petit groupe de MNA âgés de 16 à 18 ans. En tant que tels, les résultats ne peuvent pas être généralisés à une population plus large de mineurs non accompagnés. Afin d'évaluer les différences de sexe et d'âge dans les résultats du traitement, d'autres études devraient inclure des participants de sexe féminin et une gamme d'âge plus large de jeunes.</p> <p>Une autre limite de cette étude est le manque de cohérence dans la participation. Ceci est inévitable avec cette cohorte en raison des déplacements continus auxquels ils sont soumis dans le cadre du programme national de dispersion du Royaume-Uni. Malgré les déplacements continus, les résultats soulignent qu'une session a été bénéfique dans le traitement du traumatisme.</p>	
<p>13. <i>Chronologie de participation des sujets</i></p>	<p>Seuls neuf MNA sur vingt ont pu participer jusqu'à la cinquième session en raison du plan national de dispersion du Royaume-Uni.</p> <p>Ce protocole a pris fin avec la neuvième session à laquelle seuls trois MNA ont pu assister jusqu'à la fin.</p>	<p>643</p>

14. Taille de l'échantillonnage	La présente étude est un travail clinique avec 20 garçons MNA âgés de 16 à 18 ans.	641
15. Recrutement	Permettre à ces jeunes d'utiliser le protocole de manière indépendante une fois le programme terminé.	644
Méthodes : Affectation des interventions		
16. Séquençage / Mécanisme de dissimulation de l'affectation / Exécution	-	-
17. Insu (masquage)	-	-
Méthodes : Collecte, gestion et analyse des données		
18. Méthodes de collecte des données	Questionnaires SUD, VOC.	642, 643
19. Gestion des données	-	-
20. Analyses statistiques	Les résultats ont montré que la différence entre le prétraitement et le post-traitement était significative à un niveau de $p < 0,05$, les scores SUD diminuant ($t(20-1) = -5,05$, $p = 0,0000036$) et le COV augmentant ($t(20-1) = 3,78$, $p = 0,000638$).	643
Méthodes : Surveillance		
21. Surveillance des données	-	-

22. <i>Préjudices</i>	<p>Étant donné que de nombreux jeunes ayant participé à l'étude n'ont pas pu achever le travail de Fast Feet Forward en raison du plan de dispersion national, il convient d'examiner attentivement comment les changements fréquents peuvent limiter et interrompre le soutien apporté à cette cohorte.</p> <p>Les enfants non accompagnés scolarisés qui ont participé à cette étude étaient constamment soumis à des facteurs de stress tels que l'entrée dans un système éducatif dans une langue différente, l'attente du résultat de la demande d'asile et l'expérience de la discrimination et de l'hostilité. En même temps que les expériences traumatiques actuelles, ils traitaient également le traumatisme lié au fait d'avoir quitté leur pays d'origine.</p>	639, 643
23. <i>Audit</i>	-	-
Éthique et diffusion		
24. <i>Approbation de l'éthique de la recherche</i>	-	-
25. <i>Amendements du protocole</i>	-	-
26. <i>Consentement ou assentiment</i>	Ces enfants trouvaient difficile de communiquer en anglais, et par conséquent, des interprètes étaient nécessaires pour chaque MNA afin de faciliter la communication.	641
27. <i>Confidentialité</i>	-	-
28. <i>Déclaration d'intérêts</i>	-	-

29. Accès aux données	-	-
30. Soins auxiliaires et post-essai	Ceci est la deuxième version du protocole FFF.	641
31. Politique de diffusion	-	-

9.2. Garoff et al. (2019) : Grille d'analyse SPIRIT

Garoff, F., Kangaslampi, S., & Peltonen, K. (2019). Development and implementation of a group based mental health intervention for unaccompanied minors. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(1), 7-15. <https://doi.org/10.1111/sjop.12497>

Grille d'analyse SPIRIT		
No. Item	Guide questions/description	Pages
1. <i>Titre</i>	Development and implementation of a group based mental health intervention for unaccompanied minors. Développement et mise en œuvre d'une intervention de santé mentale en groupe pour les mineurs non accompagnés.	7
Introduction		
2. <i>Contexte et motifs</i>	Mise en place d'une intervention de santé mentale en groupe de 10 sessions pour les UM développée et testée dans 3 unités d'hébergement en Finlande. Sur la base d'un modèle de soins traumatiques par étape pour répondre aux besoins de santé mentale des MNA dans l'endroit où ils vivent, en groupe. Les traumatismes de guerre et les facteurs de stress liés au parcours migratoire puis à l'arrivée dans le pays d'accueil ont une influence sur la santé mentale. L'environnement dans le pays d'accueil peut favoriser ou empêcher une récupération de la santé mentale. Les défis socio-économiques, l'isolement social, la discrimination et les politiques d'immigration ont un impact sur la santé mentale des demandeurs d'asile. Les possibilités de développer des compétences de vie, un accès à l'éducation et avoir des interactions sociales peuvent être limitées pour les enfants migrants.	7-8
3. <i>Objectifs</i>	Le modèle de soins traumatiques possède deux étapes : 1) Une intervention de groupe axée sur la stabilisation et la prévention de problèmes de santé mentale. 2) Une intervention individuelle axée sur les traumatismes pour ceux qui présentent des symptômes post-	8-9

	<p>traumatiques significatifs lors du dépistage à la fin de l'intervention 1 et qui veulent participer de manière individuelle.</p> <p>Cette étude a été menée pour pouvoir trouver des outils pour combler l'écart entre les besoins en santé mentale des mineurs non accompagnés et la disponibilité des services qui les prennent en charge. Cette intervention peut aussi servir de soutien sécurisant de base pour les MNA.</p>	
<i>4. Conception de l'essai</i>	<p>L'intervention de groupe a été développée par une équipe de recherche et deux professionnels de la santé mentale spécialisés dans les réfugiés gravement traumatisés. Au cours du processus de développement, le personnel de plusieurs organisations ayant une expérience pratique avec les réfugiés a été interviewé pour passer dans des revues de bonnes pratiques. Le modèle final a été développé en adaptant le matériel existant d'autres organisations aux besoins des mineurs réfugiés, en ajoutant des éléments et des exercices pertinents à la situation des mineurs réfugiés (pas disponible dans d'autres modèle d'étude), puis en ajustant le contenu pour une mise en œuvre par des non professionnels de la santé mentale. Il a été mis en œuvre dans deux grands centres de population en Finlande de mars 2017 à mai 2018 en collaboration avec 3 unités (2 unités avec des jeunes avec un statut légal et une pour demandeurs d'asile). Il a été précédé d'une séance d'informations pour les jeunes, le personnel et des discussions de motivation par le personnel des unités d'hébergement ont été mises en place avec les jeunes.</p>	8-9
Méthodes : Participants, interventions et résultats		
<i>5. Contexte de l'étude</i>	<p>Dans trois unités d'hébergement en Finlande. L'intervention a été facilitée par la participation du personnel travaillant auprès des jeunes au quotidien.</p>	9
<i>6. Critères d'éligibilité</i>	<p>Tous les jeunes réfugiés vivant dans les unités d'hébergement participant à l'étude, ayant un permis de séjour ou étant demandeurs d'asile ont eu la possibilité de participer.</p>	10
<i>7. interventions</i>	<p>L'intervention de groupe comprenait 10 séances hebdomadaires de 90 minutes. Les interventions avaient toutes la même structure : rassemblement, exercice de relaxation et stabilisation axé sur le corps, exercice et</p>	10

	discussion sur le thème de la séance, clôture par un exercice de relaxation et le mot de la fin ou démonstration de ce que l'on ressent à l'aide de cartes illustrées.	
<i>8. Résultats</i>	<p>Les animateurs ont remarqué que les jeunes se sont installés dans le groupe et que cela reflétait le quotidien dans les foyers d'hébergement (besoin d'interactions).</p> <p>Ils ont aussi constaté qu'une relation de confiance s'était construite entre eux et les jeunes à la suite des interventions.</p> <p>Les recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'inclusion plus importante que le respect de mettre en place des groupes de jeunes du même pays ou de la même ethnie. - Un jeune avec des symptômes plus graves s'est vu être proposé des entretiens individuels plutôt que groupaux, ce qui a été plus confortable pour les jeunes et les animateurs. <p>La taille du groupe a permis une bonne interaction, une bonne intimité et un soutien mutuel (petit groupe).</p> <p>Les thèmes abordés, parfois sensibles, ont provoqué une forte émotion, ce qui ajoutait une difficulté pour les jeunes qui se sentaient mal à l'aise.</p> <p>Les activités doivent être adaptées aux jeunes. Par exemple, une des activités était basée sur le corps, ce qui a gêné certains jeunes.</p> <p>Partager cette intervention avec les membres du personnel a permis aux jeunes de s'intéresser à la culture de l'autre et vice-versa.</p> <p>Pour les questionnaires d'auto-évaluation, certaines questions ont été difficiles à répondre pour les jeunes car ils ne comprenaient pas tout. Des interprètes ont été mobilisés et les jeunes ont pu clarifier leurs questions.</p>	11
<i>9. Chronologie de participation des sujets</i>	Les groupes ne se sont pas formés dès la première intervention. Des jeunes se sont ajoutés ou ont désisté.	9

10. Taille de l'échantillonnage	Un premier groupe formé de 5 participants au départ a fini avec 7 participants. Dans le deuxième groupe, ils étaient 5 et ont fini avec 4 participants. Dans le troisième groupe, 3 jeunes ont participé. 3 autres participants ont fait l'étude en 2018, au total 18 MNA.	9
Méthodes : Collecte, gestion et analyse des données		
11. Méthodes de collecte des données	<p>Deux questions ont guidé l'étude. 1) L'intervention en groupe est-elle pratique et pertinente dans le contexte réel des unités d'hébergement ? 2) L'intervention en groupe répond-elle aux besoins de santé mentale et améliore-t-elle le fonctionnement quotidien des jeunes réfugiés ? Pour la question de recherche 1, concernant l'aspect pratique et la pertinence de l'intervention de groupe mise en œuvre, les données ont été recueillies de deux manières.</p> <p>Des discussions de groupe entre les jeunes, les chercheurs et le personnel des unités et des spécialistes de la santé mentale ont servi à recueillir les récits du changement le plus significatif et un entretien semi-structuré. Des enregistrements audios ont été complétés par les notes prises par les chercheurs. Les animateurs des groupes ont rempli un questionnaire après chaque séance pour consigner la présence des participants, les thèmes, les méthodologies, les problèmes survenus, et les moments importants et l'observation.</p> <p>Pour la question de recherche 2, des entretiens ethnographiques ont été utilisés pour explorer les aspects du bien-être des MNA dans les unités d'hébergement. De brefs entretiens semi-structurés ont été menés autour de trois questions relatives à un jeune ou un enfant spécifique et confidentiel de l'unité d'hébergement : 1) « Pensez à un jeune qui va bien, comment pouvez-vous dire qu'il va bien ? » ; 2) « Pensez à un jeune qui a des problèmes, quel genre de problèmes a-t-il ? » ; et 3) « Qu'est-ce qui aiderait une personne à se remettre de ce genre de problèmes ? » . Les entretiens ont été menés par les premiers et troisièmes auteurs avec des groupes de personnel des unités d'hébergement avant de commencer l'intervention de groupe.</p> <p>Les réponses ont été recueillies sous forme écrite et saisies dans Excel. Des questionnaires d'auto-évaluation sur les symptômes de SSPT et la résilience ont été donnés aux jeunes.</p>	9-10

<p>12. <i>Gestion des données</i></p>	<p>Les recommandations liées à la question 1 (axée sur l'aspect pratique du travail avec les MNA) ont été rassemblés par des notes et enregistrements qui ont ensuite été présentés au groupe de recherche, aux animateurs et au personnel des unités d'hébergements pour échanger sur les résultats.</p> <p>Pour la question 2 (résultats de l'intervention), des entretiens ont été réalisés. Les réponses aux entretiens et aux différentes auto-évaluations ont été retranscrites.</p>	<p>11</p>
<p>13. <i>Analyses statistiques</i></p>	<p>D'après R Core Team (2016) :</p> <p>Des données quantitatives étaient disponibles pour 13 participants. Les détails démographiques étaient disponibles pour 12 participants. Il y avait deux types de données manquantes. Premièrement, il y avait cinq points de données manquantes individuelles (sur 1 248 points de données, 0,40 % de données manquantes), représentant des questions uniques sans réponse dans des mesures prétest des symptômes de SSPT par ailleurs remplies. Ces valeurs manquantes ont été remplacées par la réponse modale de cette mesure pour le même participant. Deuxièmement, les mesures du post-test manquaient en partie pour un participant. Les réponses d'un autre participant ont été considérées comme aberrantes car le participant a nié tout symptôme ou problème dans les deux mesures d'auto-évaluation ; selon le personnel de l'unité d'hébergement, cette évaluation était inexacte. Ces participants ont été exclus des analyses pour les résultats correspondants par paire. D'après les tests t, il n'y avait pas de différences significatives entre les personnes ayant fourni des données complètes et celles dont les données étaient manquantes pour les variables d'âge ou de santé mentale au moment du prétest. Des tests t à échantillons dépendants ont été effectués pour examiner les changements dans les variables de santé mentale entre le prétest et le post-test, avec $\alpha = 0,05$, des intervalles de confiance à 95 % pour les changements entre le prétest et le post-test ont été construites, et le gav de Hedges a été rapporté</p>	<p>10</p>

	comme mesure de la taille de l'effet. Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide de R version 3.2.4.	
Méthodes : Surveillance		
14. Surveillance des données	-	
15. Préjudices	<ul style="list-style-type: none"> - Motiver les jeunes à participer aux groupes - Parler des difficultés de vie face à un groupe - Nombre de mineurs ayant fini le processus était faible - Questionnaires d'auto-évaluation étaient difficile à remplir en groupe. - Les questions posées lors des entretiens n'ont pas été systématiquement enregistrées par les animateurs du groupe. 	13
16. Audit	-	
Éthique et diffusion		
17. Approbation de l'éthique de la recherche	Le comité d'éthique de la région de Tampere a autorisé l'étude pour l'institut des diaconesses d'Helsinki et de la ville de Tampere. Les MNA considérés comme une population vulnérable ont posé des questions éthiques liées à leur situation. Les participants ont été informés à multiples reprises de l'objectif et des différentes étapes de collecte de données de l'étude mais aussi de la possibilité d'arrêter, à tout moment, la participation à l'intervention.	11
18. Amendements du protocole	-	

19. <i>Consentement ou assentiment</i>	Les différents membres du personnel, animateurs et MNA ont donné leur consentement par écrit.	11
20. <i>Confidentialité</i>	-	
21. <i>Déclaration d'intérêts</i>	-	
22. <i>Accès aux données</i>	-	
23. <i>Soins auxiliaires et post-essai</i>	-	
24. <i>Politique de diffusion</i>	-	
32. <i>Clarté des thèmes secondaires</i>	-	

9.3. Jarlby et al. (2018) : Grille d'analyse COREQ

Jarlby, F., Goosen, S., Derluyn, I., Vitus, K., & Jervelund, S. S. (2018). What can we learn from unaccompanied refugee adolescents' perspectives on mental health care in exile ? *European Journal of Pediatrics*, 177(12), 1767-1774. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3249-0>

Grille d'analyse COREQ		
No. Item	Guide questions/description	Pages
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1. Enquêteur / animateur	Derluyn, I., Goosen, S., Jarlby F., Jervelund, S. & Vitus, K.	1767
2. Titres académiques	-	-
3. Activités	<u>Derluyn, I</u> : Département de travail social et de pédagogie sociale, Université de Gand, Belgique <u>Goosen, S</u> : Association néerlandaise pour les services de santé communautaire, Pays-Bas <u>Jarlby, F</u> : Département de santé publique, Centre de recherche danois sur la migration, l'ethnicité et la santé, Université de Copenhague, Danemark <u>Jervelund, S</u> : Département de santé publique, Centre de recherche danois sur la migration, l'ethnicité et la santé <u>Vitus, K</u> : Département de sociologie et de travail social, Université d'Aalborg, Danemark	1767
4. Genre	Hommes et Femmes	1767

5. <i>Expérience et formation</i>	-	-
<i>Relations avec les participants</i>		
6. <i>Relation antérieure</i>	Pas de relation antérieure	1768
7. <i>Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur</i>	-	-
8. <i>Caractéristiques de l'enquêteur</i>	Se baser sur la perspective des jeunes réfugiés par rapport à la santé mentale, comment ils perçoivent les soins de santé mentale fournis ainsi que les services qui, pour eux, leur seraient utiles.	1768
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9. <i>Orientation méthodologiques et théorie</i>	L'étude est basée sur l'observation participante, des entretiens individuels semi-structurés et d'un entretien de groupe. L'observation participante a généré des données sur les comportements des adolescents réfugiés en matière de santé mentale et a facilité les entretiens informels. Elle a aussi permis d'établir des relations de confiance avec les adolescents réfugiés avant de mener les entretiens. Des notes ont été prises pendant les observations de terrain et ont été clarifiées dans des notes de terrain détaillées à la fin de chaque journée. Les entretiens avec les experts et les travailleurs sociaux ont permis de voir leur compréhension des problèmes de santé mentale et des besoins des adolescents réfugiés, ainsi que les approches adaptées pour répondre à leurs besoins. La perspective des jeunes était le point central de ce document. Les entretiens avec les travailleurs sociaux et les experts ne servent que d'informations de base et leurs déclarations ne sont donc pas explicitement présentées. Dans les entretiens individuels, les experts en santé mentale demandaient aux jeunes s'ils consultaient des psychologues ou médecin. Si c'était le cas, quels conseils	1769

	<p>pouvaient-ils donner pour de futures améliorations et comment avaient-ils vécu la prise en soins. Un exercice leur a aussi été proposé. Ils devaient écrire sur une feuille ce qui les rend heureux ou tristes pour voir ce qui leur fait éprouver dans leur vie actuelle des émotions positives ou négatives. Les mots-clés qui ressortaient de ces thèmes ont servi pour poser des questions aux jeunes par la suite. La dernière étape a été les entretiens de groupe où les participants ont discuté autour des thèmes sélectionnés par le chercheur sur la base de l'observation des participants et des entretiens individuels. Les entretiens individuels ont duré de 45 à 75 minutes, tandis que l'entretien de groupe a duré 90 minutes. Les données ont été collectées en danois sans interprète, car les adolescents réfugiés étaient capables de parler d'eux-mêmes, de leur vie quotidienne, de leurs besoins et de leurs difficultés, avec certains détails. La présence d'interprète n'était pas souhaitée en raison de la relation de confiance établie entre le chercheur et les adolescents réfugiés. De plus, le danois était une langue commune entre les adolescents réfugiés, ce qui rendait la communication directe plus facile lors d'entretien groupal. Des applications de traduction en ligne ont été utilisées pour clarifier tout point peu clair.</p>	
<i>Sélection des participants</i>		
10.Échantillonnage	<p>Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour identifier les adolescents réfugiés masculins non accompagnés âgés de 17-18 ans. Six adolescents réfugiés ont participé à l'étude, dont trois étaient originaires du Moyen-Orient et trois d'Asie du Sud-Est. Les adolescents réfugiés inclus sont arrivés au Danemark en tant que MNA en 2014-2015 et ont reçu des permis de séjour temporaires en tant que réfugiés allant de 1 à 5 ans. Leur durée de séjour au Danemark était de 2 à 3 ans (y compris la période en tant que demandeurs d'asile). Aucun des jeunes réfugiés de cette étude ne présentait de diagnostic psychiatrique. En revanche, tous luttait ou avaient lutté contre des problèmes de sommeil, des pensées excessives et/ou un comportement autodestructeur pour lesquels ils ont reçu un traitement psychologique de courte durée au centre d'asile et/ou dans la municipalité. Les travailleurs sociaux ont décrit certains des jeunes réfugiés</p>	1769

	comme présentant des symptômes d'anxiété, de dépression et d'hyperactivité. Au moment du travail de terrain, l'un des réfugiés, qui avait de graves problèmes de sommeil, consultait un psychologue une fois par semaine et se voyait également prescrire des médicaments sédatifs.	
11. <i>Prise de contact</i>	En présentiel entre les enquêteurs et les jeunes. Ces jeunes fréquentaient un centre municipal danois.	1768
12. <i>Taille de l'échantillonnage</i>	6 adolescents réfugiés. 3 originaires du Moyen-Orient et 3 d'Asie du Sud-Ouest.	1768
13. <i>Non-participation</i>	-	-
<i>Contexte</i>		
14. <i>Cadre de la collecte de données</i>	Dans une institution municipale danoise pour les jeunes réfugiés.	
15. <i>Présence de non-participants</i>	Non même pas d'interprète pour ne pas briser le lien de confiance entre les enquêteurs et les participants.	1769
16. <i>Description de l'échantillon</i>	6 adolescents réfugiés. 3 originaires du Moyen-Orient et 3 d'Asie du Sud-Ouest entre 17 et 18 ans. Arrivés au Danemark en tant que MNA en 2014-2015. Ils ont reçu des permis de séjour temporaires avec un statut de réfugiés d'une durée de 1 à 5 ans.	1769
<i>Recueil de données</i>		
17. <i>Guide d'entretien</i>	-	-
18. <i>Entretiens répétés</i>	-	-
19. <i>Enregistrement audio / visuel</i>	Tous les entretiens ont fait l'objet d'un enregistrement audio et d'une transcription à l'écrit.	1769
20. <i>Cahier de terrain</i>	-	-

21. <i>Durée</i>	Les entretiens individuels ont duré de 45 à 75 minutes, tandis que l'entretien de groupe a duré 90 minutes. L'observation des participants a duré 100h/14j.	1769 - 1770
22. <i>Seuil de saturation</i>	-	-
23. <i>Retour des retranscriptions</i>	-	-
Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24. <i>Nombre de personnes codant les données</i>	-	-
25. <i>Description de l'arbre de codage</i>	Cinq codes ont été retenus : sources, communauté / tristesse, passé / présent / futur, normité / déviation et facteurs d'entrave / de promotion de la santé	1769
26. <i>Détermination des thèmes</i>	-	-
27. <i>Logiciel</i>	-	-
28. <i>Vérification par les participants</i>	Les adolescents réfugiés associent la thérapie conventionnelle à des discussions d'aspects négatifs. Ils pensent que ces thérapies stigmatisent leurs passés et qu'ils risquent d'être à nouveau traumatisés. Lors de ces entretiens et observations, les experts ont pu se rendre compte de la perspective des adolescents qui était la suivante : pour améliorer la santé mentale des jeunes, il est important de prendre en compte leurs besoins, d'avoir une approche globale de la santé mentale et non stigmatisante. Le centre de la prise en soins doit être les capacités uniques de chaque jeune. La relation de confiance entre le jeune et son intervenant est fondamentale pour constituer une bonne santé mentale chez ces jeunes réfugiés.	1771

<i>Rédaction</i>		
<i>29. Citations présentées</i>	-	-
<i>30. Cohérence des données et des résultats</i>	-	-
<i>31. Clarté des thèmes principaux</i>	<p>1) Compréhension de la santé mentale et des stratégies d'adaptation : Pour les jeunes, les expériences de bonne santé sont l'appartenance à un groupe social. Exemple : un adolescent raconte que lorsqu'il était malade, deux amis sont venus l'aider dans ses AVQ. La bonne santé est aussi pour eux le fait de fonctionner dans la vie quotidienne, que les amis et la famille soient heureux. La mauvaise santé mentale est associée aux problèmes de la vie (maladie, solitude, pauvreté, guerre...). Un adolescent décrit les sensations surnaturelles qui l'empêchent de dormir la nuit comme étant provoquées par son inquiétude quant à son permis de séjour. Pour les moyens de guérisons, les jeunes ont abordé la spiritualité et la phytothérapie mais aussi l'oubli des facteurs de stress qui nuisent aux AVQ. L'incertitude quant à l'avenir, les préoccupations concernant le bien-être de leur famille sont des facteurs de stress qui nuisent à leur santé mentale. Ces jeunes mettent en œuvre des stratégies d'adaptation comme jouer au football, travailler, écouter de la musique, peindre, marcher et discuter avec d'autres personnes. Les activités physiques, sociales et artistiques aident ces jeunes à se concentrer sur autre chose, sur les aspects positifs de la vie, ce qui les rend heureux. Ces stratégies d'adaptation contrastaient avec le traitement psychologique qu'ils recevaient quand leur santé mentale allait mal. Les jeunes de cette étude se concentrent sur l'action plutôt que sur les thérapies conventionnelles qu'ils trouvent insignifiantes et inadéquates pour améliorer leur santé mentale. Le fait de travailler sur les aspects négatifs ne leur convient pas, car ils ont l'impression de revivre les expériences traumatisantes. Ces résultats montrent que l'approche occidentale orientée sur le PTSD qui se</p>	1770 - 1771

	<p>concentre sur les expériences individuelles et traumatiques du passé néglige les perceptions de la santé mentale et les aspects relationnels de ces jeunes.</p> <p>2) Santé mentale : un processus bidirectionnel : Le fait d'être soutenus pour un engagement dans des activités physiques ou sociales peut aider au rétablissement. Les jeunes proposent une meilleure connaissance des différentes cultures aux prestataires de soins pour éviter les malentendus. Il a été souligné qu'il n'est pas seulement important d'acquérir une compétence interculturelle comprise comme une compétence technique, mais aussi que les prestataires de soins de santé mentale soient autoréflexifs et réceptifs aux points de vue des adolescents réfugiés, y compris à leurs dispositions individuelles, sociales et culturelles. Prendre en soins le jeune comme un être humain unique et de façon non jugeante et non stigmatisante est important pour établir un lien de confiance. L'étude a montré que le partage d'activités (sport, manger, art...) est essentiel dans la relation et permet une réciprocité entre les participants et les prestataires de soins. En effet, ils se sentent compris (les jeunes). L'étude suggère d'élargir l'approche individualisée du traumatisme aux aspects relationnels, y compris la résilience de la communauté.</p>	
<p>32. Clarté des thèmes secondaires</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

9.4. Meyer DeMott et al. (2017) : Grille d'analyse SPIRIT

Meyer DeMott, M. A., Jakobsen, M., Wentzel-Larsen, T., & Heir, T. (2017). A controlled early group intervention study for unaccompanied minors :

Can Expressive Arts alleviate symptoms of trauma and enhance life satisfaction ? *Scandinavian Journal of Psychology*, 58(6), 510-518.

<https://doi.org/10.1111/sjop.12395>

Grille d'analyse SPIRIT		
No. Item	Guide questions/description	Pages
1. Titre	A controlled early group intervention study for unaccompanied minors: Can Expressive Arts alleviate symptoms of trauma and enhance life satisfaction? Une étude contrôlée d'intervention précoce en groupe pour les mineurs non accompagnés : Les arts expressifs peuvent-ils atténuer les symptômes du traumatisme et améliorer la satisfaction de la vie ?	510
2. Enregistrement de l'essai	-	-
3. Version du protocole	-	-
4. Financement	-	-
5. Rôles et responsabilités	L'intervention a été menée par des thérapeutes en arts expressifs (EXA) sous la supervision du chef de projet.	514
Introduction		

<p>6. <i>Contexte et motifs</i></p>	<p>Il s'agit des plus grandes crises de réfugiés depuis la Seconde Guerre mondiale. L'année 2016 a connu un record de 65 millions de réfugiés.</p> <p>Les pays européens ont reçu 13 300 demandes d'asile de MNA en 2011, soit 75% du nombre mondial (UNHCR, 2012). Le nombre de RMNA arrivant en Norvège a varié de 2 500 en 2009, 600 en 2011, 5 300 en 2015 à 320 en 2016 (The Norwegian Directorate of Immigration (UDI), 2017).</p> <p>Les MNA ont souvent été exposés à des expériences traumatiques complexes dans leur pays d'origine ou pendant leur fuite, et peuvent également être exposés à un stress et un désespoir grave en exil, ce qui signifie qu'ils courent un risque élevé de développer des troubles psychologiques.</p>	<p>510</p>
<p>7. <i>Objectifs</i></p>	<p>L'objectif de la présente étude était d'examiner si un programme d'intervention précoce basé sur les arts expressifs peut avoir un impact à court ou à long terme sur la santé mentale et le bien-être des mineurs réfugiés.</p>	<p>510</p>
<p>8. <i>Conception de l'essai</i></p>	<p>Les arts expressifs intermodaux (EXA) sont issus de l'éducation et de la thérapie musicale, de l'art-thérapie, de la thérapie par la danse et de la thérapie par le théâtre.</p> <p>Les techniques issues de la thérapie par l'art sont souvent utilisées dans le traitement par phase des personnes exposées à un traumatisme (Van Lith, 2016). Le terme de stabilisation est largement utilisé pour décrire les traitements de première phase des patients qui sont submergés par les symptômes et qui luttent avec les éléments de la vie quotidienne tels que le sommeil, l'alimentation et la socialisation.</p> <p>Sur la base de recherches antérieures, un manuel intitulé Expressive Arts in Transition (EXIT) a été élaboré. L'objectif était d'étudier les effets à long terme d'une intervention de groupe précoce et à court terme (première étape) auprès d'enfants demandeurs d'asile non accompagnés à leur arrivée. Plus précisément, l'objectif était d'étudier les différences entre EXIT et LAU (Life as Usual) et savoir si l'intervention pouvait atténuer les symptômes de stress psychologique et de traumatisme, et améliorer la satisfaction de la vie et l'espoir.</p> <p>Un pilote pour un protocole d'intervention précoce a été développé en 2008 et nommé : Expressive Arts in Transition (EXIT). Ce manuel de groupe est basé sur les principes de la première étape : sécurité, stabilisation,</p>	<p>511- 512</p>

	gestion de l'anxiété et du stress, développement des compétences de régulation des émotions et éducation aux traumatismes.	
Méthodes : Participants, interventions et résultats		
9. Contexte de l'étude	Au départ, l'étude a été menée juste à l'extérieur d'Oslo, en Norvège, au centre d'arrivée (AC) pour les RMNA, et par la suite, où qu'ils se trouvent dans d'autres installations pour réfugiés en Norvège. Peu de temps après leur arrivée, tous les MNA âgés de 15 à 18 ans (selon leur propre déclaration) ont été placés pendant 3 à 6 semaines au centre d'arrivée.	511
10. Critères d'éligibilité	Pour être éligible à l'étude, le jeune devait avoir séjourné moins de 3 semaines au CA et être prêt à rester 6 semaines de plus. Tous les participants avaient la garantie de ne pas être déplacés pendant les 6 semaines du programme.	511
11. Interventions	Le manuel comprenait deux sessions par semaine d'une heure et demie chacune pendant cinq semaines. Toutes les séances suivaient la même structure afin de renforcer la prévisibilité et la sécurité. Chaque session commençait par un rituel de "bienvenue" et se terminait de la même manière, le mot "bienvenue" étant remplacé par "prenez soin de vous". À chaque séance, les participants se plaçaient sur un "baromètre" qu'ils avaient fabriqué avec des couleurs correspondant à ce qu'ils ressentaient. Les participants avaient ainsi la possibilité de s'évaluer au début et à la fin de chaque session de groupe, en prenant conscience que les exercices et les méthodes pouvaient favoriser le changement, tant sur le plan mental que physique. L'objectif était de renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et communautaire des participants et leur capacité à faire face à leurs symptômes. En plus du baromètre, chaque session commençait par une cartographie des symptômes présents dans le groupe. Les symptômes contre lesquels les participants luttait étaient rendus transparents pour tous. Chaque session durait 10 à 15 minutes et comprenait des exercices de respiration et une partie éducative, afin que les participants puissent utiliser les exercices eux-mêmes pour faire face à des symptômes tels que l'insomnie et le manque d'énergie.	512-514

Le groupe comptait au maximum 10 participants à un moment donné. Cinq nouveaux participants sont entrés et cinq participants sont partis à chaque 5ème session. Les participants étaient la plupart du temps en cercle. Le cercle permet de se tenir et tous partagent le contrôle du groupe, en sachant qui est présent.

Session 1 : Se concentrer sur la connexion et l'engagement. Chaque participant entre dans le cercle, dit son nom et fait un mouvement lié à une activité qu'il aime, monter à cheval, jouer au football, faire voler un cerf-volant, etc. Le groupe reproduisait son mouvement. Le mouvement choisi renforçait le sentiment des participants d'être un individu distinct dans le groupe et que les différences étaient les bienvenues. Explorer l'identité dans un nouveau contexte.

Session 2 : Concentration sur l'apaisement. Imaginer un "lieu sûr" personnel. Chaque participant imaginait un paysage qu'il aimait et partageait avec l'ensemble du groupe ce qu'il voyait, entendait, sentait et ressentait. Ils peignaient les couleurs du paysage sur une feuille de papier séparée. Une enveloppe a été créée pour conserver toutes les œuvres et les informations.

Session 3 : Concentration sur l'efficacité, l'identité et l'espoir. Scénarios futurs : qu'imaginez-vous faire dans cinq ans ? Passez d'un bout de la pièce "le présent" à l'autre bout "cinq ans plus tard". Revenez au présent - tournez-vous et regardez votre passé. Quelle est la ressource qu'il est important de ne pas perdre de vue ? Retournez-vous et décidez quelle est votre première étape pour réaliser votre rêve futur ? Le fait de bouger physiquement peut aider les participants à bouger mentalement. Imaginer un bon avenir modifie les choix que vous faites dans le présent. La prochaine étape pour un garçon renfermé peut être de demander de l'aide pour faire ses devoirs et se lever le matin.

Session 4 : Se concentrer sur l'auto-efficacité. Trouvez votre "animal ressource" intérieur, trouvez ses mouvements et ses sons. Dansez la danse de l'animal et demandez au reste du groupe de reproduire ses mouvements et ses sons. Le mouvement de l'animal peut libérer les tensions et donner de l'énergie. Le fait de

	<p>refléter les mouvements de l'animal de tous les participants renforce la connexion, l'engagement et la concentration dans l'ici et maintenant.</p> <p>Session 5 : L'accent est mis sur la connectivité. Rituel d'au revoir ; le mot "bienvenue" est remplacé par "prenez soin de vous". Cinq participants sur dix quittent le groupe et cinq nouveaux commencent. Ceux qui quittent le groupe reçoivent un diplôme pour leur participation, qu'ils mettent tous dans leurs enveloppes - les enveloppes leur rappellent l'importance de garder trace de tous les certificats et documents. Les cinq qui ont continué connaissaient la structure et sont devenus des co-animateurs pour les nouveaux participants, ce qui leur a donné un rôle de leader. La même structure a été répétée lors des sessions 6 à 10.</p>	
<p>12. <i>Résultats</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • SLE (serious life events) : auto-évaluation basée sur le DSM 4 pour un diagnostic de stress post-traumatique. • HSCL-25 (The Hopkins Symptom Checklist-25): auto-questionnaire pour mesurer l'anxiété et la dépression. • HTQ (Harvard Trauma Questionnaire): cette auto-évaluation comprend des items sur 30 symptômes pour mesurer les symptômes de stress post-traumatique selon le DSM-IV. • CLS (Current Life Satisfaction) + ELS (Expected Life Satisfaction) : il s'agit d'une question sur comment les jeunes sont satisfaits de leur vie maintenant et comment ils envisagent leur satisfaction dans 1 an. Ils doivent, aussi, remplir une échelle de 1 à 10 (1 étant la pire vie et 10 la meilleure vie imaginable). <p>L'étude a montré quelques différences dans les trajectoires des plaintes de santé mentale, de la satisfaction de vie et des attentes au cours d'un suivi de 25 mois, avec des résultats plus positifs pour le groupe EXIT. Les différences étaient les plus modestes pour la santé mentale et les plus évidentes pour la satisfaction dans la vie et l'espoir pour l'avenir. À la fin du suivi, les garçons du groupe EXIT avaient une satisfaction de vie et un espoir pour l'avenir plus élevés que les garçons du groupe témoin.</p> <p>Un résultat inattendu de l'étude est que les différences entre EXIT et LAU ne sont pas apparues immédiatement après l'intervention, mais se sont développées progressivement au cours de la période d'observation. Plusieurs</p>	<p>514- 516</p>

	<p>facteurs peuvent expliquer l'évolution différente des deux groupes. L'intervention EXIT était axée sur l'apaisement, le contact, l'engagement, la sécurité et l'espoir. Les participants ont reçu une "boîte à outils" contenant des stratégies d'adaptation. Ils ont appris à se calmer et à entrer en contact avec les autres. Le fait de pouvoir maîtriser les symptômes du stress a pu renforcer leur confiance en eux. Sans l'apprentissage psychoéducatif qui a eu lieu dans le groupe EXIT, les participants du groupe LAU n'ont pas acquis les connaissances nécessaires pour faire face aux symptômes du SSPT.</p> <p>Points forts de l'étude : Les points forts de l'étude étaient plusieurs suivis sur une longue période et l'utilisation d'évaluations informatisées qui permettaient la participation de sujets analphabètes sans avoir besoin d'interprètes. Le groupe témoin LAU a participé à de nombreuses activités identiques à celles du groupe EXIT.</p> <p>Limitations : Premièrement, l'affectation des participants au groupe d'intervention ou au groupe témoin n'était pas complètement aléatoire, mais plutôt basée sur une structure prédéfinie qui tenait compte de la langue et de l'heure d'arrivée du participant. Deuxièmement, il y a eu des abandons tout au long de la période de suivi, ce qui peut avoir influencé les résultats. Troisièmement, l'origine des réfugiés participants était principalement de deux pays, ce qui peut limiter la généralisation des résultats.</p>	
<p>13. <i>Chronologie de participation des sujets</i></p>	<p>143 personnes ont rempli les instruments de dépistage au premier point de test au plus tard 3 semaines après leur arrivée en Norvège. Parmi ces personnes, 131 ont rempli la première post-évaluation après 6 semaines, 118 après 5 mois, 91 après 15 mois et 80 après 25 mois. Au moment de la deuxième évaluation, les RMNA avaient quitté le centre d'accueil et avaient été placés dans des centres d'asile pour jeunes ou adultes dans toute la Norvège.</p>	<p>512</p>
<p>14. <i>Taille de l'échantillonnage</i></p>	<p>Les participants étaient 145 garçons demandeurs d'asile non accompagnés, âgés de 15 à 18 ans. Sur les 145 MNA, 143 ont décidé de participer et ont signé le formulaire de consentement éclairé.</p>	<p>511- 512</p>

	Inclusion : L'inclusion a été limitée aux six groupes linguistiques les plus importants en raison des coûts de traduction : arabe, dari, farsi, pachto, somali et sorani. En raison des changements dans les schémas de migration, la population d'échantillonnage était composée principalement de jeunes hommes originaires d'Afghanistan (76%) et de Somalie (18%).	
15. <i>Recrutement</i>	L'information la plus importante pour les participants était que le groupe EXIT et le groupe LAU étaient assurés de rester au CA pendant 6 semaines et que les professionnels feraient de leur mieux pour les retrouver après qu'ils aient quitté le centre d'accueil trois fois sur une période de deux ans.	512
Méthodes : Affectation des interventions		
16. <i>Séquençage / Mécanisme de dissimulation de l'affectation / Exécution</i>	L'inclusion a été faite en 2009 (12 semaines), 2010 (8 semaines), et 2011 (13 semaines). L'allocation des participants à l'un ou l'autre des groupes d'intervention, EXIT ou vie habituelle LAU, était basée sur une structure prédéfinie qui assignait les UASC d'un groupe linguistique donné à l'intervention ou au contrôle, selon la semaine de leur arrivée. La structure a été alternée toutes les six semaines afin que tous les groupes linguistiques soient représentés à la fois dans EXIT et LAU.	512
17. <i>Insu (masquage)</i>	Le groupe LAU s'est vu proposer un programme d'information, une scolarité et des activités sportives. Un programme de football était proposé quatre jours par semaine, du lundi au jeudi. Le vendredi, il y avait une activité de danse. Ainsi, en fonction de leur propre motivation, les garçons du groupe LAU étaient engagés dans plusieurs activités positives.	514
Méthodes : Collecte, gestion et analyse des données		
18. <i>Méthodes de collecte des données</i>	Les participants introuvables à un moment donné étaient recherchés au T suivant et, s'ils étaient retrouvés, ils étaient inclus dans ce moment. À chaque moment, certains participants n'étaient pas disponibles pour différentes raisons : certains avaient un rendez-vous avec les services d'immigration, d'autres avaient été transférés dans un nouveau centre d'accueil ou n'habitaient plus à l'adresse indiquée. Pourtant, de nombreux ont été retrouvés au	514

	moment suivant. Les raisons les plus courantes de la non-participation sont le fait d'avoir été débouté du droit d'asile et d'avoir disparu ou d'avoir été arrêté par la police et expulsé de Norvège.	
19. Gestion des données	-	-
20. Analyses statistiques	<p>Les différences entre les groupes LAU et EXIT pour les variables d'âge, le fait que les parents soient vivants, l'éducation et les variables des SLE ont été étudiées par des tests exacts du chi carré en utilisant Monte Carlo avec 10 000 répétitions. Des modèles linéaires à effets mixtes ont étudié les différences dans les trajectoires temporelles entre les groupes LAU et EXIT avec des effets fixes comprenant les groupes (LAU ou EXIT), le temps catégorique (T1-T5) et leur interaction, et les différences aléatoires entre et au sein des personnes.</p> <p>Les analyses ont été effectuées à l'aide de R (The R Foundation for Statistical Computing, Vienne, Autriche) avec le paquet R nlme pour les modèles à effets mixtes.</p>	514
Méthodes : Surveillance		
21. Surveillance des données	-	-
22. Préjudices	Il y a eu des abandons tout au long de la période de suivi, ce qui peut avoir influencé les résultats.	516
23. Audit	-	-
Éthique et diffusion		
24. Approbation de l'éthique de la recherche	Le comité régional d'éthique de la recherche médicale et sanitaire (REK) a approuvé l'étude en 2009.	512
25. Amendements du protocole	-	-

<p>26. <i>Consentement ou assentiment</i></p>	<p>Au centre, un assistant de recherche a gardé la trace de tous les nouveaux arrivants. Les nouveaux arrivants qui se qualifiaient pour l'étude ont reçu des informations sur le contenu et l'objectif de l'étude avec l'aide d'un traducteur.</p> <p>Sur les 145 MNA, 143 ont décidé de participer et ont signé le formulaire de consentement éclairé.</p> <p>Chaque participant a été informé qu'il pouvait se retirer du projet à tout moment.</p>	<p>511- 512</p>
<p>27. <i>Confidentialité</i></p>	<p>Sur les 145 MNA, 143 ont décidé de participer et ont signé le formulaire de consentement éclairé.</p>	<p>512</p>
<p>28. <i>Déclaration d'intérêts</i></p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>29. <i>Accès aux données</i></p>	<p>-</p>	<p>-</p>
<p>30. <i>Soins auxiliaires et post-essai</i></p>	<p>Le programme EXIT a récemment été réalisé en Norvège dans le cadre de programmes scolaires pour les réfugiés, de cours de gestion du stress pour les aidants et de formations pour les infirmières de santé publique (Regional center for violence, traumatic stress and suicide (RVTS) north, 2015-2017). L'expérience a montré que le manuel est facile à apprendre.</p> <p>Des universités en Norvège et en Suisse proposent des programmes de certificat et de formation continue sur EXIT. Tous les étudiants doivent effectuer un stage supervisé de cinq semaines à la tête d'un groupe EXIT, où qu'ils vivent dans le monde. Tous les stages sont en cours d'évaluation et permettront d'acquérir des connaissances futures.</p>	<p>516- 517</p>
<p>31. <i>Politique de diffusion</i></p>	<p>Cette étude a été soutenue par les autorités norvégiennes de l'immigration (UDI).</p>	<p>517</p>

9.5. Oppedal et Idsoe (2015) : Grille d'analyse STROBE

Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(2), 203-211. <https://doi.org/10.1111/sjop.12194>

Grille d'analyse STROBE		
No. Item	Guide questions/description	Pages
1. <i>Titre et résumé</i>	<p>a) Étude observationnelle</p> <p>b) L'objectif de l'étude est d'observer l'impact du soutien social des familles à l'étranger et des amis sur l'acculturation, la discrimination et la santé mentale des MNA. Les résultats de l'étude ont montré que les participants souffraient de troubles psychiques liés à la guerre mais se sont engagés dans un processus d'adaptation dit normal pour des jeunes issus de la migration (construction de réseaux de soutien, développement des compétences culturelles).</p>	203
Introduction		
2. <i>Contexte et justification</i>	Les informations sur les ressources psychosociales susceptibles de soutenir l'adaptation psychologique après la réinstallation des MNA peuvent apporter des connaissances pertinentes sur le plan clinique et orienter les interventions visant à promouvoir la santé mentale.	203
3. <i>Objectifs</i>	L'un des buts de cette étude est de déterminer comment les MNA perçoivent le réseau familial à l'étranger et les réseaux pairs dans le pays d'accueil mais aussi d'explorer le soutien des réseaux dans l'acculturation et la réinstallation de ces jeunes en prenant en compte les aspects de leur santé mentale.	203

Méthodes		
4. Conception de l'étude	Les données ont été recueillies auprès de 895 mineurs non accompagnés (car 53 questionnaires n'étaient pas bien remplis sur les 948), d'origines différentes. L'étude a été effectuée car il y a un manque de connaissances sur les ressources psychosociales disponibles pour ces jeunes, et ces ressources peuvent les soutenir dans l'ajustement psychologique lors de l'arrivée dans le pays d'accueil.	205
5. Contexte	La collecte des données a été effectuée de fin 2006 à 2011. Tous les réfugiés non accompagnés connus (1685) ont été contactés par courrier à leur domicile et s'ils avaient moins de 16 ans, leurs tuteurs ont été contactés.	205
6. Population	Se baser sur la perspective des jeunes réfugiés par rapport à la santé mentale, comment ils perçoivent les soins de santé mentale fournis ainsi que les services qui, pour eux, leur seraient utiles.	205
7. Variables	-	-
8. Sources de données / mesures	<p>La direction norvégienne de l'immigration a fourni des informations sur le sexe, l'origine, la date de naissance, la date d'arrivée ainsi que la date et le lieu de réinstallation des jeunes.</p> <p>La dépression a été évaluée par l'échelle de dépression du Center for Epidemiological Studies CES-D. Cette échelle évalue la fréquence à laquelle la personne a ressenti 20 symptômes parmi 4 dimensions (somatiques, affects négatifs ou positifs et problèmes interpersonnels) au cours des deux dernières semaines.</p> <p>L'échelle Impact of War-Related Traumatic Events (IWRTE) comportait trois items et indiquait si les jeunes avaient été exposés directement à la guerre.</p> <p>Le soutien de trois réseaux a été évalué également : famille, amis du pays d'accueil et amis de la même ethnie.</p> <p>La compétence culturelle a été mesurée à l'aide de l'échelle de compétences en matière de culture d'accueil pour les adolescents.</p> <p>La discrimination et le contact avec la famille à l'étranger ont aussi été évalués.</p> <p>Pour le besoin des analyses, toutes les échelles ont été calculées pour obtenir une somme.</p>	205-206

9. <i>Biais</i>	Les participants ont été regroupés en petits groupes dans des lieux qui leur étaient familiers. Des assistants de l'équipe de recherche étaient là pour aider les jeunes à remplir le questionnaire en norvégien. Des outils d'explication et de traduction en anglais étaient disponibles pour les jeunes. Des traducteurs étaient présents pour traduire, si besoin, dans la langue maternelle des participants. Un chèque-cadeau de 12,50 euros a été offert aux participants.	205-206
10. <i>Taille de l'étude</i>	Sur l'ensemble de l'étude, 476 (28,25%) des réfugiés n'ont pas été localisés, 47(3.9%) ont refusé de participer et 218 (18%) qui avaient confirmé leur participation ne se sont pas présentés le jour de la collecte des données. L'échantillon de l'étude est composé de 948 participants. Les participants étaient majoritairement originaires d'Afghanistan (51%), de Somalie (12%), d'Irak (7%) et du Sri Lanka (6%), tandis que les 24% restants comprenaient des jeunes de plus de 30 autres pays. 82.4% étaient des garçons. L'âge moyen était de 18,61 ans et la durée moyenne de séjour en Norvège de 3.45 ans.	206
11. <i>Variables quantitative</i>	La dépression a été mesurée par l'échelle de dépression du Center For Epidemiological Studies pour adolescents. Une version Norvégienne a été utilisée. L'échelle CES-D évalue la fréquence, dans la semaine qui précède, de 20 symptômes ressentis par la personne selon quatre dimensions : somatiques, affects négatifs, affects positifs et problèmes interpersonnels. Le soutien de ces jeunes a été évalué sur trois réseaux : soutien familial, amis du pays d'accueil et amis de la même ethnie.	206
12. <i>Analyses statistiques</i>	Les réfugiés non accompagnés connus dans 41 municipalités du pays ont été ciblés, n = 1 685. Des lettres les invitant à participer ont été envoyées à leur domicile et, s'ils avaient moins de 16 ans, les lettres étaient envoyées à leur tuteurs. Sur l'ensemble de l'échantillon invité, 476 réfugiés (28,25 %) n'ont pas pu être localisés ; 47 (3,9 %) ont refusé de participer et 218 (18,5 %) ont été interrogés. 47 (3,9%) ont refusé de participer et 218 (18,0%) jeunes qui avaient confirmé leur participation ne se sont pas présentés le jour de la collecte des données. L'échantillon de l'étude, composé de 948 participants, représentait 78,4 % de la base de sondage finale.	206-207

	Dépression / IWRTE : 79% des participants ont rapporté des expériences de guerre directes, 52% avaient des symptômes intrusifs actuels associés à ces événements. Le CES-D n'a pas été validé cliniquement en Norvège. Famille à l'étranger : Environ la moitié des participants, soit 458 (51,2%), avaient des contacts avec leur famille à l'étranger, qu'il s'agisse de la mère (n = 284), du père (n = 135), des frères et sœurs (n = 301) et/ou des grands-parents, oncles, tantes et cousins.	
Résultats		
<i>13. Population</i>	Parmi les 79% des participants qui ont rapporté des expériences de guerre directes, 52% avaient des symptômes intrusifs actuels associés à ces événements. Environ la moitié des participants, soit 458 (51,2%), avaient des contacts avec leur famille à l'étranger, qu'il s'agisse de la mère (n = 284), du père (n = 135), des frères et sœurs (n = 301) et/ou des grands-parents, oncles, tantes et cousins (n = 54, 170, 124 respectivement). Les participants avec un soutien de la part de la famille ont décrit un soutien social plus important et des niveaux de dépression plus bas.	206
<i>14. Données descriptives</i>	La collecte des données a été réalisé entre 2006 et 2011. 53 participants ont été exclus car des valeurs manquantes sur la plupart des items du questionnaire ont été constatées.	206
<i>15. Données obtenues</i>	Le soutien social de la famille, des amis co-ethniques et des amis d'accueil avait des effets indirects sur la dépression mais directs sur la discrimination et l'héritage culturel.	206
<i>16. Principaux résultats</i>	- Les participants qui avaient contact avec leur famille ont décrit un soutien social plus important et une dépression plus faible que les participants sans soutien familial. - Les jeunes rapportent que le soutien social est important pour l'acculturation au pays d'accueil et à une bonne santé mentale. Ils possèdent un esprit d'initiative et ont envie de réussir dans leur pays d'accueil.	207

17. <i>Autres analyses</i>	-	-
Discussion		
18. <i>Résultats clés</i>	Les jeunes réfugiés, en plus de connaître des problèmes de santé mentale liés au parcours migratoire, subissent le processus d'adaptation. Ils doivent reconstruire des réseaux de soutien et de développent des compétences culturelles pour pallier la solitude et la péjoration de la santé mentale. Cela peut être interprété comme l'ambition de réussir dans le pays d'origine. Le soutien social n'est pas seulement bénéfique pour la santé mentale mais a aussi un effet d'augmentation des compétences qui aident les jeunes réfugiés à faire face à la discrimination.	207-208
19. <i>Limitations</i>	Insuffisances de la conception transversale sur les effets, la causalité et les prédictions. Le modèle a été testé sur des hypothèses théoriques et recherches empiriques antérieures. Les considérations de coûts ont exclu une collecte et une conception plus précise et complexe des données. L'étude s'est axée sur les symptômes intrusifs de SSPT liés à la guerre et la dépression. L'impact de la guerre et le fait d'être un réfugié peuvent aussi affecter d'autres dimensions de la santé mentale. La mesure des symptômes de SSPT liés à la guerre ne comportait que deux items d'intrusion.	208-209
20. <i>Interprétations</i>	Les résultats montrent l'importance du soutien social pour un processus d'acculturation positif et une meilleure santé mentale. Les enfants réfugiés maintiennent le contact avec la famille à l'étranger qui favorise le sentiment de soutien. Ces jeunes souffrent de problèmes de santé mentales plus élevés que les autres jeunes mais développent une acculturation nécessaire pour acquérir des connaissances précoces aux AVQ et une compétence culturelle dans le pays d'accueil. Les résultats de l'étude orientent vers une intervention, auprès de ces jeunes, de promotion de la santé. Cette promotion de la santé devrait aller au-delà des traumatismes auxquels ces jeunes ont été exposés. Les travailleurs sociaux s'impliquent dans la localisation de la famille à l'étranger pour maintenir le lien entre les jeunes réfugiés et les familles. Les résultats montrent aussi l'importance	209

	de lier ces jeunes à un groupe social culturellement différent et de renforcer les activités sur la compétence culturelle des jeunes pour un bonne intégration et un bon partage et pour éviter les discriminations et améliorer la santé mentale des jeunes réfugiés.	
21. <i>Généralisabilité</i>	Les jeunes qui ont contact avec leur famille à l'étranger ont un niveau élevé de soutien, même si la communication directe et le contact physique sont entravés par la distance.	209

9.6. Sierau et al. (2019) : Grille d'analyse STROBE

Sierau, S., Schneider, E., Nesterko, Y., & Glaesmer, H. (2019). Alone, but protected? Effects of social support on mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(6), 769-780. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1246-5>

Grille d'analyse STROBE		
No. Item	Guide questions/description	Pages
1. Titre et résumé	<p>La présente étude analyse les différences entre le soutien social perçu de la famille, des pairs et des mentors adultes chez les MNA, avec des analyses en sous-groupes du soutien des pairs et des mentors chez les MNA avec et sans contact familial. L'objectif est de savoir si le soutien social de chacun des trois secteurs modère la relation entre les événements de vie stressants (SLE) et la santé mentale des MNA avec contact familial.</p> <p>Des données de questionnaire ont été recueillies auprès de 105 MNA masculins originaires de Syrie et d'Afghanistan âgés de 14 à 19 ans qui vivaient dans des foyers collectifs des services de protection de l'enfance à Leipzig, en Allemagne, au cours de l'été 2017. Les MNA reçoivent le plus de soutien social de la part de leur famille, suivi par les pairs et les mentors adultes. Les MNA sans contact familial ont reçu moins de soutien de la part des pairs et des mentors que les jeunes avec contact familial. Un soutien social plus faible de la part des mentors a augmenté le risque de SSPT, de dépression et de symptômes d'anxiété après le SLE, tandis qu'un soutien social plus faible de la part des pairs a augmenté l'association entre le SLE et les symptômes d'anxiété. Le soutien des mentors et des pairs dans le pays d'accueil est pertinent pour le traitement du SLE. Les MNA sans contact familial représentent un groupe à "double charge", car ils peuvent se sentir moins soutenus par d'autres réseaux sociaux.</p>	769

Introduction		
2. Contexte et justification	<p>Dans des recherches antérieures, il a souvent été noté que les MNA pourraient être plus à risque de souffrir de troubles psychiques en raison de la séparation des membres de la famille ainsi que d'événements de vie stressants cumulatifs (SLE) associés aux expériences avant, pendant et après la fuite ainsi que pendant le processus d'acculturation dans le pays d'accueil. Dans une revue sur la santé mentale des MNA, Witt et ses collègues (2015) rapportent des taux de prévalence accrus de symptômes (en particulier d'intériorisation, avec 23-82% dans les auto déclarations, 20-71% dans les déclarations des soignants et 42-56% dans les entretiens cliniques. Le syndrome de stress post-traumatique (SSPT) était le trouble le plus fréquent chez les MNA, avec des taux de prévalence compris entre 17 et 71%, suivi par la dépression (entre 12 et 44%), et les troubles anxieux (entre 18 et 38%). En outre, les MNA ont signalé des symptômes somatiques, des troubles du sommeil, des problèmes d'attention, un retrait social et des problèmes avec leurs pairs.</p> <p>Des études ont identifié le soutien social comme un facteur de protection majeur dans les populations traumatisées, et plus particulièrement chez les jeunes réfugiés. Le soutien social peut atténuer le développement des symptômes et favoriser la santé mentale chez les personnes provenant de zones de conflit et souffrant de troubles multiples du langage. Seules quelques études ont été menées sur la relation entre le soutien social et la santé mentale des MNA dans la période qui suit leur voyage. Les réseaux sociaux existants des MNA sont souvent perdus ou ont changé à cause de la migration. Ainsi, les réseaux en dehors de la famille peuvent jouer un rôle important pour la santé mentale de ces jeunes.</p>	769-770
3. Objectifs	<p>Étant donné le manque de recherches sur le rôle des différents secteurs de soutien social pour la santé mentale des MNA, le premier objectif de la présente étude est d'analyser les différences entre le soutien social des membres de la famille, des pairs et des mentors chez les MNA avec contact familial. Deuxièmement, il faudrait examiner dans quelle mesure la qualité du soutien social provenant de réseaux extérieurs à la famille (camarades et mentors adultes) diffère chez les MNA avec ou sans contact familial. Troisièmement, il faudrait</p>	771

	analyser chez ces jeunes avec contact familial si la qualité du soutien social de chacun des trois secteurs modère la relation entre le SLE et les problèmes de santé mentale. Il est attendu qu'un niveau élevé de soutien social diminue la relation entre le nombre de SLE et la santé mentale, alors qu'un faible niveau de soutien social intensifie cette association.	
Méthodes		
4. Conception de l'étude	Après avoir été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de médecine de l'université de Leipzig, l'étude a été menée dans des foyers de groupe résidentiels de l'Office de protection de la jeunesse de Leipzig.	771
5. Contexte	De juin à août 2017, un total de 142 MNA masculins arabophones et persianophones ont été adressés dans 13 des plus grands foyers collectifs (n > 5 MNA) pour les inviter à participer à l'étude, avec N = 107 (75,0%) participant à l'étude. Un total de 35 MNA (25,0 %) n'étaient pas disponibles au moment de l'enquête et/ou n'étaient pas intéressés par l'étude. Deux MNA ont mis fin prématurément à leur participation en raison de problèmes de compréhension et de détresse actuelle. L'échantillon final était composé de N = 105 participants masculins âgés de 14 à 19 ans, l'âge moyen étant de 17,3 ans.	771
6. Population	Les critères d'inclusion étaient la compréhension et la pratique de l'arabe, du farsi ou de l'allemand, ainsi que le consentement écrit du tuteur légal. Des rendez-vous ont été fixés avec les soignants des foyers de groupe, les MNA et les interprètes travaillant pour l'étude. Avant les évaluations, les MNA ont été pleinement informés du contenu et des objectifs de l'étude, et un consentement écrit a été obtenu si les jeunes étaient intéressés par une participation à l'étude.	771
7. Variables	Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de SPSS version 24 avec un niveau de test bilatéral de $\alpha = 0,05$. En outre, des analyses modératrices ont été effectuées avec le Process Makro pour SPSS.	773
8. Sources de données / mesures	Les questionnaires étaient disponibles en arabe, en farsi et en allemand et ont été remplis avec l'aide d'interprètes (arabe, dari et farsi). Le questionnaire comprenait des informations sociodémographiques	771-773

	<p>générales (c'est-à-dire l'âge, l'éducation, l'expérience de la lumière et la situation de vie actuelle) ainsi que des questions sur le soutien social, le SLE et la santé mentale actuelle.</p> <p>Le soutien social perçu par le MNA dans les trois secteurs (famille, pairs et mentors) a été évalué à l'aide de l'inventaire du soutien social multisectoriel (MSSI).</p> <p>Le nombre de SLE a été évalué à l'aide de la liste de contrôle des événements de la vie pour le DSM-5 (LEC-5).</p> <p>Les symptômes du SSPT ont été mesurés à l'aide de la liste de contrôle du trouble de stress post-traumatique (PCL-5).</p> <p>Les symptômes de la dépression ont été mesurés à l'aide du Patient Health Questionnaire, module à 9 items (PHQ-9)</p> <p>Les symptômes d'anxiété ont été évalués à l'aide de l'échelle du trouble d'anxiété généralisée (GAD-7).</p> <p>Les symptômes somatiques ont été mesurés à l'aide de l'échelle des symptômes somatiques (SSS-8).</p> <p>Les problèmes de comportement au cours des 6 derniers mois ont été évalués à l'aide du Questionnaire sur les forces et les difficultés (SDQ).</p>	
9. <i>Biais</i>	<p>En outre, les résultats peuvent être faussés par un biais de sélection, car la participation à l'étude était volontaire. Par conséquent, les MNA présentant une charge symptomatique extrême peuvent avoir évité la participation, de sorte que les valeurs moyennes des problèmes de santé mentale présentées dans cette étude pourraient ne pas être représentatives de l'ensemble de la population des MNA.</p> <p>De plus, la désirabilité sociale peut avoir influencé les réponses des MNA, ce qui est un problème courant dans les populations de réfugiés, en particulier en ce qui concerne l'auto-évaluation des éventuelles déficiences du fonctionnement social.</p>	777
10. <i>Taille de l'étude</i>	<p>Un total de 142 MNA masculins arabophones et persianophones ont été adressés dans 13 des plus grands foyers collectifs (n > 5 MNA) pour les inviter à participer à l'étude, avec N = 107 (75,0%) participant à l'étude.</p>	777

11. Variables quantitatives	-	-
12. Analyses statistiques	-	-
Résultats		
13. Population	-	-
14. Données descriptives	-	-
15. Données obtenues	<p>Les résultats ont montré que 59,8% des MNA (n=52) montraient des troubles de la santé mentale avec 40% de dépression (n=42) et 30,5% de stress post-traumatique (n=32). En ce qui concerne les différences de soutien social entre les MNA avec contact familial (n= 82, 78.1%) et sans contact familial (n=23, 21.9%), il existe une grande différence sur la perception du soutien social. En effet, les MNA avec contact familial perçoivent recevoir plus de soutien de la part des amis et des tuteurs. Les résultats montrent que les deux groupes reçoivent plus de soutien de la part des amis que des tuteurs mais aussi qu'il y a une association négative entre le soutien familial et l'hyperexcitation de même qu'une association négative entre le soutien amical et les intrusions ou l'hyperexcitation. Il n'y a pas d'effets entre le soutien familial et le nombre de SLE mais il y a une interaction entre le soutien amical et le nombre de SLE par rapport à la prédiction de symptômes d'anxiété. De même, il y a une interaction entre le nombre de SLE avec soutien de tuteurs sur les symptômes de SSPT, la dépression, l'anxiété et les symptômes somatiques. Il en est aussi ressorti que le nombre de SLE est un prédicteur important de symptômes d'anxiété, de stress post-traumatique et de dépression.</p>	775-777
16. Principaux résultats	<p>Les résultats montrent que les MNA reçoivent plus de soutien social de la part de leur famille, suivi de leurs amis et enfin de leurs tuteurs, même si le soutien familial se fait par téléphone ou par réseaux sociaux. Il est important</p>	775-777

	de noter que le manque de soutien familial peut être relié à un manque d'information sur la situation du pays natal : disparition d'un membre de la famille, pas d'information sur leurs décès ou non, le lieu où se trouvent les membres de la famille. Ceci est un facteur de risque pour le développement de trouble d'anxiété ou de stress post-traumatique. Comme prédit au début de l'étude, un haut niveau de soutien social protège les MNA des effets des SLE sur la santé mentale. Alors qu'un faible niveau de soutien intensifie la relation entre les SLE et les symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété.	
<i>17. Autres analyses</i>	-	-
Discussion		
<i>18. Résultats clés</i>	Les résultats montrent que les MNA reçoivent plus de soutien social de la part de leur famille, suivi de leurs amis et enfin de leurs tuteurs, même si le soutien familial se fait par téléphone ou par réseaux sociaux. Il est important de noter que le manque de soutien familial peut être relié à un manque d'information sur la situation du pays natal : disparition d'un membre de la famille, pas d'information sur leur décès ou non, le lieu où se trouvent les membres de la famille. Ceci est un facteur de risque pour le développement de trouble d'anxiété ou de stress post-traumatique. Comme prédit au début de l'étude, un haut niveau de soutien social protège les MNA des effets des SLE sur la santé mentale. Alors qu'un faible niveau de soutien intensifie la relation entre les SLE et les symptômes de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété.	775-777
<i>19. Limitations</i>	L'échantillon est composé (à quelques exceptions près) de MNA masculins originaires de Syrie et d'Afghanistan, ce qui limite la généralisation des résultats aux MNA d'autres pays et régions, par exemple l'Afrique. Néanmoins, le pourcentage plus élevé de MNA originaires du Proche-Orient était représentatif de la population des MNA de l'été 2017. En outre, les résultats peuvent être faussés par un biais de sélection, car la participation à l'étude était volontaire. Par conséquent, les MNA présentant une charge symptomatique extrême peuvent avoir évité la participation, de sorte que les valeurs moyennes des problèmes de santé mentale présentées dans cette	777

	étude pourraient ne pas être représentatives de l'ensemble de la population des MNA. Ceci est courant pour les groupes ayant un niveau élevé de stigmatisation concernant les troubles mentaux. De plus, la désirabilité sociale peut avoir influencé les réponses des MNA, ce qui est un problème courant dans les populations de réfugiés, en particulier en ce qui concerne l'auto-évaluation des éventuelles déficiences du fonctionnement social.	
<i>20. Interprétations</i>	-	-
<i>21. Généralisabilité</i>	Le présent échantillon est composé (à quelques exceptions près) de MNA masculins originaires de Syrie et d'Afghanistan, ce qui limite la généralisation des résultats aux MNA d'autres pays et régions, par exemple l'Afrique.	777