

## Table des matières

1	Résumé .....	4
2	Introduction .....	7
3	La problématique.....	8
3.1	Les migrants .....	8
3.1.1	Réseau de santé et migration.....	9
3.1.2	Ressources et réseau socio-sanitaire .....	10
3.2	Les adolescents .....	12
3.3	Le stress posttraumatique .....	12
3.4	Interactions entre les sujets : migration, adolescence et stress post traumatique .....	14
3.5	Prise en soin des migrants adolescents souffrant d'un stress post traumatique.....	14
4	La question de recherche .....	15
5	Méthodologie.....	16
6	Résultats.....	17
6.1	Analyse critique des articles .....	20
6.2	Comparaison des articles .....	25
7	Discussion et perspectives .....	30
7.1	Limites .....	31
7.2	Recommandations et propositions pour la pratique .....	32
8	Conclusion.....	33
8.1	Commentaires des auteurs .....	34
9	Bibliographie .....	35

## 2 Introduction

Étudiants en dernière année de soins infirmiers, il nous a été demandé de rédiger une étude de revue de littérature en nous basant sur une question de recherche aux choix. A partir de là, nous avons d'abord exploré le terrain pour mieux comprendre le sujet choisi.

Pour se faire, nous avons été dans un premier temps à la Polyclinique Médicale Universitaire où nous avons rencontré Yann L'Hostis, infirmier chef de service du centre des populations vulnérables (Unité de soins aux migrants). Il nous a donné quelques documentations ainsi que des contacts de médecins avec lesquels nous pouvions mener un entretien pour mieux cerner la situation. Ensuite, nous avons rencontré Fanny Tribolet, infirmière à la fondation du point d'eau qui a également répondu à certaines de nos questions et donné des informations sur les différentes structures qui s'occupent des migrants ainsi que son travail auprès de la fondation. Dans un deuxième temps, nous avons rencontré le Dr. Jean-Claude Metraux, pédopsychiatre, qui nous a remis de la documentation et expliqué sa manière de prendre en charge les adolescents migrants.

Toutes ces actions nous ont permis de construire notre problématique et de développer une partie de la discussion. et ensuite, nous avons cherché et analysé des articles scientifiques en lien avec notre sujet en essayant de répondre à la question de recherche. Nous avons également ressorti de nos articles, plusieurs pistes d'interventions ainsi que leur limite.

Au départ, notre intérêt était orientée vers la population migrante ainsi que les principaux problèmes de santé qui affectent cette population. Nous sommes rapidement tombés d'accord sur l'aspect de la santé mentale. Nous avons donc relié les deux thèmes et par la suite, l'idée nous est venue de cibler notre recherche sur les adolescents. Notre sujet était ainsi devenu une évidence.

Le choix du sujet d'étude a surtout été influencé par le fait que nous voulions tout deux travailler par la suite, soit en santé mentale, soit dans l'humanitaire. En effet nous avons déjà effectué des stages à l'étranger dans des pays différents et nous avons pu constater les difficultés qui peuvent pousser des populations à émigrer. De plus, avec les conflits actuels, nous avons constaté que certains types de population immigreront massivement dans notre pays, notamment de Syrie, et d'Afghanistan.

Selon Stéphane Guay (2015), 75% de la population Québécoise a vécu une situation qui pourrait mener à manifester un trouble du stress post traumatique. Comme par exemple être témoin d'une situation de violence ou une noyade. Mais toutefois seule une petite partie de ces personnes développent un TSTP.

Face à cette population de migrants de plus en plus massive, nous avons peu de connaissance sur les problématiques les concernant ainsi que les moyens mis en place pour leur prise en charge. En tant qu'infirmiers (ères) en première ligne, nous effectuons l'anamnèse et mettons en place des interventions. Dans nos recherches, nous avons pu apercevoir qu'il n'y a pas de recherches scientifiques infirmières concernant ce thème, raison de plus pour nous pencher sur ce sujet afin d'identifier notre rôle en tant que futurs diplômés.

### 3 La problématique

Ce travail de Bachelor porte sur la prise en charge du stress post traumatique suite à une expérience de la migration en difficulté. Il est ciblé sur la population des adolescents migrants vivant en Suisse, âgées de 10 à 19 ans. Nous avons choisi cette tranche d'âge car l'OMS considère que « l'adolescence est la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans ». (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016)

En effet, nous nous sommes questionnés concernant la santé des migrants. C'est un sujet important car il est d'actualité et risque d'augmenter fortement selon Patrick Bodenmann, responsable du Centre des Populations Vulnérables de la PMU du canton de Vaud. Les infirmiers (ères) ont un rôle majeur en ce qui a trait aux soins de santé chez les migrants, surtout chez les jeunes. A travers nos lectures et nos recherches, nous avons remarqué que c'est une population qui présente des problèmes particuliers, notamment le trouble du stress post traumatique (TSPT). Ce sont essentiellement les infirmiers (ères) qui prennent soin de ces personnes, raison pour laquelle le TSTP correspond au point central de notre travail.

Afin de mieux comprendre la problématique abordée, nous allons d'abord décrire les concepts interagissant autour du sujet, les migrants, le réseau de santé pour les migrants, l'adolescence, le stress post-traumatique, l'interaction entre ces sujets et ensuite la prise en soin.

#### 3.1 Les migrants

Selon Kiranpreet & Kishanth, un migrant est une personne qui se déplace d'un endroit à un autre dans le but de trouver du travail ou d'obtenir une meilleure condition de vie. [traduction libre] (2016, p.55). Cette précédente définition rejoint également la définition de Larousse qui explique que les migrants sont des personnes effectuant une migration qui correspond à un «déplacement de personnes d'un lieu dans un autre, en particulier d'un pays (émigration) dans un autre (immigration) pour des raisons politiques, sociales, économiques ou personnelles» (Larousse, 2016). La migration peut soit toucher une population entière soit seulement un individu. D'autres définitions comme celle de l'UNESCO nous dit que « le terme migrant peut être compris comme toute personne qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'important liens sociaux avec ce pays » (Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture [UNESCO], 2016).

Le migrant détient un statut qui lui est propre et qui est défini par la déclaration universelle des droits de l'homme qui explique notamment que, « Devant la persécution, toute personne a le droit de chercher asile et de bénéficier de l'asile dans d'autres pays » selon l'article 14 de la déclaration universelle des Droits de l'Homme du 10 décembre 1948. En Suisse, toute personne migrante, y compris les mineurs, a droit de déposer une demande d'asile. Le fait de rentrer dans cette démarche leur permet d'avoir droit à certaines prestations socio-sanitaires. En effet, selon les objectifs de l'OFSP (Officie Fédéral de la Santé Publique) ainsi que ceux du réseau d'établissements Hospitals for Equity « chacun a droit à un accès équitable et à des

soins de qualité indépendamment de son origine, de sa langue, de sa situation socio-économique et de ses compétences en matière de sa santé ». (M+G, 2016)

### 3.1.1 Réseau de santé et migration

En Suisse, il y a un réseau qui a été mis en place comme dans la plupart des pays développés s'occupant de la santé des migrants. Dans le canton de Vaud, ce réseau comprend 170 médecins de famille, pédiatres, infirmiers répartis dans tout le canton ainsi que l'Unité de Soins aux Migrants (USMi). Ils forment la première ligne en ce qui concerne la prise en soins des migrants. Leur but étant de faire un bilan de santé, un programme de vaccination, de la prévention et de la promotion de la santé ainsi qu'une consultation infirmière de première ligne. (Bodenmann et al., 2015)

La migration représente un problème sur différents plans car actuellement le nombre de personnes migrantes dépasse les dispositifs prévus. De plus, une formation spécifique est nécessaire pour le personnel soignant. Pour ces diverses raisons, une aide a été demandée à l'équipe de la policlinique médicale universitaire du CHUV afin d'apporter un soutien dans cette prise en soin.

Dans le but de mieux comprendre la situation décrite, voici les données entre 2013-2015 concernant le nombre de demandes d'asile ainsi que les populations correspondantes.

Tableau 1: Statistique des migrants en Suisse

	2013	2014	2015
Total de demandes d'asile en Suisse	21'465	23'765	39'523
Total et pourcentage des requêtes RMNA	346 (1,61 %)	795 (3,34 %)	2'736 (6,92 %)
RMNA de 16-17 ans	71 %	69 %	66 %
RMNA de 13-15 ans	26 %	27 %	25 %
RMNA de 8-12 ans	2 %	2 %	4 %

Masculin	83,5 %	81,3 %	82,1 %
Féminin	16,6 %	18,7 %	17,9 %
Principaux pays de provenance	Erythrée : 59 Afghanistan : 48 Syrie : 36 Guinée : 25 Somalie : 23 Maroc : 17 Guinée-Bissau : 12 Gambie : 11 Mali : 10 Sri Lanka : 10 Tunisie : 9 Kosovo : 6 Biélorussie : 6 Ethiopie : 6	Erythrée : 521 Afghanistan : 52 Somalie : 50 Syrie : 44 Sri Lanka : 17 Guinée : 13 Maroc : 11 Ethiopie : 10 Tunisie : 9 Chine, Gambie : 6 Albanie, Sénégal : 4 Algérie, Biélorussie, Irak, Congo RD et Mali : 3 Nationalité inconnue : 3	Erythrée : 1'191 Afghanistan : 909 Syrie : 228 Somalie : 109 Irak : 40 Ethiopie : 36 Guinée : 30 Gambie : 27 Nationalité inconnue : 19 Sri Lanka : 18 Chine : 14 Albanie : 11 Pakistan, Sénégal : 9 Mongolie, Nigéria : 6

Ce tableau nous montre le pourcentage des requérants mineurs non accompagnés (RMNA) qui représente en 2015 6.92% de la totalité des migrants. On constate ainsi, qu'entre 2013 et 2015, le nombre de migrants non accompagnés, a été multiplié par 6. Nous nous sommes rendu compte qu'il y a pas de données concernant le nombre d'adolescents accompagnés immigrants en Suisse. Afin de documenter ce travail, nous allons donc nous appuyer sur les informations que ce tableau nous fournit sur les requérants d'asile mineurs non accompagnés

### 3.1.2 Ressources et réseau socio-sanitaire

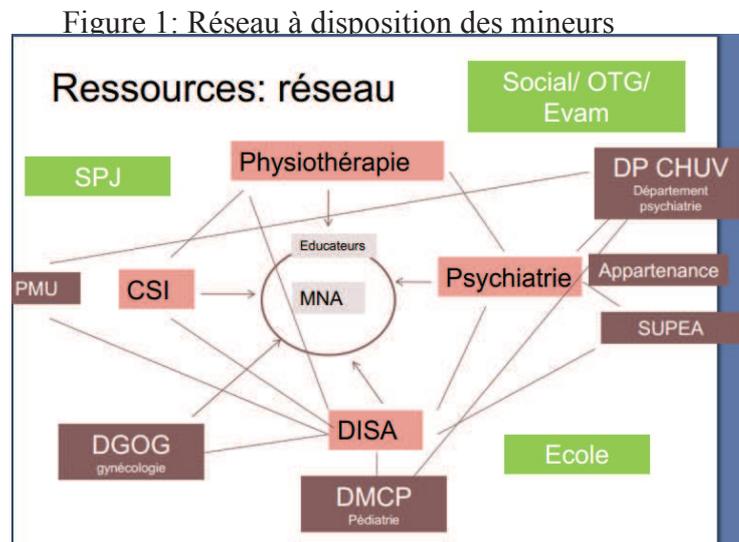
En Suisse, chaque canton a son système d'organismes permettant la gestion de la prise en charge du mineur non accompagné. Toutefois, et selon Art. 7 de la loi sur l'aide aux requérants d'asile et à certaines catégories d'étrangers du 7 mars 2006 (=LARA 142.21) « En collaboration avec le département, le département en charge de la santé organise la prise en charge médico-sanitaire des personnes visées par la présente loi. Il assure le financement des soins infirmiers et médicaux pour autant qu'ils ne relèvent pas de l'assurance obligatoire des

Soins. Il conclut des conventions avec les assureurs pour la couverture des risques maladie et accident des demandeurs d'asile, totalement ou partiellement assistés ».

Il y a différentes ressources disponibles qui interviennent dans la prise en charge des mineurs non accompagnés dans le canton de Vaud. Selon Depallens-Villanueva et Ambresin (2010), il est expliqué qu'en ce qui concerne la santé somatique de ces jeunes, une évaluation de la santé des MNA est assurée en première ligne par le Centre de Soins Infirmiers (CSI). Un entretien et examen clinique est également effectué afin d'évaluer la situation de santé du mineur et ainsi de démarrer au besoin la vaccination de rattrapage prévue par l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP). Ensuite, l'établissement vaudois d'accueil des migrants (EVAM) collabore avec la Polyclinique Médicale Universitaire (PMU) ainsi qu'avec l'Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents (UMSA) au CHUV, afin d'effectuer un bilan dans le premier mois du séjour du mineur.

En ce qui concerne la santé mentale, il existe dans le canton de Vaud un système de consultation pédopsychiatrique depuis 2009 qui permet d'évaluer et de dépister les éventuels problèmes psychiatriques de l'adolescent. De plus, il y a également une collaboration avec le Service Universitaire Psychiatrique de l'Enfant et de l'Adolescent (SUPEA), le Département de Psychiatrie du CHUV ainsi que l'Association Appartenances.

La figure 1 montre les différents organismes qui gravitent et permettent la gestion de la prise en charge médico-sanitaire du MNA.



En ce qui concerne les adolescents accompagnés souffrant d'un stress post-traumatique, leur prise en soin dépend de plusieurs facteurs. Tout d'abord elle dépend de la symptomatologie du stress post-traumatique ainsi que les prestations auxquelles le jeune migrant a droit par l'assurance maladie. Cette prise en charge est la même que leur semblable autochtone Suisse.

Selon l'art. 3 de la loi fédérale du 18 Mars 1994 sur l'assurance maladie (= Lamal RS 192.12) « Toute personne domiciliée en Suisse doit s'assurer pour les soins en cas de maladie, ou être assurée par son représentant légal, dans les trois mois qui suivent sa prise de domicile ou sa naissance en Suisse ».

### 3.2 Les adolescents

D'après certains auteurs, il y a beaucoup de changements et de défis lors de l'adolescence. En effet, « L'enfance et l'adolescence sont les étapes de développement qui sont chargés de beaucoup de challenges, même dans le meilleur des cas » [Traduction libre] (Berman, 2001, p.243). En effet selon la définition du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF, 2011) « chaque personne vit cette période différemment en fonction de sa maturité physique, émotionnelle et cognitive. Le début de la puberté qui pourrait apparaître comme une ligne de démarcation claire entre l'enfance et l'adolescence, ne simplifie pas les choses ». (p.16). Notons que cette étape de développement se manifeste notamment par un important changement physique et émotionnel. En effet, l'OMS considère que (2016) « la période de croissance représente une période de transition critique dans la vie et se caractérise par un rythme important de croissance et de changements qui n'est supérieur que pendant la petite enfance ».

La période d'adolescence est une période dite de "transition". La recherche d'identité est le but de toutes les autres tâches de cette période. En effet, l'adolescent recherche son identité à travers des expériences de la vie quotidienne et favorise les liens et la relation avec les pairs. Tous ces éléments vont contribuer à apprécier ses réalisations personnelles. De plus c'est une période où l'on cherche à devenir autonome et indépendant des parents. En l'occurrence c'est une phase dans laquelle l'adolescent évolue selon son propre système de valeurs, son identité sexuelle et développe sa pensée analytique. Ce qui lui permettra de penser à son avenir professionnel. En plus de cette période très complexe pour l'adolescent, le facteur de la migration peut rendre cette phase encore plus difficile. (Jarvis, 2010, p.24)

Autant l'adolescence que la migration sont considérées comme un moment de vulnérabilité. Se retrouver au même moment dans ces deux phases, potentialise la problématique. En effet, nous avons constaté à travers les revues et les articles scientifiques que la problématique du stress post-traumatique est majoritairement mis en avant lors d'association de ces deux contextes.

### 3.3 Le stress posttraumatique

Le trouble du stress post traumatique (TSPT) est un « problème de santé mentale qui se développe après une exposition à un événement stressant ou une situation exceptionnellement menaçante ou catastrophique, ce qui est susceptible de causer un malaise omniprésent » [Traduction libre] (Fry et Mandy, 2016). Ces malaises sont notamment manifestés par « des symptômes de re-expérience du traumatisme tels que les flash-backs, des intrusions ou des cauchemars, comportement d'évitement ou d'hyperexcitation persistant » (Dzubur-Kulenovic et al., 2016, p.55).

Selon American Psychiatric Association (2003), un «état de stress post traumatique (ESPT) est caractérisé par un premier facteur de stress traumatique, extrême impliquant le vécu direct d'un évènement pouvant entraîner la mort, constitué une menace de mort ou une blessure sévère, représenté des menaces pour sa propre intégrité physique ou au fait d'être témoin d'un évènement pouvant causer la mort, une blessure ou une menace pour l'intégrité physique d'une autre personne ou consécutif au fait d'apprendre une mort violente ou inattendue, une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subit par un membre de la famille ou quelqu'un de proche» (p. 533).

Ce problème de santé se manifeste par des souvenirs traumatiques répétitifs, une hypervigilance, des troubles du sommeil, une irritabilité et des cauchemars. Ils peuvent se manifester sous différentes formes:

- A) Aiguë : Présence de symptômes de moins de trois mois consécutifs
- B) Chronique : Présence de symptôme de plus de trois mois
- C) Avec une survenue différée: les symptômes sont apparus au moins 6 mois après l'évènement traumatique

De manière particulière, les conséquences du TSPT chez l'adolescent sont:

- « **Des difficultés scolaires**, echec scolaire, absentéismes
- **Des troubles relationnels**, retrait et phobie sociale, difficultés relationnelles, irritabilité, colères
- **Des conduites à risques dissociantes ++** : mises en danger, sports extrêmes, jeux dangereux (risque d'accidents très important), auto-mutilations, conduites addictives (tabac, alcool, drogue), fugues, sexualité à risque, violences envers autrui, agressivité, délinquance
- **Des troubles dissociatifs** avec troubles de la vigilance, vie imaginaire très importante, anesthésie affective, sentiment d'étrangeté particulièrement par rapport à son propre corps
- **Des troubles de l'alimentation** (anorexie, boulimie) et \*du sommeil\*
- **Des troubles anxieux et dépressifs** avec des tentatives de suicide ».

Nous relevons des symptômes pour tous les adolescents souffrant du TSPT, les migrants inclus, tel que décrit par un site consulté (mémoiretraumatique.org, 2016).

Il est important de relever que certains symptômes peuvent être présents chez les adolescents qui n'ont pas forcément vécu d'évènement traumatisant. Certains auteurs tel que Ahmad et al (2000), observe qu'il est possible d'utiliser un outil qu'ils ont validé, il s'agit du PTSS-C (posttraumatic stress symptoms in children) qui permet de déceler les symptômes liés au TSPT mais également de faire la différence avec les symptômes qui n'y sont pas liés.

### **3.4 Interactions entre les sujets : migration, adolescence et stress post traumatique**

Afin de conclure cette première partie, nous allons mettre en lien tous les aspects qui constituent la problématique centrale. En effet, l'adolescent migrant accompagné ou non accompagné peut souffrir d'une expérience traumatisante survenue directement dans son pays d'origine ou durant son périple migratoire. De plus, le jeune migrant se situe en transition du cycle de vie spécifique à la période d'adolescence. Les éventuelles difficultés liées à cette période viennent s'ajouter aux symptômes du stress post traumatique. Notons que, entre 37% et 47% des jeunes réfugiés non accompagnés ont des symptômes graves d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique (Derluyn et Brokaert, 2007). C'est pourquoi, il s'avère important de traiter ce sujet.

Lorsque le jeune arrive au pays d'accueil, il a alors des besoins spécifiques et personnalisés. Toutefois, les services à disposition sont limités par un personnel et des structures qui ne peuvent pas répondre à la réalité des besoins du jeune. C'est pour ces raisons que dans ce travail, nous vous proposons de décrire cette réalité et d'étudier quelles sont les recommandations ou les propositions pour la recherche en soins infirmiers qui peuvent être utilisées à la prise en soins de ces jeunes.

En ce qui concerne la prise en soin, selon les observations de la doctoresse Sarah Depallens qui est la cheffe de clinique de l'Unité Multidisciplinaire de la Santé des Adolescents (UMSA), différents enjeux de santé auprès de cette population sont présents. Toutefois, nous souhaitons relever un point important qui correspond à la manifestation de plaintes somatiques chez les adolescents. En effet, celles-ci peuvent cacher des problèmes psychiatriques. Cet aspect représente un enjeu principal de cette problématique.

### **3.5 Prise en soin des migrants adolescents souffrant d'un stress post traumatique**

En ce qui concerne la prise en soin d'un adolescent migrant souffrant d'un stress post traumatique, celle-ci est très particulière car elle nécessite des compétences en matière de soins aux adolescents, soins psychiatriques, connaissances de la santé des migrants et capacité de travail en équipe multipluridisciplinaire. Chaque problématique s'ajoute l'une à l'autre. La période de migration est conçue comme une forme de stress qui implique une dimension à prendre en compte lors de la gestion d'un stress post traumatique. Il est alors indispensable d'individualiser les méthodes de traitement pour chaque adolescent souffrant d'un TSPT afin de comprendre les différents aspects qui influencent l'état de santé du patient. Différentes approches sont également proposées notamment en ce qui concerne la psychothérapie.

Selon l'art. 2 de la loi fédérale de l'intérieur (DFI), du 29 septembre 1995 sur l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (= OPAS ; RS 832.112.31) « On entend par psychothérapie une forme de traitement qui : concerne des maladies psychiques et psychosomatiques, vise un objectif thérapeutique défini, repose essentiellement sur la communication verbale, mais n'exclut pas les traitements médicamenteux de soutien, se base

sur une théorie du vécu et du comportement normaux et pathologiques ainsi que sur un diagnostic étiologique, comprend la réflexion systématique et une relation thérapeutique suivie, se caractérise par un rapport de travail de confiance ainsi que par des séances de thérapies régulières planifiées et peut être pratiquée sous forme de thérapie individuelle, familiale, de couple ou en groupe ».

L'assurance prend en charge les coûts de la psychothérapie effectuée par un médecin selon des méthodes dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.

Le coût de cette thérapie est assuré chez l'adolescent soit par les subsides ou aides sociales soit par la famille. En ce qui concerne la prise en charge de la psychothérapie, l'assurance de base permet de financer une partie de la psychothérapie mais non la totalité. En effet selon l'Art 3 de la loi fédérale du 1<sup>er</sup> Juillet 2009 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (= OPAS, RS 832.112.31), l'assurance ne prend en charge que 40 séances de psychothérapie. Pour continuer à prendre en charge les séances, le médecin doit rédiger un rapport à l'assurance attestant l'importance de continuer la psychothérapie. En cas de non prise en charge de la suite du traitement, l'adolescent sera contraint d'en payer les coûts supplémentaires ou de les faire supporter par les coûts d'une assurance complémentaire.

La prise en charge du stress post traumatique est complexe et est induite par de nombreux facteurs. En l'occurrence, elle implique d'autres aspects auxquels il faut être vigilant, notamment la manifestation spécifique de symptômes qui peuvent en cacher d'autres ainsi que la notion de prise de risque que l'adolescent peut prendre durant cette période de recherche identitaire et de désir de tester ses limites.

#### **4 La question de recherche**

Pour la formulation de notre question de recherche, nous nous sommes basés sur la méthode apprise en cours, c'est-à-dire le PICO.

**Population** : Adolescents migrants souffrant d'un stress post-traumatique.

**Intervention** : Prise en soins infirmiers des conséquences du TSPT.

**Comparaison** : En comparaison d'un semblable autochtone avec un TSPT.

**Outcome** : Meilleure prise en soins des personnes souffrant d'un stress post traumatique en lien avec le statut de migrant à la période d'adolescence.

Considérant les critères PICO mentionnés, la question de recherche est construite ainsi : «Quelles interventions infirmières (ères) ? seraient à privilégier auprès des adolescents migrants souffrant d'un stress post-traumatique afin d'améliorer leur santé » ?

Cette question de recherche nous amène à une question secondaire qui est la suivante : « quels seraient les éléments à considérer dans cette population spécifique versus les adolescents autochtones ? ».

## 5 Méthodologie

Nous avons utilisé cinq bases de données : Pubmed, Cinhal, science direct, Cochrane, Embase pour insérer des équations avec les mots clés.

Nous avons procédé tout d'abord en introduisant le mot-clé adolescent et ensuite migrant et stress posttraumatique. Nous avons constaté qu'en introduisant le mot clé « prise en charge infirmiers », nous ne trouvons pas de données. Ce qui nous pousse à croire qu'il y a peu d'études qui ont été faite au niveau infirmiers. Nous avons essentiellement trouvé des articles de recherches pouvant être mis en lien avec la profession infirmière. Les mots clés utilisés dans les différentes bases de données sont les suivants :

Tableau 2: combinaisons des mots-clés

Bases de données	Mots clés en français	Mots clés en anglais	Combinaisons des mots-clés
<i>Pubmed</i>	Adolescents	Adolescents	("Adolescent"[Mesh] AND "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) AND "Transients and Migrants"[Mesh]
	Migrants	Transients, migrants	
	Stress post traumatique	Stress disorders post	
<i>Cinhal</i>	Adolescents	Adolescents, teenagers	Adolescents or teenagers and migrants or refugees and post-traumatic disorders
	Migrants	Migrants, refugees	
	Stress post traumatique	Post traumatic disorders	
<i>Sciences direct</i>	Adolescents	adolescents	Post-traumatic stress disorders AND migrants adolescents
	Migrants	migrants	
	Stress post traumatique	Post-traumatic stress	
<i>Cochrane</i>	Adolescents	Adolescents, teenagers	Adolescents or teenager and migrant or refugees and post-traumatic disorders
	Migrants	Migrant, refugees	
	Stress post traumatique	Post traumatic disorders	
<i>Embase</i>	Adolescents	adolescents	adolescents AND ('migrants'/exp OR migrants) AND post AND traumatic AND ('stress'/exp OR stress) AND ('disorder'/exp OR disorder)
	Migrants	migrants	
	Stress post traumatique	Post traumatic	

## 6 Résultats

A la suite de nos recherches, nous avons retenu 6 articles parmi les 503 articles trouvés sur les cinq bases de données utilisés (voir Tableau 3). Les critères qui ont orienté nos décisions sont les suivants :

Critère d'inclusion :

- Article traitant du stress post traumatique dans une population d'adolescent migrant.
- Article traitant des outils permettant des interventions sur la prise en soins du TSPT.
- Article écrits en anglais et ou français.

Critère d'exclusion :

- Les articles publiés en dessous de 2001 (nous avons privilégié les articles récents).
- Les articles écrits en d'autres langues que le français et l'anglais.
- Les articles dont le contenu s'éloignait des objectifs du travail.

Tableau 3: Résultats selon les combinaisons des mots-clés

Base de données	mots-clés, MESH utilisés et opérateur booléen (AND/OR)	Date de la recherche	Nombre de références trouvés	Nombre de références écartés	Nombre d'article lus	nombre d'article analysé et retenus
<i>Pubmed</i>	("Adolescent"[Mesh] AND "Stress Disorders, Post-Traumatic"[Mesh]) AND "Transients and	20.02.16	11	2	9	1

	Migrants"[Mesh]					
<i>Cinhal</i>	Adolesecents or teenagers and migrants or refugees and post-traumatic disorders	25.04.16	35	13	22	4
<i>ScienceDirect</i>	Post-traumatic stress disorders AND migrants adolescents	25.04.16	225	73	10	1
<i>Cochrane library</i>	Adolesecents or teenager and migrant or refugees and post-traumatic disorders	25.04.16	2	1	1	0
<i>Embase</i>	adolescents AND ('migrants'/exp OR migrants) AND post AND traumatic AND ('stress'/exp OR stress) AND ('disorder'/exp OR disorder)	25.04.16	32	25	7	0

Après ces diverses sélections voici les articles retenus :

Tableau 4: Articles retenus et analysés

Date	Titre	Type	Auteurs
<b>Problématique des adolescents migrants</b>			
2001	Children and War: current understandings and future directions.	Etude narrative	Helene Berman
2008	Unaccompanied refugee children and adolescents. The glaring contrast between a legal and a psychological perspective	Etude descriptif par étude de cas	Ilse Derluyn & Eric Brokeart
<b>Facteurs de risque du TSPT</b>			
2013	The Association Between Social Support and Mental Health Among Vulnerable Adolescents in Five Cities: Findings From the Study of the Well-Being of Adolescents in Vulnerable Environments	Etude descriptive par enquête, transversal et quantitative	Yan Cheng, XianChen Li, Chaohua Lou, Freya L. Sonenstein , Amanda Kalamar , Shireen Jejeebhoy, Sinead Delany-Moretlwe, Heena Brahmhatt, Adesola Oluwafunmilola Olumide, and Oladosu Ojengbede.
<b>Utilisation d'outils pour valider le TSPT</b>			
2008	Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium	Descriptive	Ilse Derluyn & Eric Brokeart & Gilberte Schuyten
2007	Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents	Descriptive comparative adolescents migrants/non migrants	Ilse Derluyn & Eric Brokeart
<b>Evaluation d'un traitement psychosocial</b>			
2005	Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees. Evaluation of short-term treatment program.	Quasi-expérimental, étude d'évaluation d'un traitement sans groupe control	Heike Mohlen, Peter Parzer, Franz Resch, Romuald Brunner

## 6.1 Analyse critique des articles

Nous avons analysé les articles sélectionnés pour ce travail. Ceci nous a permis de relever la fiabilité et la pertinence des articles choisis. Pour ce faire nous nous sommes référés à la grille de Fortin pour analyser tous ces articles quantitatifs.

**Berman, H. (2001). Children and War: current understandings and future directions. *Public Health Nursing, 18(4)*, pp.243-252.**

C'est une étude sous forme narrative qui présente l'opinion d'un expert. L'objectif du travail est d'examiner les connaissances et les compréhensions liées aux effets de la guerre sur les enfants et adolescents réfugiés.

Pour cela, elle a analysé une série d'articles mais pas de manière systématique? Ces divers articles sont critiqués. Ils ont tout d'abord essayé de comprendre différents points: le stress liés à la pré-migration, le stress lié à la nature et la durée de la guerre, le stress post-migration, la séparation de la famille, le stress de l'acculturation, le TSPT, les facteurs protecteurs, la résilience, l'âge et le genre.

Les limitations de cette étude concerne la conceptualisation du TSPT, les effets de la violence sur la vie des enfants sont complexes et ne peuvent pas être réduit dans un instrument de checklist des symptômes du TSPT. Les instruments utilisés peuvent aider à comprendre un aspect de la réponse de l'enfant face à l'évènement traumatique parmi les réponses multiples Une autre limite concerne le fait que les réponses des enfants ne peuvent être uniquement focaliser sur le facteur de médiation individuel mais également la façon dont le contexte social, politique et écologique agit comme médiateurs.

Toutes ces différentes explications donnés dans l'article amènent au fait que les infirmiers (ères) sont idéalement et stratégiquement bien positionnés pour intervenir auprès des enfants qui sont le témoin direct ou indirect d'une guerre traumatisante. Ces enfants doivent avoir l'opportunité de parler ouvertement de ce qui les touchent, leurs familles, les personnes qu'ils aiment, leurs pays et leurs maisons. Pour cela, les infirmiers (ères) doivent travailler en collaboration avec des éducateurs, des assistants.

**Derluyn, I. Brokaert. E (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International journal of law and psychiatry 31* , pp. 319-330.**

Cet article d'étude de cas traite de la situation belge sur les enfants et les adolescents réfugiés non accompagnés. Il regroupe plusieurs études de cas sur le sujet afin de mettre en avant les différentes problématiques de cette population et de souligner les éléments importants.

Tout d'abord, ils ont récolté des informations de base concernant les articles traitant des statistiques des réfugiés mineurs non accompagnés arrivant en Europe et en Belgique. Puis ils ont mis en avant la notion de point de vue juridique s'appliquant à cette population, notamment définit par l'article 1 de la convention relative au statut des réfugiés du 1 janvier 1951 qui explique que le terme "réfugié" s'appliquera à toute personne « Qui, par suite

d'événements survenus avant le 1 janvier 1951 et craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner ». Dans un autre temps, ils mentionnent les influences psychologiques qui s'appliquent à cette population spécifique par rapport à leur paire né en Belgique. De plus, ils expliquent l'influence de la période de la migration sur l'adolescence ainsi que le fait d'être non accompagné.

**Cheng, Y. Li, X. Lou, C. Sonenstein, F. Kalamar, A. Jejeebhoy. J, ... Ojengbede. O, (2014). The Association Between Social Support and Mental Health Among Vulnerable Adolescents in Five Cities: Findings From the Study of the Well-Being of Adolescents in Vulnerable Environments. *Journal of Adolescent Health*, 55, pp.31-38. Doi: 10.1016/.2014.08.020.**

Cette étude est un article quantitatif descriptif par enquête et transversal. L'objectif consiste à examiner la santé mentale des jeunes adolescents entre 15 et 19 ans dans cinq villes différentes et identifier les relations entre le soutien social et la santé mentale.

Cette étude a été réalisée sur un total de 2'393 adolescents âgés de 15-19 ans répartis dans différents quartiers économiquement défavorisés menée dans cinq villes à travers le monde en 2013. Parmi les 2'393 répondants, 476 étaient de Baltimore aux Etats-Unis, 500 de New Delhi en Inde, 465 d'Ibadan au Nigeria, 497 de Johannesburg en Afrique du Sud et 455 étaient des migrants de Shanghai en Chine. Les enquêteurs ont reçu une formation approfondie pour réaliser cette étude afin d'effacer l'inquiétude des répondants. Un environnement sûr et confortable a été fourni pour mener l'enquête. Toutes les entrevues ont été réalisées grâce à une enquête au moyen d'instruments d'auto-interview assisté par ordinateur audio.

De plus, tous les aspects de rigueur de cette étude ont reçu l'approbation de la commission de la recherche humaine à l'Université Johns Hopkins et des comités d'examen dans les organisations locales avec lesquelles les enquêteurs de cette étude ont collaboré

Cette étude est soumise à plusieurs limites. Tout d'abord, il s'agit d'une coupe transversale, de sorte que toute tentative de faire un lien de causalité entre le soutien social et les résultats de santé mentale devrait être évité. Deuxièmement, les données recueillies pour cette étude ont concerné les adolescents âgés de 15-19 ans vivant dans les quartiers urbains pauvres En l'occurrence, seule la population de Shangai était composée de migrants. Les populations étudiés ne sont donc pas vraiment comparable.

Les adolescents vivant dans les zones économiquement défavorisées souffrent plus de dépression et de stress post traumatique. L'environnement social et économique a une influence directe avec ces problématiques. Selon les auteurs, le soutien social dans les familles et les quartiers soulage la détresse et favorise l'espoir.

**Derluyn, I. Brokaert, E Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *Eur Child Adolesc Psychiatry, 17*, pp: 54-62.**

Cet article portant sur une étude quantitative et descriptive a pour but d'investiguer la prévalence des troubles émotionnels et comportementales des adolescents migrants en Belgique comparé à leurs pairs nés dans le pays.

La méthode de recrutement consiste à choisir des adolescents migrants de 11-18 ans de 34 écoles pour participer à l'étude. Une description de l'étude a tout d'abord été présentée aux participants. Des consentements ont été obtenus, puis ils ont remplis des questionnaires sous supervision de deux chercheurs assistants durant 60-90min. Tous les questionnaires étaient traduits dans diverses langues. Il y a eu 1293 adolescents qui ont répondu aux questionnaires. Plus loin dans l'analyse, les chercheurs ont exclu 45 migrants venant de l'Europe occidentale, un d'Amérique du nord, un du Japon et trois migrants âgés de plus de 21 ans. Un second groupe de comparaison était organisé dans 17 écoles pour sélectionner des adolescents belges de 11-18ans : 617 adolescents ont participé et 17 ont été exclus plus tard en raison de leur doubles nationalités. La procédure était la même pour les 2 groupes. Les questionnaires étaient tirés des mesures telles que le DSM IV ainsi que d'une checklist des symptômes spécifiques aux comportements.

Les procédures ont été approuvées par le comité d'éthique de la faculté de psychologie et des sciences éducationnelles, Ghent University.

Les limites que nous pouvons observer dans ce travail sont liées à un questionnaire qui a été proposé à des enfants qui étaient dans le pays depuis trop peu de temps pour avoir le recul nécessaire pour exprimer des réponses cohérentes. D'autre part, les traductions manquaient et certains jeunes qui ont répondu aux questionnaires, n'avaient pas les connaissances nécessaires pour répondre aux questions de manière cohérente. Enfin, le niveau de déficience fonctionnelle n'a pas été évalué et les chercheurs n'avaient pas de données concernant les troubles comportementaux des adolescents en milieu scolaire.

Les auteurs de cette étude observent que le temps passé des adolescents migrants en Belgique n'influence pas la prévalence des problèmes émotionnels et comportementaux.

**Derluyn, I. Brokaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health, 12* (2), pp.141-162**

Cet article porte sur une étude faite en Belgique de type descriptif, qui compare les adolescents migrants/non migrants. Le premier objectif de cette étude quantitative vise à étudier la prévalence de l'émotionnel et les problèmes de comportement ainsi que le stress post traumatique chez les enfants et les adolescents réfugiés non accompagnés. Deuxièmement, cette étude compare les points de vue des adolescents réfugiés non accompagnés avec celles des jeunes réfugiés accompagnés sur le bien-être émotionnel et les problèmes de comportements.

Un total de 166 enfants et adolescents réfugiés non accompagnés ont participé à l'étude. Des jeunes vivant soit dans des centres, soit en famille d'accueil ou seuls. Parmi eux, 142 ont complété un questionnaire d'autoévaluation sur l'émotion, les problèmes de comportement, ainsi que les expériences traumatisantes. A coté, 124 jeunes réfugiés accompagnés, ont également remplis ce même questionnaires. Les chercheurs ont utilisés des caractéristiques démographiques notamment en proposant des questions fermées.

Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la faculté de psychologie et sciences de l'éducation, université de Ghant.

Les questionnaires utilisés dans cette étude ont été traduits dans des langues différentes, ce qui a réduit les barrières linguistiques. Néanmoins, en dépit du fait que plusieurs versions linguistiques des questionnaires ont été validées, il reste possible que certaines questions ont été mal comprises par les participants. De plus, en raison du grand échantillon utilisé pour cette étude, ils n'ont pas pu utiliser des entrevues cliniques, qui auraient pu fournir des informations supplémentaires sur le bien-être émotionnel et la santé des jeunes. En effet, les questionnaires ne comportent pas de compréhension qualitative mettant en avant la façon dont ces enfants et les adolescents sont touchés par leurs symptômes liés à la migration et aux expériences traumatisantes.

Les enfants et les adolescents réfugiés non accompagnés sont un groupe à haut risque pour le développement de problèmes émotionnels, comme l'anxiété, la dépression et les symptômes du stress post-traumatique. Un dépistage élaboré de cette population pour différents problèmes émotionnels et comportementaux sont donc nécessaires. Les adolescents accompagnés ont plus de ressources concernant ces problématiques. Toutefois les problèmes de comportements sont moins bien gérés que les adolescents non accompagnés qui ont dû lutter lors de leur parcours migratoire pour survivre et s'autogérer.

**Mohlen, H. Parzer, P. Resch, F. Brunner, R. (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees. Evaluation of short-term treatment program. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 39, pp.81-87.**

Le type d'étude quasi expérimental présenté dans cet article est l'évaluation d'un traitement. Cette évaluation se fait au moyen d'un groupe contrôle. Les buts principaux sont dans un premier temps d'examiner la relation entre le nombre d'évènements traumatiques et le degré de troubles psychologiques des participants et dans un deuxième temps, la mise en place ainsi que l'évaluation de l'efficacité d'un programme de traitement psychosocial à court terme.

Les auteurs ont recruté les participants dans un foyer pour réfugiés en Allemagne. Ces réfugiés sont des personnes qui ont fui les conflits du Kosovo dans les années 1998-99. Tout d'abord, les familles avec des enfants de 10 à 18 ans ont été informées, ensuite une explication de l'étude a été donnée aux adolescents avec leurs gardiens durant une réunion dans laquelle ils ont également obtenu les consentements légaux des 10 adolescents ayant accepté d'être interviewé. Les diagnostics et les évaluations sont faits par un pédopsychiatre à proximité du centre et le programme même est organisé dans le centre durant douze semaines de Mai à Juillet 2000. Un traducteur (kosovar-Albanais) était présent à chaque session.

Chaque participant prend part à deux sessions d'informations, à deux sessions d'évaluations/diagnostics, à six sessions en groupe, deux à quatre sessions individuelles et une session familiale. Une session à part est organisé avec les parents d'enfants. Les séances de groupe constituent en plusieurs étapes axées sur des sujets tels que : « Le chagrin et la douleur », « mon chemin entre « l'avenir des cultures : rêves et réalités », cette première partie est en discussion ou en diverses activités. La seconde partie elle, constitue à un moment calme et de détente et ces séances durent de deux à trois heures.

Toutes les procédures ont été approuvées par le Comité de l'éthique de la clinique universitaire.

Les limitations pour cette étude sont l'absence d'un groupe de témoin qui pourrait noter la différenciation entre les effets du traitement et une amélioration spontanée. Le conducteur n'est pas utilisé, l'intervenant qui a conduit les séances de prétraitement pourrait influencer l'objectivité de l'évaluation. Un suivi n'a pas pu être fait par la suite pour évaluer l'effet du traitement sur le long terme car 6 des 10 enfants sont retournés dans leur pays d'origine après un délai de 6 semaines de la fin de l'étude.

L'efficacité de ce traitement a été prouvée sur du court terme mais il serait judicieux de mettre l'accent sur l'importance, pour d'autres professionnels, d'utiliser cet outils sur les adolescents migrants dans une étude à long terme.

## 6.2 Comparaison des articles

Nous avons procédé à une comparaison de nos divers articles analysés en regroupant en différents résultats dans le tableau ci-dessous.

Tableau 5: Comparaison des articles

Buts de l'article	Résultats/outcome	Retombés sur la pratique	commentaires
Berman, H. (2001). Children and War: current understandings and future directions. <i>Public Health Nursing</i> 18(4), pp.243-252.			
l'objectif est d'examiner les connaissances et les compréhensions liées aux effets de la guerre sur les enfants et adolescents réfugiés.	Les résultats permettent d'observer d'abord que beaucoup d'enfants identifient la séparation de leurs familles comme l'aspect la plus terrifiante vécu pendant l'expérience traumatique, de plus ils manifestent des difficultés émotionnelles et comportementales notamment l'anxiété, l'hostilité et l'agression. Ils ont également relevé que le degré et le type de trauma étaient positivement liés aux symptômes du TSPT. La période de migration représente pour ces adolescents la perte de leur maison, de leurs parents ou d'un être cher et aussi une période de stress car ils peuvent, de plus, subir du racisme et avoir le sentiment que les adultes ne peuvent pas les protéger. En revanche les adolescents ayant leur famille peuvent avoir d'autres stressseurs qui les affectent. D'autres éléments stressants, que subissent les adolescents viennent du fait qu'ils adoptent plus rapidement que leur parents le langage et le comportement du pays d'accueil exerçant ainsi sur eux une pression supplémentaire les obligeant de jouer un rôle intermédiaire entre le pays	Ces résultats nous permettent de comprendre la complexité de chaque concept et de pouvoir intervenir de manière efficace auprès des adolescents mais également auprès de la famille favorisant la mise en place d'une évaluation systémique. L'infirmière doit donc travailler en pluridisciplinarité afin de prodiguer une prise en soins globale de manière efficace.	Cet article donne des pistes pour de futures recherches mais il est regrettable qu'il n'apporte pas d'outils concrets pour la pratique infirmière sur la façon d'intervenir auprès de cette population.

	<p>d'accueil et leurs parents. Les résultats montrent également que les réactions des enfants exposés à la guerre dépendent de certains facteurs tels que l'environnement, les enseignants, les infirmiers (ères) etc...</p>		
<p>Derluyn, I. Brokaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents : The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. <i>International journal of law and psychiatry</i>, 31, pp.319-330</p>			
<p>Le but de cet article est de présenter un résumé de la situation des mineurs non accompagnés en Belgique en présentant notamment plusieurs problématiques. (statut de réfugié, aspect psychologique, période d'adolescence, non accompagnée et cadre juridique)</p>	<p>En effet, il ressort notamment de cette article que les enfants et adolescents mineurs non-accompagnés représentent clairement un groupe vulnérable ayant besoin de soins spécifiques et de protections adaptés à leur situation de vie. La Convention relative aux droits de l'enfant garantit ce droit et les soins et la protection des mineurs réfugiés non accompagnés doivent être assurée jusqu'à atteindre l'âge de la majorité. Néanmoins, différents aspects de l'étude de cas belge, illustrent comment cette convention mondiale ne s'applique pas concrètement par le gouvernement belge. Tout d'abord, ces mineurs ont le droit de résider dans le pays d'accueil jusqu'à leur 18e anniversaire. En l'occurrence la plupart d'entre eux deviennent des réfugiés sans papiers après avoir atteint l'âge de la majorité impliquant ainsi une situation très précaire. Deuxièmement, les soins fournis au cours de leur séjour en Belgique sont principalement limités aux « soins de bases » ce qui implique que les enfants et les adolescents</p>	<p>Concernant les retombés sur la pratique, cet article nous informe de toutes les influences qui interagissent dans la prise en soins de cette population. Il nous permet alors d'avoir une vision globale de la situation et de prendre en comptes tous les aspects gravitant autour des mineurs accompagnés ou non, afin d'offrir des soins de qualités. Il nous informe également quant aux limites du cadre judiciaire ainsi que le manque de structure et personnels autour de cette population.</p>	<p>En lisant cet article d'opinion d'expert, on peut se poser plusieurs questions quant aux éventuelles limites que ce genre d'écrits peut avoir. Premièrement, dûes aux nombre très limité d'études sur le sujet et majoritairement écrit par les mêmes auteurs, Ilse Derluyn et Eric Broekaert. Toutefois, en lisant d'autres articles sur le sujet et notamment celui concernant l'expérience lausannoise publié dans la revue médicale suisse, nous nous rendons compte que les principales problématiques expliquées sont majoritairement les mêmes que dans l'article belge.</p>

	<p>reçoivent un abri et de la nourriture, mais seulement des soins psychosociaux et psychologique très limités.</p> <p>La confrontation entre le droit et l'aspect psychologique des enfants réfugiés non accompagnés et adolescents montre clairement que ce groupe a beaucoup de besoins qui ne sont pas couverts puisque la réalisation de soins dépend du point de vue juridique, qui lui fixe le cadre et les limites des interventions des réseaux de santé.</p>		
<p>Cheng, Y. Li, X. Lou, C. Sonenstein, F. Kalamar, A. Jejeebhoy. J, ... Ojengbede. O, (2014). The Association Between Social Support and Mental Health Among Vulnerable Adolescents in Five Cities: Findings From the Study of the Well-Being of Adolescents in Vulnerable Environments. <i>Journal of Adolescent Health</i>, 55, S31-S38. Doi: 10.1016/.2014.08.020</p>			
<p>Le but consiste à examiner la santé mentale des jeunes adolescents entre 15-19ans dans cinq villes différentes et identifier les relations entre le soutien social et la santé mentale.</p>	<p>Les symptômes de stress post traumatique sont plus présents chez les femmes que les hommes de manière générale et les adolescents vivants dans des zones économiquement défavorisés sont plus sujets à souffrir de symptômes post traumatiques. Le lien entre le soutien social et économique permet de favoriser la guérison et prise en charge du stress post traumatique.</p>	<p>Il nous a permis de comprendre l'influence de l'environnement social et économique sur la prise en charge des symptômes post traumatique.</p>	<p>Cet article est essentiellement basé sur le stress post traumatique chez les adolescents en fonction de leur statut socio-économique (quartiers défavorisés de grandes villes) et non sur le statut de migrant.</p>
<p>Derluyn, I. Brokaert, E. Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. <i>Eur Child adolesc psychiatry</i>, 17 pp.54-62</p>			
<p>Le but d'investiguer la prévalence des troubles émotionnels et comportementaux des adolescents migrants en</p>	<p>Le résultat de cet article permet de constater entre autre que les non-migrants ont un taux d'anxiété plus élevé que les migrants. Ils ont également révélés que les adolescents migrants montrent un score bas d'anxiété s'ils habitent avec un des parents. L'étude</p>	<p>Il est important de pouvoir déceler les divers troubles émotionnels et comportementaux rapidement et grâce à ces instruments, il devient possible de les mettre en évidence ces troubles de façon précoce.</p>	<p>Même si les instruments ont montré une meilleure efficacité pour déceler les symptômes du TSPT, seuls les grands items de l'outil sont décrits, cela aurait été intéressant de connaître tous les items contenu dans</p>

<p>Belgique comparé à leurs pairs nés dans le pays.</p>	<p>montre finalement que la durée des migrants en Belgique n'influence pas la prévalence des problèmes émotionnels et comportementaux. En revanche, ils ont constaté que les non-migrants ont plus de problèmes d'extériorisations ainsi qu'un taux d'hyperractivité plus important que les migrants. Ce résultat s'explique notamment par l'intérêt des jeunes migrants quant à s'appliquer aux études pour leur avenir.</p>		<p>l'instrument.</p>
<p>Derluyn, I. Brokaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. <i>Ethnicity and Health</i>, 12(2), pp.141-162</p>			
<p>Les objectifs visent à étudier la prévalence de l'émotionnelle et les problèmes de comportement ainsi que le stress post-traumatiques chez les enfants et les adolescents réfugiés non accompagnés en Belgique. Ensuite, les auteurs comparent les points de vue des adolescents non accompagnés avec ceux des jeunes réfugiés accompagnés concernant le bien-</p>	<p>Entre 37% et 47% des jeunes réfugiés non accompagnés ont des symptômes graves d'anxiété, de dépression et de stress post-traumatique. Les filles ainsi que ceux ayant vécu de nombreux événements traumatisants, ont un risque plus élevé de développer des problèmes émotionnels. Toutefois, les problèmes d'extériorisation liés au stress se manifestant par des problèmes de comportement sont beaucoup plus faibles chez les adolescents réfugiés non accompagnés que chez les adolescents réfugiés vivant dans Belgique avec un ou deux parents. Cela peut s'expliquer par les déficits auxquels les mineurs non accompagnés doivent faire face pour devenir rapidement autonome favorisant ainsi de nombreuses ressources personnelles.</p>	<p>Cet article nous a permis de nous informer quant aux ressources que les mineurs non accompagnés ont acquises durant leur parcours migratoire. En effet, il est alors possible et nécessaire d'utiliser leurs ressources afin d'adapter les soins et favoriser leur prise en charge.</p>	<p>Malgré des problématiques amples dans cette population, cet article nous a fait prendre conscience d'un aspect positif. En effet, les ressources acquises chez les adolescents migrants non accompagnés leur permettent paradoxalement d'avoir certains outils efficaces pour les aider à faire face à leur situation. (haute capacité de résilience).</p>

<p>être émotionnel et les problèmes de comportements.</p>			
<p>Mohlen, H. Parzer, P. Resch, F. Brunner, R. (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and adolescents. Evaluation of short-term treatment program. <i>Australian and New Zealand Journal of psychiatry</i>, 39, pp.81-87</p>			
<p>Les buts sont d'examiner la relation entre le nombre d'évènements traumatiques et le degré du trouble psychologique et de mettre en place une évaluation d'efficacité d'un programme de traitement psychosocial à court terme.</p>	<p>Les résultats de l'étude semblent décrire des effets positifs sur les participants notamment la réduction de la détresse émotionnelle et l'amélioration du degré de fonctionnement psychologique global suite au programme. Les parents et les enfants ont déclaré que les interventions ont permis l'amélioration du sommeil, la capacité de se détendre et les interactions de partage des expériences traumatiques et de la douleur dans la communauté, avec les familles et les amis. Ceci démontre que les sessions en groupe ont été très bénéfiques. Les enfants ont relevé que leur sommeil ont été amélioré le jour des séances de relaxation.</p>	<p>Cela démontre l'importance de mettre en place et d'animer un groupe de parole dans lequel les adolescents peuvent s'exprimer de manière autonome et non jugeante sur leurs expériences traumatisantes. De plus, l'utilisation d'autres méthodes alternatives (relaxation) peuvent être bénéfique pour leur état émotionnel.</p>	<p>Nous nous sommes interrogés quant à l'efficacité de pratiquer ces séances à long terme et de l'importance de les adapter au degré du traumatisme vécu par l'adolescent.</p>

## 7 Discussion et perspectives

D'après Derluyn et Brokaert (2008), met en avant l'augmentation de migration en Belgique. Cette situation rejoint tout à fait le phénomène en Suisse augmentant ainsi la charge de travail des professionnels de la santé. De plus, bon nombre de professionnels ne sont pas formés dans le domaine de la transculturalité et aucune recherche infirmière n'a été faite dans cette direction. Nos articles sélectionnés sont principalement des articles élaborés en Europe, notamment en Belgique et en Allemagne, ce qui permet de faire le lien avec les informations que nous avons récolté en Suisse. Nous nous sommes rendus compte qu'un seul article proposait des interventions pour cette population de jeunes alors que les autres articles nous permettent de constater l'importance d'étudier cette problématique car elle est peu développée dans la littérature scientifique. Malheureusement, les auteurs décrivent les obstacles, les complexités et les répercussions pour les jeunes de la thématique exposée, sans apporter de piste concrète. Toutefois, nous pouvons relever que les auteurs de nos articles sont en accord entre eux. Les professionnels doivent prendre conscience que des moyens doivent être mis en place afin de pouvoir prodiguer des soins de qualité et spécifiques à ses adolescents vulnérables.

D'après les résultats des articles présentés ci-dessus, nous pouvons observer que les adolescents migrants ayant vécu un événement traumatisant sont sujets à développer des symptômes liés au TSPT et en l'occurrence, l'anxiété, la dépression ainsi que des troubles émotionnels et comportementaux.

En effet, les symptômes liés au TSPT sont la problématique centrale observée chez les adolescents mais certains articles nous expliquent que les symptômes ne sont pas forcément liés au TSPT. Dans l'article Ahmad et al. (2000), il observe qu'il y a des éléments plus complexes qu'il faut considérer. Ceci rejoint également l'article Berman (2001), qui nous explique quels sont les éléments à prendre en compte chez les migrants, (la guerre, la séparation avec leur famille, les deuils,...). Si nous ne les prenons pas en compte, en tant que soignants, nous pouvons passer à côté de nombreuses données au moment de l'anamnèse. Tant que ces facteurs ne sont pas rapidement identifiés, ils pourront avoir des conséquences sur la santé de l'adolescence voire jusqu'à l'âge adulte probablement.

Dans le premier article, les résultats montrent que l'environnement social et économique ont une influence sur le TSPT. En effet, ces facteurs entravent la guérison et peuvent accentuer les symptômes du stress post traumatique. Il est alors nécessaire de considérer tous les facteurs potentiellement aggravant pour effectuer une prise en soin infirmier efficace. Toutefois selon Derluyn et Brokaert (2007), une des conclusions mise en avant dans leur enquête concernant les différents points de vue sur les problèmes émotionnels et comportementaux chez les adolescents migrants non accompagné avec les adolescents, est sutive. En effet, la conclusion de cet article met en évidence les ressources que les adolescents migrants non-accompagnés ont développés durant leur parcours migratoire. En effet, leur comportement est moins problématique. Ils auront moins tendance à avoir des comportements à risque généralement présent lors de la période d'adolescence en comparaison avec les adolescents accompagnés. La résilience dans cette situation difficile est positive.

Selon le Dr Jean-Claude Métraux, les mineurs non-accompagnés développent des ressources dans plusieurs domaines. En effet, lors de leur parcours migratoire parsemé d'embûches, les adolescents migrants non-accompagnés vont devoir s'adapter et développer de nombreuses compétences pour survivre durant cette étape. De plus, le Dr Métraux nous a parlé d'une autre concernant l'échec du projet migratoire. En effet, les idées que de nombreux migrants ont lors de leur départ sur le pays visé, ne sont malheureusement pas toujours assurées. La politique migratoire peut créer un biais quant à l'obtention du droit à l'asile et les migrants peuvent alors se retrouver dans des situations compliquées. En l'occurrence, lors de nos lectures, cet aspect n'était pas décrit mais nous sommes conscient de l'importance de prendre en compte ce stress supplémentaire dans notre prise en charge. Notamment en donnant des informations claires tout en assurant les soins de base afin de diminuer le stress.

De plus, selon la Dresse Depallens-Villanueva et Ambresin, une tension est présente entre l'intérêt supérieur de l'enfant et la politique migratoire de la confédération et des cantons. En effet, les soins spécifiques pour cette population sont entravés par des décisions administratives qui influencent la santé physique et mentale de ces jeunes. Les refus au droit d'asile entraînent souvent un état dépressif aigu ainsi qu'une anxiété avec troubles du sommeil. Le défi pour le soignant face à ce dilemme entre la politique migratoire et la santé globale de l'adolescent réfugié est immense. Concernant les mineurs non-accompagnés, ils devraient être traités en premier lieu comme des mineurs et bénéficier de la loi de protection des mineurs avant d'être considérés comme des migrants (2010).

Il y a énormément de facteurs à prendre en compte dans ce genre de situation afin de mettre en place des interventions adéquates. En effet en ce qui concerne la prise en charge possible dans le traitement des symptômes du TSPT, certains auteurs ont mis en place un programme de traitement psychosocial et ceci a pu être bénéfique pour les adolescents migrants (Mohlen et al, 2005). Ils ont relevé les éléments positifs de ce traitement.

Nous pouvons donc relever qu'en tant que soignant, nous pouvons utiliser les traitements psychosociaux et mettre en place des approches alternatives comme la relaxation pour agir sur des symptômes tels que le sommeil ou l'anxiété que les adolescents migrants peuvent présenter.

## 7.1 Limites

Les résultats des articles scientifiques que nous avons choisis, répondent en partie à notre question de recherche. Grâce à ces informations, nous avons découvert que le TSPT chez les adolescents est un problème majeur en Europe. Ils décrivent également que nous pouvons lier la dimension psychologique à la dimension sociale. Par contre aucun article de recherche infirmière qui permettrait aux infirmiers (ères) d'intervenir dans ces situations et dépister la présence de trouble lié au stress post traumatique et offrir une prise en soin adéquate n'a été rédigé.

Par la même occasion, nous n'avons pas réussi à trouver des articles scientifiques suisses décrivant des interventions ciblées. En effet, d'un côté cela aurait pu nous apporter des informations concernant la situation en Suisse, et en outre, nous aurions pu faire des

comparaisons avec les autres études tant sur le point de vue de gestion de la prise en charge que sur la proposition d'intervention infirmiers (ères). Nous trouvons également que dans nos articles, il y a peu de moyens et de piste d'intervention concernant la pratique infirmière. Effectivement, les infirmiers (ères) sont les premiers professionnels qui sont confrontés à la population migrante et cela nous semble indispensable d'avoir les outils nécessaire et adéquat à leur prise en charge. Durant ce travail, nous avons pris conscience qu'il est nécessaire de concevoir des recherches infirmières en général et en Suisse en particulier sur ce sujet car en tant futur professionnel, nous serons de plus en plus confronté à cette population.

## 7.2 Recommandations et propositions pour la pratique

En Suisse, comme nous l'avons expliqué précédemment, nous retrouvons la même problématique chez les adolescents migrants. Des mesures et des interventions peuvent aussi être envisageables dans les structures qui prennent en charge ce type de population dans notre pays.

L'article de Berman, (2001) décrit à quel point les adolescents sont submergés par le stress dû au parcours migratoire, de la guerre ou de l'expérience traumatisante, la séparation avec la famille ou dans certains cas, comme pour les adolescents accompagnés, le stress induit par les parents. Effectivement les parents peuvent devenir dépendants de leurs enfants qui s'intègrent plus rapidement à la langue et à la culture du pays. Ces enfants ne développent pas forcément des symptômes liés au TSPT dans un premier temps, mais ils ne sont pas à l'abri que cette pathologie apparaisse dans la durée.. C'est pour cette raison qu'il nous semble judicieux de créer des pistes d'interventions :

- A) Faire de la prévention primaire concernant les risques des événements traumatisants qu'ils ont vécus. Faire prendre conscience des divers symptômes permet de désamorcer le processus du TSPT et favorise sa prise en soins en amont.
- B) Il est également important de faire de la prévention secondaire auprès de la famille concernée. En effet, cela est autant bénéfique pour l'adolescent que pour la famille. Il est nécessaire de faire prendre conscience à la famille qu'elle peut engendrer un stress supplémentaire à leurs enfants. Dans ce genre de situation, l'adolescent risque de développer plus facilement des symptômes du TSTP. En l'occurrence il est nécessaire que l'infirmière puisse guider et aider à prendre conscience que l'organisation systémique de la famille va mettre l'adolescent dans une position délicate.
- C) Indépendamment du type de prévention, un entretien motivationnel est envisageable. Le but n'étant pas de faire la morale à la famille, mais qu'elle en comprenne les enjeux. Cet entretien serait centré sur toutes les composantes de la famille.
- D) Des ressources seraient proposées par l'infirmière pour favoriser l'insertion des parents et des adolescents dans une **approche pluridisciplinaire**. Comme par exemple l'intervention d'assistants sociaux, d'éducateurs spécialisés,

instituteurs ou associations ainsi que l'Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents (UMSA) afin qu'ils puissent offrir des consultations adaptées aux besoins des adolescents.

- E) Créer des groupes de paroles et organiser des séances de relaxation et autres méthodes alternatives. Pourraient être efficace. En effet, selon l'article de Mohlen et al., (2005), les interventions qu'ils mettent en avant permettent d'offrir des piste pour la prise en soins, toutefois, elles restent limitées car elles ont été établies à court terme et nous n'avons pas connaissance de son efficacité à long terme. Les recommandations pour le personnel soignant seraient d'accompagner ces adolescents dans des groupes de paires afin qu'ils puissent s'exprimer librement en mettant en évidence le partage des expériences.

Pour favoriser une meilleure efficacité du personnel soignant traitant avec cette population, une journée d'information ou une éventuelle formation même de courte durée peut être bénéfique. De ce fait, les infirmiers (ères) seront plus sensibilisés à ce problème et pourront mettre en place une prise en soins adéquats de ces adolescents

Tout comme paru dans l'article de Berman (2001), c'est un sujet nouveau, raison pour laquelle, la majorité de nos articles trouvés ne proposent aucune recommandation mise à part le fait de favoriser plus de recherche dans ce sujet. Effectivement selon le niveau d'évidence scientifiques des publications. Or, les articles que nous avons utilisés dans ce travail font partie des niveaux 6, 5 et 3 ( 1 étant le niveau d'évidence le plus pertinent) Nous n'avons pas trouvé d'articles de niveau 1 c'est-à-dire des revues systématiques qui auraient pu nous apporter des interventions concrètes. Nous devons prendre conscience en tant que professionnels de la santé, de l'importance de faire de la recherche sur cette problématique.

Nous nous sommes rendus compte qu'il n'y a pas de structure permettant d'accueillir les adolescents à moindre coût pour une consultation. C'est sûrement utopique mais une structure communautaire d'accueil spécifique aux jeunes migrants pourrait être appropriée notamment pour les adolescents dans des situations précaires. Il est primordial que les professionnels de la santé travaillant dans cette structure soient formés aux modèle systémique, au modèle transculturels et au TSPT.

## **8 Conclusion**

Au fur et à mesure de la rédaction de ce travail, nous nous sommes rendus compte, par nos lectures et nos recherches terrains, que la présence d'adolescents avec des symptômes liés au TSPT est une réalité. L'identification de ces possibles problématique ainsi qu'une préparation à un suivi ou une intervention devrait être présentes dans nos institutions. Nous pensons qu'il est primordial d'accueillir ces adolescents qui peuvent être en difficulté en les prenant en soin de façon spécifique. Leur besoin en santé nécessite des compétences et surtout des connaissances de leur problématique de la part des infirmiers (ères).

Lors de nos recherches, nous nous sommes essentiellement basés sur le point de vue médical de la prise en charge des adolescents migrants, toutefois, nous avons pris également conscience que les autres professionnels gravitant autour de cette population (éducateur, tuteur, assistant sociaux...) ont leur propre rôle qui participe également à leur prise en charge. Il est indispensable de collaborer entre professionnels afin de prendre conscience de leur rôle.

Le nombre d'outils et de moyens pour favoriser le suivi des ces adolescents est restreint dû principalement aux manques d'études sur le sujet. Toutefois, Nous relevons que cette population a des ressources qui leurs sont propre, certes acquises durant un périple douloureux mais qu'ils savent mobiliser en tant voulu. Notamment concernant leur une maturité plus rapide chez les mineurs non accompagné et aptitude a avoir moins de problème de comportements.

### **8.1 Commentaires des auteurs**

Ce travail nous a permis de mieux saisir les tenants et les aboutissants de la complexité de la prise en charge des adolescents migrants souffrant de TSTP.

De plus, nous avons acquis de l'expérience lors de la construction de la problématique au travers d'une argumentation solide et pertinente. Nous nous sommes également familiarisés avec l'utilisation des bases de données et nous avons découvert l'importance de cet outil comme ressources scientifiques. Nous avons également appris a sélectionnés des articles et les analysés avec un regard critique tout en ressortant les éléments utiles à notre problématique. Et pour finir, nous avons également appris à mettre en lien les différents articles afin de répondre de manière globale à notre questionnement initial. Nous avons aussi saisi l'importance de la complémentarité.

## 9 Bibliographie

### Articles scientifiques

Berman, H. (2001). Children and War : Current understandings and future directions. *Public health nursing, 18*(4), pp.243-254

Ahmad, A. Sundelin-Wahlsten, V. Sofi, M. Qahar, J. Von Knorring, A-L. (2000). Reliability and validity of a chil-specific cross cultural instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *European child & adolescents psychiatry, 9*(4), pp.285-295.

Cheng, Y. Li, X. Lou, C. Sonenstein, F. Kalamar, A. Jejeebhoy. J, ... Ojengbede. O, (2014). The Association Between Social Support and Mental Health Among Vulnerable Adolescents in Five Cities: Findings From the Study of the Well-Being of Adolescents in Vulnerable Environments. *Journal of Adolescent Health, 55*, pp.31-38. Doi: 10.1016/.2014.08.020.

Derluyn, I. Brokaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity and Health, 12*(2), pp.141\_162.

Derluyn, I. Brokaert. E (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International journal of law and psychiatry 31* , pp. 319-330.

Dzubur-Kulenovic, A., Agani, F., Avdibegovic, E., Jakovljevic, M., Babic, D., Kucukalic, A., Deckert, J. (2016). Molecular mechanisms of posttraumatic stress disorder (PTSD) as a basis for individualized and methods of the south eastern europe (see) PTSD study. *Psychiatria Danubina, 28*(2), pp 154-163.

Derluyn, I. Brokaert, E. Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *Eur Child adolesc psychiatry, 17* (1), pp.54-62. DOI 10.1007/s00787-007-0636-x.

Fry. Mandy. (2016). Post traumatic stress disorder. *Practice Nurse, 46*(2), pp.30-34. Répéré à <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=1&sid=64f24b26-8658-469d-96f2-e6ddfcca76d7%40sessionmgr106&hid=4214&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=ccm&AN=113300207>.

Kiranpreet, K, Kishanth, O. (2016). An Exploratory Study to Assess the Psychosocial Problems Experienced by Migrants Residing in Selected Districts of Punjab, 2015. *International Journal of Nursing Education, 8*(2). DOI Number: 10.5958/0974-9357.2016.00047.7.

Mohlen, H. Parzer, P. Resch, F. Brunner, R. (2005). Psychosocial support for war-traumatized child and adolescent refugees. Evaluation of short-term treatment program. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 39*, pp.81-87.

### Article de revue

Bodenmann, P. Patrick-Vermeulen, B. Dory, E. Ninane, F. Cornuz, J. Monnat, M. Masserey, E. (2015). Dispositif sanitaire pour les nouveaux migrants. *Bulletin des médecins Suisses*, 96(50-51), pp.1881-1883.

Depallens-Villanueva, S. Ambresin, A-E. (2010). Soins aux mineurs non accompagnés (MNA) : L'expérience lausannoise. *Revue Medicale Suisse*, 253, pp1248-1252

### Livres

American Psychiatric Association. (2003). DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4<sup>e</sup> éd., pp.532-534), Issy-les-moulineaux, Paris : Masson.

Jarvis, C. (2010). L'examen clinique et l'évaluation de la santé (5<sup>e</sup> éd., pp 23-26), Beauchemin, Canada : Chenelière Education.

### Sites Internet

Fonds des Nations Unies pour l'enfance. (2011). L'adolescence : l'âge de tous les possibles. Répéré à [http://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report\\_FR\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_FR_02092011.pdf).

Guay S., (2015) Stress post-traumatique: *personne n'est à l'abri* (Emission radio) repéré à <http://www.iusmm.ca/dans-les-medias/stress-post-traumatique-personne-nest-a-labri.html>.

Langlais, p. (2016). *Le nouveau "Roots", remake utile et convaincant*. Répéré à <http://www.telerama.fr/series-tv/le-nouveau-roots-remake-utile-et-convaincant,143287.php>.

Larousse. (2016). La migration. Répéré à <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migration/51399>.

Mémoire traumatique et Victomologie. (2016) .Psychotraumatisme. Répéré à <http://www.memoiretraumatique.orgpsychotraumatismes/generalites.htm>.

M + G. (2016). Migration et santé. Répéré à <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/12522/13674/index.html?lang=fr>

Organisation mondiale de la santé. (2016). Développement des adolescents. Répéré à [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/).

Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture. (2016). Migrant/migration, Répéré à <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/>.

Willem, J-P. (2006). L'ethnomédecine, une alliance entre science et tradition. Répéré à <http://dicocitations.lemonde.fr/citations-mot-migrants.php>.

### Loi

Art. 1 de la Convention relative au statut de réfugié du 1 janvier 1951. (= RS 0.120).

Art. 2 de la loi fédérale de l'intérieur (DFI), du 29 septembre 1995 sur l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins.(= OPAS ; RS 832.112.31).

Art.3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 Mars 1994 (=Lamal RS 192.12)

Art 3 de la loi fédérale du 1 Juillet 2009 de l'ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ( = OPAS, RS 832.112.31 )

Art.14 de la déclaration universelle des droits de l'homme du 10 decembre 1948 (résolution 217 A(III)).

### **Cours powerpoint**

Oulevey Bachmann, A. Ortiz, A. Cohen, C. Verloo, H. (2016). Présentation des discussions et résultats [Présentation powerpoint]. Répéré à [https://webetu.ecolelasource.ch/main/document/document.php?cidReq=AUT12&curdirpath=/Modules\\_3e\\_annee/BT\\_3\\_1\\_Bachelor\\_Thesis/Documents\\_de\\_cours](https://webetu.ecolelasource.ch/main/document/document.php?cidReq=AUT12&curdirpath=/Modules_3e_annee/BT_3_1_Bachelor_Thesis/Documents_de_cours)

Oulevey Bachmann, A. (2016). De la question à la problématique [Présentation powerpoint]. Répéré à [https://webetu.ecolelasource.ch/main/document/document.php?cidReq=AUT12&curdirpath=/Modules\\_3e\\_annee/BT\\_3\\_1\\_Bachelor\\_Thesis/Documents\\_de\\_cours](https://webetu.ecolelasource.ch/main/document/document.php?cidReq=AUT12&curdirpath=/Modules_3e_annee/BT_3_1_Bachelor_Thesis/Documents_de_cours)