

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	ii
<b>Remerciements</b> .....	vii
<b>Introduction</b> .....	1
<b>Etat des connaissances</b> .....	3
<b>Problématique et objectifs</b> .....	11
Problématique .....	12
Objectifs .....	13
<b>Cadre de référence</b> .....	14
Théories .....	15
Théorie de transition de Meleis .....	15
Pyramide de Maslow .....	16
Concept .....	17
La vulnérabilité.....	17
<b>Méthode</b> .....	19
Argumentation du devis de recherche .....	20
Description des étapes de réalisation.....	20
Banques de données.....	20
Mots-clés.....	20
Critères d'inclusion et d'exclusion .....	21
Démarche d'analyse et stratégie de recherche .....	22
<b>Résultats</b> .....	23
Critères des études retenues.....	24
Présentation des thématiques .....	24
Tableau de synthèse des résultats .....	25
Présentation des résultats .....	26
Besoins en santé mentale .....	26
<i>Pathologies psychiques</i> .....	26
<i>Besoins de santé mentale et utilisation des services</i> .....	28
<i>Perception des besoins</i> .....	29
<i>Influence du soutien social sur la santé mentale</i> .....	30
<i>Stratégies d'adaptations</i> .....	32
Besoins en santé physique .....	32
<i>Les troubles physiques</i> .....	32

<i>L'hygiène de vie</i> .....	34
Prise en charge hospitalière.....	35
<i>Priorité de prise en charge</i> .....	35
<i>Difficultés de prise en charge</i> .....	36
Perceptions et ressentis des mineurs non accompagnés.....	38
<b>Discussion</b> .....	41
Forces et limites.....	48
Implications pour la pratique.....	50
Amélioration de l'accès aux soins et de la prise en charge.....	50
Amélioration du soutien social.....	52
Formation des professionnels.....	54
Programmes de psychoéducation.....	54
Positionnement des auteurs.....	55
<b>Conclusion</b> .....	58
<b>Références</b> .....	60
<b>Appendices</b> .....	64
Appendice A.....	65
Appendice B.....	67
Appendice C.....	70
Appendice D.....	72

## Liste des tableaux

Tableau 1: PICO .....	12
Tableau 2 : Tableau récapitulatif des mots-clés.....	20
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des mots MeSH .....	21
Tableau 4: Tableau des critères d'inclusion et d'exclusion .....	21
Tableau 5 : Synthèse des résultats .....	26

## Liste des figures

Figure 1: Pyramide des besoins de Malsow.....	17
---	----

## **Remerciements**

Nous tenons à remercier tout particulièrement Madame Margaretha Mignon, notre directrice de travail de Bachelor, pour son investissement, ses encouragements et son soutien tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions également chaleureusement Madame Sandrine Spina Oliveira pour la lecture et la correction de notre travail de Bachelor.

Pour terminer, nous remercions nos familles et amis pour leur soutien moral et leur encouragement.

## **Introduction**

Après quelques recherches sur la thématique des mineurs non accompagnés, ce sujet c'est révélé être un problème d'actualité majeur. En effet, les mineurs non accompagnés sont exposés à des événements stressants et traumatisants dans leurs pays d'origine, durant leur parcours migratoire et dans le pays d'accueil. Par conséquent, ils sont plus à même de développer des problèmes de santé. De plus, ces jeunes manquent d'encadrement, ne sont pas assez soutenus et parfois livrés à eux-mêmes. Avec l'augmentation du nombre de requérants mineurs non accompagnés au cours des dernières années, la prise en charge de cette population fait débat dans plusieurs cantons. En effet, diverses ONG parlent d'accompagnement inadapté c'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place une prise en charge spécifique pour cette population (Menichini, 2016). Cette revue de littérature a pour objectif d'évaluer les besoins de santé des mineurs non accompagnés afin d'optimiser leur prise en charge.

Ce travail est divisé en six parties. La première traite de l'état des connaissances sur ce sujet. La deuxième partie comprend la problématique qui inclut la question de recherche et les objectifs. La troisième partie décrit les différents cadres théoriques et conceptuels que nous avons choisis pour étayer notre recherche, c'est-à-dire la théorie de transition de Meleis, la pyramide des besoins de Maslow et la vulnérabilité. Elle est suivie par la méthodologie qui décrit nos recherches. Ensuite, une synthèse des différents résultats issus des recherches retenues est présentée. Pour finir, la discussion apporte une réponse à notre question de recherche et présente les recommandations pour la pratique qui en découlent. De plus, elle expose les forces et les limites de cette revue de littérature.

**Etat des connaissances**



Dans le monde, 214 millions de migrants ne vivent plus dans leur pays d'origine, dont 33 millions d'enfants et d'adolescents de moins de 20 ans, émigrant seuls ou avec leurs parents (UNICEF, 2011).

Concernant les chiffres pour la Suisse :

En 2015, environ 40'000 demandes d'asile ont été déposées en Suisse, dont plus de 10'000 provenaient de mineurs. Un quart de ces derniers, une majorité de garçons, avaient fait le voyage sans leur famille, soit près de 2'500 mineurs non accompagnés (Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, 2016).

La migration est un thème d'actualité qui fait beaucoup parler d'elle. Nous pouvons constater que le nombre de réfugiés mineurs est en augmentation. En Suisse en 2014, la Suisse a reçu 795 requêtes de requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA) tandis qu'en 2015 ils étaient 2'736 à demander l'asile en Suisse (Secrétariat d'état aux migrations, 2016).

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations (2016) la migration se définit comme :

Déplacement d'une personne ou d'un groupe de personnes, soit entre pays, soit dans un pays entre deux lieux situés sur son territoire. La notion de migration englobe tous les types de mouvements de population impliquant un changement du lieu, de résidence habituelle, quelle que soit leur cause, leur composition, leur durée, incluant ainsi notamment les mouvements des travailleurs, des réfugiés, des personnes déplacées ou déracinées.

En Europe, les arrivées en Grèce et en Italie représentent 93% des 381'307 migrants arrivés en 2016. 357'249 migrants sont arrivés par la mer et 24'058 par voie terrestre à travers la Bulgarie, la Grèce et l'Espagne. Au total, 4'812 personnes ont perdu la vie ou ont disparu sur la route de la méditerranée. Cela représente 13,7

morts chaque jour depuis janvier. Ces données prouvent la dangerosité du parcours (Organisation Internationale des Migrants, 2016, p. 1).

Selon Hodes (2000, cité dans Fazel & Stein, 2002), les contraintes auxquelles la majorité des réfugiés sont exposés se produisent à trois stades différents : dans le pays d'origine, pendant le trajet et dans le pays d'accueil (p. 366). Russel (1999, cité dans Fazel & Stein, 2002) quant à lui explique que dans le pays d'origine, beaucoup de réfugiés ont vécu d'importants événements traumatisants. Ils sont fréquemment obligés de fuir leur maison à cause de la guerre. Bien souvent, ils ont subi des violences ou ont été témoins de violence ou de torture et ont perdu leur famille et leurs amis (p. 366). Ayott (2001, cité dans Fazel & Stein, 2002) rajoute que le parcours migratoire peut aussi être la cause d'un stress supplémentaire car il peut durer plusieurs mois et exposer les réfugiés à des dangers mortels. Les enfants peuvent être séparés de leurs parents, par accident ou comme stratégie pour assurer leur sécurité. Ils peuvent être placés entre les mains des passeurs, dans l'espoir que l'enfant seul ait plus de possibilités d'avoir le statut de réfugié (p. 366). Pour terminer, Richman (1998, cité dans Fazel & Stein, 2002) souligne que l'arrivée dans le pays d'accueil ajoute des difficultés car la personne doit prouver sa demande d'asile et s'intégrer dans une nouvelle société (p. 366).

L'OMS (Organisation mondiale de la santé, 1946) définit la santé comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Le parcours migratoire entraîne plusieurs problèmes de santé chez les enfants et les adolescents :

Premièrement au niveau somatique, les enfants et adolescents migrants arrivent souvent avec des carences telles que l'anémie, des maladies infectieuses,

des maladies dites « exotiques » comme l'hépatite B, le VIH, la bilharziose, le paludisme ou la tuberculose. On remarque également un manque de vaccinations chez les enfants et chez les adolescents migrants. Les IST sont aussi présentes ainsi que les mutilations génitales (Mal. Gehri, Mar. Gehri, Jäger & Wagner, 2016).

Deuxièmement au niveau psychique, la santé mentale des migrants est plus fragile. Les enfants migrants sont plus à même de développer un stress post-traumatique, un état dépressif, des troubles de l'anxiété, des troubles du sommeil dus à divers facteurs tels que la crise de l'adolescence, la violence dans le pays d'origine, les événements traumatisants vus ou subis, la résidence en camp de réfugiés, les parents ayant vécu la violence, la séparation avec les proches et le lieu de vie, le nombre de transitions importantes, la différence culturelle, l'isolement social et le manque d'appartenance (Fazel & Stein, 2002, p. 367 ; Pfarrwaller & Meynard, 2012).

Nous avons choisi de nous focaliser sur les mineurs non accompagnés (MNA) :

Selon la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) (n.d., cité dans Valle, 2013, p.20), un mineur non accompagné est une personne qui n'a pas atteint 18 ans et qui n'est pas accompagnée d'un parent, ni d'un représentant légal ou coutumier. Ce jeune se trouve hors de son pays d'origine.

Cela comprend les requérants d'asile et les réfugiés mineurs non accompagnés. Pour faciliter la compréhension, le terme mineur non accompagné sera utilisé pour les chapitres suivant.

La notion de requérant d'asile mineur non accompagné est défini par Cossy (2000, p. 82) :

Doit être considéré comme requérant d'asile mineur non accompagné toute personne de moins de dix-huit ans qui manifeste son intention de chercher refuge en Suisse contre des persécutions et qui n'est accompagné ni de sa mère ni de son père.

Les principaux pays de provenance des requérants d'asiles mineurs non accompagnés en Suisse, en 2015, sont l'Erythrée, l'Afghanistan, la Syrie, la Somalie et l'Irak (Secrétariat d'état aux migrations, 2016).

L'Etablissement Vaudois d'Accueil des Migrants (2007) définit un réfugié comme étant un « ex-requérant d'asile qui a reçu une réponse positive à sa demande d'asile ».

Selon Hodes, Jagdev, Chandra et Cunniff (2008) les MNA ont vécu plus d'évènements traumatisants et ont un risque plus élevé de présenter des symptômes post-traumatiques par rapport aux mineurs accompagnés (p. 729). De plus, le projet et le parcours migratoire prennent une tournure particulière quand il s'agit de mineurs vivant cette expérience à une période clé de leur vie (Valle, 2013). Comme le relève Wata (2003, cité dans Valle, 2013), les jeunes RMNA ont majoritairement entre 15 et 18 ans, période qui correspond à l'adolescence. C'est à ce moment-là qu'ils construisent leur identité et commencent à se projeter dans l'avenir.

L'Institut international des droits de l'enfant (2011, cité dans Rey, 2014) explique que : « les MNA se retrouvent bien souvent démunis, sans repères culturels et familiaux solides, ce qui accroît leur état de vulnérabilité. [...] Ce sont des enfants plus susceptibles d'être victimes de prostitution ou de drogues, car ils sont particulièrement influençables » (p. 1).

Lorsque les RMNA arrivent en Suisse, ils ont des niveaux de formation et des caractéristiques culturelles différentes. Ils ont de multiples raisons et motivations qui les poussent à migrer (Valle, 2013).

Comme l'explique Wata (2003, cité dans Valle, 2013, p. 22) :

Il y a deux catégories principales de causes de la migration de ces jeunes. La première : les causes sociales et économiques liées à l'environnement familial, local, national du mineur, comme par exemple les conflits, les politiques instables, les persécutions de minorités, qui rendent leur existence difficile ou plus précaire dans le pays d'origine et influencent et motivent leur décision, ou celle de leurs parents, de migrer. Dans les contextes de guerres, de conflits qui incitent les personnes à fuir, les enfants se retrouvent rapidement parmi les plus vulnérables. Une autre catégorie de raisons peut être d'ordre psychologique, c'est-à-dire que ces causes peuvent provenir de l'environnement psychologique de la personne ou/et des proches. Par exemple, les pays subissant des crises économiques et politiques n'arrivent pas à assurer des perspectives d'avenir pour leurs jeunes. L'inquiétude pour le futur, le manque de perspectives motivent alors certaines personnes à migrer dans l'espoir d'avoir d'autres projets d'avenir. La majorité des RMNA viennent de pays subissant des crises économiques importantes.

De plus, les enfants expriment aussi leurs envies d'aller à l'école car ils connaissent les avantages d'une bonne éducation scolaire. Une autre raison de leur migration est de trouver un travail qui leur permettrait de venir en aide à leur famille restée dans leur pays d'origine (Rey, 2014).

Quelques notions sur les mineurs non accompagnés dans le droit suisse sont définies par Cossy (2000, pp. 78-79) :

Les mineurs n'ont pas l'exercice des droits civils et même s'ils sont capables de discernement, ils doivent, pour agir valablement sur la scène juridique, être pourvus d'un représentant légal. Doit être considéré comme non accompagné tout mineur qui n'est pas pourvu d'un représentant légal, que ce soit le détenteur de l'autorité parentale, un tuteur ou un curateur.

Dans le cadre de la procédure d'asile : « Un requérant d'asile mineur ne se voit pas traiter de la même manière dans le cadre de la procédure d'asile suivant qu'il est accompagné de ses mères et/ou pères, d'une tierce personne ou qu'il est seul » (Cossy, 2000, p. 79).

La Suisse, en lien avec la convention de l'ONU relative aux droits de l'enfant, accorde aux requérants et aux réfugiés mineurs la même protection qu'à tous les autres enfants qui sont privés de leur milieu familial. Des mesures particulières pour respecter cette convention sont adoptées pour assurer leur protection et leur prise en charge (Depallens Villanueva & Ambresin, 2010).

La Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) indique que l'intérêt des enfants est primordial et doit être pris en compte lors des décisions qui le concernent. Selon la constitution fédérale, les enfants et les adolescents ont toujours le droit à une protection spécifique de leur intégrité et à leur développement. Selon la CDE, l'enfant a le droit à l'éducation, au repos, aux loisirs, d'être entendu, à ne pas être séparé de ses parents et à une protection spéciale en dehors de son milieu familial. De plus, le droit suisse sur l'asile prévoit des mesures spécifiques. Les demandes d'asile des requérants mineurs sont traitées en priorité et ont également droit de bénéficier d'une personne de confiance chargée de représenter leurs intérêts (Humanrights.ch 2016).

Humanrights.ch (2016) explique que lorsque les adolescents réfugiés dépassent l'âge de l'école obligatoire, ils n'ont plus le droit de fréquenter l'école. Cependant, l'enseignement des langues et des activités sportives sont offertes dans la majorité des cantons. Dès leur 18ème anniversaire un avenir incertain se dessine pour ces jeunes. En effet, dès qu'ils atteignent la majorité légale, ils perdent le droit à une protection et à une prise en charge supplémentaire. Ce moment coïncide souvent

avec une décision de renvoi de ces jeunes qui sont privés, du jour au lendemain, de toutes perspectives. Ceci entraîne des conséquences sur leur santé mentale et peut mettre leur vie en danger (Depallens et al., 2016).

Pour finir, il existe des institutions spécialisées pour les MNA dans le canton de Fribourg. Quatre sites d'accueil comprenant au total 70 places sont mis à disposition pour les jeunes mineurs. Un référent par foyer suit tous les MNA tout au long de leur séjour. Il y a une présence constante dans les foyers. Pendant les soirées, les nuits et les week-ends, aucun membre de l'équipe éducative n'est présent. Il y a uniquement un veilleur par foyer qui n'est pas forcément du domaine social. Les jeunes ont des entretiens individuels dès leur arrivée afin de clarifier la situation et d'élaborer un projet. L'assistance financière se fait par l'ORS (encadrement et hébergement des réfugiés) pour l'admission provisoire tandis que Caritas s'occupe des réfugiés. Lorsque le jeune atteint ses 18 ans, il quitte le foyer MNA pour aller dans une structure ORS pour adulte. S'il est indépendant, autonome et possède le permis B et F, il peut être hébergé dans un appartement. De plus, des cours de langue dans les foyers et l'accès à des loisirs sont disponibles (Fondation suisse du service social international, 2016).

## **Problématique et objectifs**



## Problématique

Suite aux recherches effectuées sur les connaissances en l'état, il est évident que le nombre de MNA ne cesse d'augmenter. Etant séparés de leurs familles et se trouvant en dehors de leur pays d'origine, ils sont plus vulnérables. Ils ont un grand risque de développer des troubles psychiques ou des maladies physiques à cause des événements vécus et du parcours migratoire. Les MNA demandant l'asile ont des droits spécifiques comme le droit à un tuteur, à la formation et à l'accès au système de santé. Cependant, comme le relève l'Organisation suisse d'aide aux réfugiés (n.d., cité dans Humanright.ch, 2016), certains jeunes n'ont pas accès à ces droits. De ce fait, ils ne peuvent recevoir les soins dont ils ont besoin.

Voici le PICo qui a permis de formuler la question de recherche.

<b>Population</b>	Réfugiés et requérants mineurs non accompagnés ayant subi des violences
<b>Interventions</b>	Evaluation des besoins de santé lors de leurs arrivées dans le pays d'accueil et durant les cinq premières années
<b>Contexte</b>	Lieu de vie et lieu de soins/lieu de prise en charge dans le pays hôte

Tableau 1: PICo

La question de recherche se formule ainsi :

Quels sont les besoins de santé, des réfugiés et des requérants d'asile mineurs non accompagnés ayant subis des violences, durant les cinq premières années de leur arrivé dans le pays d'accueil ?

### **Objectifs**

L'objectif de recherche est d'optimiser la prise en charge infirmière des requérants et des réfugiés mineurs non accompagnés grâce à une meilleure connaissance des besoins spécifiques de cette population.

Ce sujet nous apportera des compétences dans notre pratique professionnelle telles qu'une prise en charge adéquate de cette population ainsi qu'un accompagnement adapté, que ce soit dans le milieu hospitalier ou dans leur milieu de vie. De plus, ce travail nous servira plus tard de base si nous décidons de poursuivre ces recherches lors d'un travail de master.

**Cadre de référence**

## **Théories**

Cette revue de littérature s'appuie sur la théorie de transition de Meleis, la pyramide des besoins de Maslow et sur le concept de vulnérabilité afin d'améliorer la compréhension de ce sujet et de soutenir nos résultats.

### **Théorie de transition de Meleis**

Cette théorie prend principalement en compte la population migrante et sa santé, c'est pourquoi nous l'avons choisi. A travers ses recherches Meleis (n.d., cité dans Naoufal, 2016), conceptualise l'immigration comme une situation de transition.

Comme l'indique la théorie de transition de Meleis, le phénomène de soins peut être expliqué comme une expérience de santé/maladie durant les changements de la vie tels que : les situations de la vie, les étapes du développement et le changement des organisations. Le but de cette théorie de moyenne portée est de décrire, expliquer et prédire les expériences humaines au sein de différents types de transition incluant les transitions santé/maladie, les transitions situationnelles, les transitions développementales et les transitions organisationnelles.

Les principaux concepts de la théorie de transition sont : les modèles et les schémas de transition, les propriétés de l'expérience de transition, les conditions de transition et les soins thérapeutiques. Pour cette revue de littérature, seul le concept des modèles et des schémas de transition a été développé.

Ce concept comprenant quatre types de transition : les transitions de développement comme la naissance, l'adolescence, la ménopause, la vieillesse et la mort ; les transitions liées à la santé et à la maladie sont des événements comme le processus de guérison, d'hospitalisation, de diagnostic d'une maladie chronique ;

les changements liés à différentes situations comme suivre un programme d'études, immigrer en allant d'un pays à l'autre ou quitter la maison pour aller en maison de retraite ; les transitions liées à différents types d'organisation dus au changement des conditions environnementales affectent la vie des client(e)s et des travailleurs/travailleuses.

### **Pyramide de Maslow**

Cette théorie a été choisie car elle met en avant les principaux besoins de l'être humain. Les recherches effectuées dans l'état des connaissances montrent que les besoins des MNA ne sont pas respectés.

Selon Maslow (cité dans le service national du récit de l'univers social, n.d.) l'être humain est défini comme un tout présentant des aspects physiologiques, psychologiques, sociologiques et spirituels. Chacun de ces aspects est relié à certains besoins humains. Selon lui, ce sont les besoins qui créent la motivation.

Maslow a schématisé la hiérarchie des besoins à l'intérieur d'une pyramide à cinq paliers (voir Figure 1). Selon lui, la satisfaction d'un besoin ne peut être réalisée que si les besoins de niveau inférieur sont eux-mêmes satisfaits. Ainsi, un individu ne peut se sentir en sécurité que si les besoins de niveaux inférieurs sont eux-mêmes satisfaits.



Figure 1: Pyramide des besoins de Malsow

(Nouscomprendre.com, 2014)

### Concept

Ce concept a été sélectionné car les MNA se trouvent dans une phase de transition comme relevé au-dessus et leurs besoins ne sont pas satisfaits ce qui les met dans une situation de vulnérabilité.

### La vulnérabilité

« La notion de vulnérabilité est utilisée dans des domaines et fort différents, informatiques, zoologie, comptabilité. Retenons les domaines qui traitent de la vulnérabilité de l'être humain » (Formarier & Jovic, 2012, p.304).

Selon les mêmes auteurs, dans le domaine médical, la vulnérabilité correspond aux risques de développer ou d'aggraver des incapacités, le risque lié à son âge, à son état physique, à son mental. Elle rend compte d'un état instable qui risque de se

dégrader. La dégradation elle-même dépend de l'état de la personne et des facteurs de fragilité. Le conseil national de l'ordre des médecins (2007, cité dans Formarier & Jovic, 2012, p.304) définit la vulnérabilité comme « pouvant toucher les patients issus de tout milieu et à tout âge, elle est une situation d'une personne qui ressent ou est confrontée à un vécu d'exclusion ».

Les auteurs définissent également le domaine socio-économique, il « identifie la précarisation du rapport à l'emploi et du rapport à la société pouvant éroder les supports utilisés et utiles pour trouver sa place dans la société et y agir. » (p.304) Ainsi que le domaine humanitaire qui « relève le risque inhérent au traumatisme de catastrophe naturelle, des guerres. » (p.304)

## **Méthode**



### **Argumentation du devis de recherche**

Ce travail porte sur les besoins de santé des réfugiés et des requérants mineurs non accompagnés ayant subi des violences et est une revue de littérature. Celle-ci permet une évaluation critique des recherches approfondies et des théories relatives à un sujet spécifique (Coughlan, Ryan & Cronin, 2013, p. 7). Ainsi, la revue de littérature vise la synthèse des données scientifiques dans le but d'obtenir des résultats probants pour la pratique professionnelle (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007).

### **Description des étapes de réalisation**

Dans ce chapitre, le déroulement de la réalisation de cette revue de littérature est expliqué.

### **Banques de données**

Les recherches d'articles se sont faites à partir de Pubmed, Cinahl et PsycInfo. Elles ont été réalisées entre décembre 2016 et mai 2017.

### **Mots-clés**

<b>Français</b>	<b>Anglais</b>
Réfugiés mineurs non accompagnés	Unaccompagnied refugee minors
Enfants requérants d'asile non accompagnés	Unaccompagnied asylum-seeking children
Réfugiés adolescents non accompagnés	Unaccompanied refugee adolescents
Service de santé	Health service

*Tableau 2 : Tableau récapitulatif des mots-clés*

Français	Anglais
Service de santé pour les adolescents	Adolescent health service
Besoins	Needs
Migrant	Migrant
Soins infirmiers	Nursing Care
Hôpital	Hospitals
Enfant	Child

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des mots MeSH

### Critères d'inclusion et d'exclusion

Plusieurs critères de sélection ont été discutés pour répondre au mieux à la question de recherche. De plus, la méthode PICo a permis de mettre en avant les critères d'inclusion et d'exclusion.

	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<b>Devis</b>	Qualitatif, quantitatif et mixte	
<b>Années de publication</b>	Dans les 10 dernières années (2006)	Supérieure à 10 ans
<b>Langue</b>	Français et anglais	Autres langues
<b>Lieu de recherche (continent)</b>	Europe	Autres continents
<b>Population cible</b>	Requérants/ réfugiés mineurs non accompagnés	
<b>Age de la population</b>	Entre 8 et 17 ans lors de l'arrivée dans le pays d'accueil	Les enfants de moins de 8 ans et les adultes
<b>Temps passé dans le pays d'accueil depuis l'arrivée</b>	Maximum 5 ans	Supérieure à 5 ans

Tableau 4: Tableau des critères d'inclusion et d'exclusion

Une étude qualitative contient également une revue de littérature cependant, la partie comprenant la revue de littérature n'a pas été introduite dans le travail car elle ne répondait pas à notre question de recherche.

### Démarche d'analyse et stratégie de recherche

Les recherches d'études scientifiques sont résumées dans le diagramme Flow chart, se trouvant en annexe.

Les recherches ont permis de trouver 375 études sur les différentes bases de données et une étude a été identifiée dans les références d'un article. Les titres de 288 recherches étaient hors thème et ont été exclus dès le départ. Le résumé de 88 études a été analysé pour déterminer si une lecture approfondie était nécessaire. Par la suite, 23 études sont retenues, lues et examinées. Une élimination de 16 études en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion est effectuée. Finalement, 7 études sont incluses dans cette revue de littérature.

Ensuite, chaque étude a été analysée à l'aide des grilles de résumé d'un article scientifique et des grilles de lecture critique d'un article scientifique tirées de Fortin (2010) et Loiselle & Profetto-McGrath (2007).

## Résultats

### **Critères des études retenues**

Cette revue de littérature comprend sept études scientifiques qui présentent différents devis. Quatre études utilisent un devis quantitatif, deux études utilisent un devis qualitatif, dont une étude comprend également une revue de littérature, et une utilise un devis mixte.

Les études scientifiques ont été réalisées dans divers pays : en Allemagne (1), en Italie (1), en Norvège (1), aux Pays-Bas (1), au Royaume-Uni (2) et en Suisse (1) entre 2006 et 2016. Aucune étude sur les besoins de santé des mineurs non accompagnés n'a été réalisée en Suisse, c'est pourquoi nous avons étendu les recherches à l'Europe.

L'échantillon diffère selon les études. Les études qualitatives comptent entre cinq et six participants, tandis que pour les études quantitatives et mixtes, l'échantillon varie entre 71 et 1979 personnes (920 mineurs non accompagnés et 1059 adolescents néerlandais). Les réfugiés et les requérants mineurs non accompagnés venaient pour la plupart d'Afrique ou d'Asie. Les participants étaient tous mineurs lorsqu'ils ont demandé l'asile. Néanmoins, des professionnels prenant en charge ces personnes ont également participé dans certaines études. Le contexte hospitalier ressort dans deux études car il est important d'avoir le point de vue du personnel soignant et des dirigeants des hôpitaux.

Seuls six auteurs ont reçu l'approbation d'un comité d'éthique. Toutefois, le consentement des participants a été obtenu pour la septième étude.

### **Présentation des thématiques**

L'analyse et la catégorisation des résultats ont permis de faire ressortir plusieurs thématiques en lien avec les objectifs de cette revue de littérature. Ces dernières

sont les besoins en santé mentale, les besoins en santé physique, la prise en charge hospitalière, les perceptions et ressentis des migrants non accompagnés.

### Tableau de synthèse des résultats

Les résultats retenus dans nos études scientifiques sont classés en catégories pour permettre une analyse structurée, synthétique et cohérente afin de répondre à notre problématique. Lors de la catégorisation des résultats, il a fallu faire un choix afin de reprendre tous les résultats ressortis et de les classer. Nous avons trouvé des résultats sur la santé physique et psychique mais ceux-ci comprennent également le côté social, spirituel et environnemental de la santé qui sont repris dans les différentes sous-catégories.

Thématiques	Auteurs des résultats	Synthèse des résultats
<b>Besoins en santé mentale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bean et al. (2006)</li> <li>• Groark et al. (2010)</li> <li>• Marquardt et al. (2016)</li> <li>• Oppedal &amp; Idsoe (2015)</li> <li>• Sanchez-Cao et al. (2013)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pathologies psychiques</li> <li>• Besoins de santé mentale et utilisation des services</li> <li>• Perception des besoins</li> <li>• Influence du soutien social sur la santé mentale</li> <li>• Stratégies d'adaptation</li> </ul>
<b>Besoins en santé physique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Marquardt et al. (2016)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les troubles physiques</li> <li>• L'hygiène de vie</li> </ul>
<b>Prise en charge hospitalière</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jaeger et al. (2013)</li> <li>• Festini et al. (2009)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Priorités de prise en charge : garantir la sécurité, la confiance, la gestion du stress du MNA</li> <li>• Difficultés de prise en charge : difficultés liées à la communication, problèmes liés aux différences culturelles, formation inadéquate</li> </ul>

<p><b>Perceptions et ressentis des mineurs non- accompagnés</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Groark et al. (2010)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes</li> <li>• Sentiments d'incertitudes</li> <li>• Sentiments positifs</li> <li>• Jugement d'autrui</li> <li>• Mal-être</li> </ul>
---	--	---

Tableau 5 : Synthèse des résultats

### **Présentation des résultats**

Les thématiques citées ci-dessus sont présentées et décrites dans ce chapitre.

### **Besoins en santé mentale**

Les résultats de cinq études mettent en évidence les besoins en santé mentale chez les mineurs non accompagnés.

#### ***Pathologies psychiques***

Trois études relèvent le risque de développer des troubles psychiques tels que la dépression, le stress post-traumatique et l'anxiété. Les résultats de l'étude quantitative de Marquardt, Krämer, Fischer et Prüfer-Krämer (2016) mené sur 102 MNA montrent que ces derniers sont une population vulnérable. Cette étude met en évidence que 13.7% des participants ont été diagnostiqués d'un trouble psychique dont 5.9% présentaient un trouble dépressif, 4.9% étaient atteints de stress post-traumatique et 2.9% des participants souffraient des deux pathologies (p. 214).

L'étude quantitative de Sanchez-Cao, Kramer, & Hodes (2012) réalisée auprès de 71 MNA met en avant que 66% des participants sont à risque élevé de développer un stress post-traumatiques et 12% une dépression (p. 655). Groark, Sclare et Raval (2010) ont effectué une étude qualitative sur six MNA et les résultats ont eux aussi indiqué que les participants étaient atteints de pathologies

psychiques. En effet, 83,3% semblaient avoir un stress post-traumatique, 50% souffraient de troubles anxieux et 33.3% étaient atteints de troubles dépressifs. Ces taux élevés peuvent être causés par les expériences traumatisantes vécues et les peurs liées à la demande d'asile. Le statut de demandeur d'asile peut aussi mettre ces jeunes dans une position d'incertitude et d'impuissance prolongeant leur détresse. Elle peut aussi se manifester par des symptômes somatiques tels que des maux de tête ou des douleurs corporelles (p. 433).

Selon les résultats de Marquardt et al. (2016), la prévalence des troubles mentaux des MNA était de 20% chez les asiatiques de l'ouest et de 7.7% chez les nord-africains. Cela souligne que les problèmes de santé mentale sont plus fréquents chez les adolescents venant de régions en guerre ou ayant des crises politiques. De plus, les jeunes filles non accompagnées sont deux fois plus susceptibles que les jeunes hommes d'être diagnostiquées avec au moins un trouble mental. En effet, le nombre de femmes diagnostiquées d'un stress post-traumatique est significativement plus élevé par rapport aux nombres d'hommes, 20.8% des femmes pour seulement 3.8% des hommes. Cette différence est principalement liée aux violences sexuelles vécues par les jeunes filles et qui s'ajoutent aux autres événements traumatiques. (pp. 214-215).

Dans leur étude quantitative menée sur 920 MNA, Bean, Eurelings-Bontekoe, Mooijaart et Spinhoven (2006), identifient des facteurs protecteurs, c'est-à-dire le jeune âge et avoir un membre de la famille vivant dans le même pays d'accueil. Cependant l'âge pourrait être lié à d'autres facteurs comme la situation de vie, le nombre d'événements stressants vécus et les politiques gouvernementales (l'aide financière du gouvernement s'arrête à 18 ans) (p. 352).



### ***Besoins de santé mentale et utilisation des services***

Trois études relèvent la sous-utilisation de services de santé mentale.

L'étude de Bean et al. (2006) évalue les différences entre un groupe de MNA et un groupe contrôle d'adolescents néerlandais. L'étude indique que les besoins de soins de santé mentale des MNA sont beaucoup plus élevés par rapport à leurs pairs néerlandais. En effet, 57% des MNA ont signalé avoir des besoins de soins de santé mentale mais seulement 12,7% utilisaient un service de santé mentale. Alors que 6,2% des pairs néerlandais ont exprimé avoir des besoins de soins de santé mentale et 16,1% ont utilisé un service. De plus, 48% des MNA ont souligné avoir un besoin de soins de santé mentale non satisfait tandis que parmi les pairs néerlandais ce pourcentage était de 4,5% (p. 348).

L'étude réalisé par Sanchez-Cao et al., (2012) met en évidence que malgré le niveau élevé de détresse psychologique auto-déclaré, seulement 17% des MNA sont en contact avec les services de santé mentale ce qui est prédit par les symptômes dépressifs et le temps passé dans le pays d'accueil. Les symptômes dépressifs ont mieux prédit l'utilisation des services de santé mentale par rapport aux symptômes post-traumatiques. En effet, les MNA qui ont un risque élevé de développer une dépression sont treize fois plus susceptibles de fréquenter les services de santé mentale. Les raisons peuvent être que les symptômes dépressifs sont plus visibles que les symptômes de stress post-traumatique et ils sont associés à un fonctionnement social plus faible aboutissant donc plus facilement à la recherche d'aide auprès d'un service de santé mentale. De plus, les MNA ne se plaignent pas des symptômes de stress post-traumatiques car ils pensent que ces symptômes sont une conséquence inévitable de leurs expériences et que rien ne peut être fait pour les atténuer. Cela indique que beaucoup de MNA qui souffrent de détresse émotionnelle n'ont pas de suivi.

Un séjour plus long dans le pays d'accueil a tendance à être associé à l'utilisation des services de santé mentale et à la recherche d'aide. D'une part en raison d'une meilleure connaissance de la langue qui facilite la communication, d'autre part, d'une plus grande stabilité de placement et une connaissance plus claire du statut juridique. Tout cela permet une meilleure compréhension de leurs propres difficultés émotionnelles et du système de santé (pp. 655-656).

Aucun des participants de l'étude de Groark et al. (2010) n'étaient pris en charge par un service de santé mentale, ce qui était un critère d'inclusion à l'étude. Ces résultats suggèrent des difficultés importantes dans l'accès aux soins rencontrées par les participants. Elles pourraient être liées à une défaillance dans le système de soins social pour identifier les problèmes, la réticence des jeunes à exprimer leur vulnérabilité ou aux stratégies d'adaptation bien développés par ces jeunes (p.433).

### ***Perception des besoins***

Trois études mettent en évidence les difficultés rencontrées dans la perception des besoins de santé mentale.

Dans leur étude, Bean et al. (2006) ressortent que les tuteurs et les enseignants ont perçu des besoins de soins uniquement parmi 30,6% des MNA qui l'avaient eux-mêmes signalé. Dans 6,3% des cas, il y avait un accord entre le MNA, le tuteur et l'enseignant par rapport aux besoins de soins (p. 348). De plus, pour les enseignants et les tuteurs, leur propre évaluation de la gravité de la détresse émotionnelle du MNA était le prédicteur le plus important du besoin de soins de santé mentale et de l'orientation vers les services de soins. Pour les MNA, le nombre d'événements stressants éprouvés et la gravité des symptômes étaient les prédicteurs les plus importants des besoins auto-déclarés ou non-satisfaits. Par ailleurs, pour les MNA et les enseignants, le fait de vivre depuis plus d'un an dans le

pays hôte était considéré comme un facteur important dans la perception des besoins (pp. 351-352).

Dans leur étude, Sanchez-Cao et al. (2012) mentionnent que les travailleurs sociaux peuvent avoir des doutes sur le moment où ils doivent référer les jeunes aux services de santé mentale et ils peuvent imaginer que l'accès aux traitements efficaces est difficile à atteindre (p. 656).

Groark et al. (2010) mettent en avant que le modèle décrit par Herman (1997). Le principal besoin de ces jeunes est d'atteindre un niveau de sécurité et de stabilité adéquat mais cela n'est généralement possible que lorsque la personne a obtenu le statut de réfugié. La première phase de ce modèle est la sécurité, la stabilisation et le développement d'une relation de confiance où les besoins primaires tels que l'hébergement et la séparation familiale sont abordés. La seconde phase est centrée sur les interventions thérapeutiques et la dernière phase est l'intégration dans une nouvelle communauté (p. 423). La phase de stabilisation est décisive car une fois qu'un niveau de stabilité et de sécurité est atteint, certains jeunes pourront mieux comprendre leur vécu douloureux et leurs expériences afin de construire une nouvelle vie. Pour d'autres jeunes, ils nécessiteront encore des interventions thérapeutiques (p. 435).

### ***Influence du soutien social sur la santé mentale***

Deux des sept études retenues mettent en avant l'importance d'un soutien social sur la santé mentale de ces jeunes.

Dans leur étude quantitative réalisées sur 895 MNA, Oppedal & Idsoe (2015) indiquent que le soutien social des membres de la famille à l'étranger, des amis de la même ethnie et des amis du pays d'accueil a eu un effet bénéfique indirect sur la

dépression. En effet, le soutien des amis co-ethniques et de la famille permettent le développement des compétences de la culture d'origine alors que les amis du pays hôte favorisent les compétences de la culture du pays d'accueil. Ces compétences sont directement associées à des niveaux inférieurs de symptômes dépressifs et à la perception de la discrimination. De plus, le soutien familial a un effet direct sur la dépression. Cette étude n'a pas trouvé d'effet du soutien social sur le stress post-traumatique. Cependant, d'autres recherches montrent que le soutien social protège contre le développement et la persistance du stress post-traumatique (p. 207).

Dans l'étude de Groark et al. (2010), pour tous les participants, les amis les aidaient à la gestion des difficultés et à la confiance en soi. Ils les distraient et leur permettaient d'oublier les expériences difficiles, les incertitudes et leurs permettaient aussi l'engagement dans la vie. Ils les conseillaient et les guidaient pour qu'ils puissent s'insérer et s'ajuster aux différences culturelles. En revanche, deux jeunes ont évité d'avoir des amis car ils avaient peur d'être déçus ou trompés par les autres et donc pour se protéger, ils restaient isolés. Tous les jeunes ont eu recours à l'aide d'un travailleur social ou d'une personne de confiance. Deux participants ont également reçu le soutien de tuteurs scolaires pour leur apprentissage et pour trois jeunes l'église a été un soutien. Toutefois, trois participants ont exprimé le besoin d'être mieux orientés et réconfortés dans leur vie. Trois participants ont également exprimé le besoin d'avoir quelqu'un sur qui compter et à qui faire confiance. Pour le besoin d'un soutien psychologique, les réponses étaient divergentes. Trois d'entre eux ont expliqué l'importance d'avoir des conseils pour résoudre des problèmes plutôt que de partager leur détresse émotionnelle. Deux participants n'ont pas voulu s'exprimer sur leur problème car ils ne se sentaient pas prêts pour en parler (pp. 432-433).

### **Stratégies d'adaptations**

L'étude de Groark et al. (2010) relève les stratégies d'adaptation utilisées par les participants. Ils mettent en évidence leur grande force et leur résilience malgré leur détresse émotionnelle. La capacité de résilience et les ressources ont été ressorties dans leur parcours de vie et ils ont exprimé avoir une détermination à vouloir réussir, à aider les autres ainsi qu'apporter des changements dans leur propre pays. Les participants ont indiqué qu'ils géraient au jour le jour et ils ont signalé les stratégies mises en place pour faire face aux difficultés éprouvées (p. 436) :

1. Gérer les souvenirs et les pensées pénibles par évitement en allant voir des amis, écouter de la musique, lire, marcher et étudier
  2. Accepter est pour quatre participants le seul moyen pour gérer la situation
  3. Utiliser des systèmes de soutien pour éviter l'isolement et établir des relations de confiance positives
  4. Tenter de prendre le contrôle pour apporter des changements dans le futur.
- Deux thèmes principaux sont ressortis : acquérir des connaissances et obtenir une formation professionnelle.

### **Besoins en santé physique**

L'étude de Marquardt et al. (2016) a évalué les besoins en santé physique de ces participants. Les premiers résultats présentés sont les troubles physiques et ensuite l'hygiène de vie (pp. 212-215).

### **Les troubles physiques**

Selon l'étude, l'anémie ferriprive touche 17.6% des participants dont 29.2% des femmes et 14.1% des hommes. En effet, les femmes sont plus touchées à cause de

leur menstruation. De plus, l'anémie ferriprive est liée à une carence nutritionnelle dans leur pays et durant le parcours migratoire qui dure parfois plus d'un an.

Les MNA sont également affectés par les infections, en effet, 58.8% avaient au moins une infection et 15.7% étaient atteints d'au moins deux infections. Là aussi, les femmes étaient plus touchées que les hommes, 66.7% contre 56.7%. Plusieurs résultats de l'étude montrent que la région d'origine est significativement associée à la prévalence des infections. D'abord d'une manière générale, 87% des MNA d'Afrique subsaharienne présentaient des infections alors que pour les autres régions la prévalence variait de 53.8% pour les nord-africains à 33.3% pour les asiatiques de l'ouest. Les auteurs ont relevé différents types d'infections dont les prévalences variaient de 1% pour la tuberculose à 69.2% pour l'*Helicobacter pylori*. 19.6% des MNA ont été diagnostiqués avec des infections parasitaires dont la schistosomiase qui a été observée chez 27.6% des jeunes d'Afrique subsaharienne. L'étude montre que 13.3% des participants n'avaient qu'une seule infection parasitaire et que 5.9% en avaient plus d'une. Ici aussi, le pays d'origine était significativement associé aux infections parasitaires : 46.7 % des participants d'Afrique subsaharienne, 13.2% des asiatiques du sud et 6.7% des asiatiques de l'ouest en étaient atteints. L'*Helicobacter pylori* est significativement associé à la région d'origine : 48% pour les asiatiques du sud et 90.9% pour les africains subsahariens. De plus, les symptômes de la gastrite sont également significativement associés à la région d'origine : 60% des participants venant de l'Afrique subsaharienne avaient les symptômes contre 6.7% des MNA d'Asie occidentale, les autres régions étaient de 28.9% pour l'Asie du sud et 38.5% pour l'Afrique du Nord. Pour terminer, huit jeunes hommes étaient infectés chroniquement par le virus de l'hépatite B dont deux afghans qui avaient besoin d'un traitement antiviral, une adolescente avait la tuberculose extra-pulmonaire

ganglionnaire et les autres infections relevées étaient la gale avec 2.9% des participants et le paludisme avec 1%.

L'étude relève également que les MNA n'avaient pas de carnet de vaccination à leur arrivé, et par conséquent aucune information sur l'état de vaccination n'était disponible. Néanmoins, à l'aide de tests sérologiques, les résultats montrent que 14.9% des adolescents qui venaient, pour la plupart de Syrie, étaient vaccinés contre l'hépatite B. 13.9% des participants, la plupart venant d'Afrique, étaient immunisés contre ce virus par une infection naturelle.

La prévalence des maladies non-transmissibles était faible. Seulement deux MNA avaient un trouble métabolique des lipides combiné à une obésité extrême. Pour ce qui est de l'évaluation des autres maladies, 3.9% souffraient d'asthme, 1% d'ostéomyélite et 1% du syndrome post-polio où les soins prothétiques ont été jugés nécessaires. En revanche, aucun participant ne souffrait d'hypertension.

Pour finir, l'étude met en avant que 71.6% des participants ont été référés à un ou plusieurs spécialistes. 74.5% des MNA ont reçu des prescriptions de médicaments, 30.4% ont reçu un seul médicament et 44.1% en ont reçu plusieurs. Les femmes étaient 91.7% à en recevoir tandis que les hommes étaient seulement 69.2%.

### ***L'hygiène de vie***

Les auteurs mettent en évidence plusieurs comportements de santé.

Premièrement, la plupart des adolescents ont présenté des valeurs d'IMC dans la norme pour leur âge. En moyenne, l'IMC était de 21.57. Cependant, cinq participants et une participante étaient sous-pondérés et six jeunes hommes et deux jeunes filles étaient en surpoids. Deux d'entre eux étaient en surpoids extrême.

Deuxièmement, le statut dentaire était pathologique chez seize adolescents et cinq adolescentes. Les africains subsahariens ont la prévalence la plus élevée pour ce problème de santé suivie par les nord-africains.

Pour finir, cinq jeunes hommes ont déclaré consommer de l'alcool, dix fumer des cigarettes et six consommer du cannabis. De plus, 44 hommes et huit femmes ont déclaré faire du sport.

### **Prise en charge hospitalière**

Parmi les études retenues, deux mettent en avant les particularités de la prise en charge hospitalière des enfants migrants grâce au point de vue du personnel soignant et hospitalier.

#### ***Priorité de prise en charge***

L'étude qualitative de Jaeger, Kiss, Hossain et Zimmerman (2013) a été menée avec cinq chefs de projet « Migrant-friendly Hospital (MFH) » de cinq hôpitaux pédiatriques. Elle souligne que les migrants pédiatriques sont avant tout des enfants et donc beaucoup de leurs besoins de base sont les mêmes que ceux de leurs pairs non-immigrés. Cependant, chez les migrants pédiatriques, il est très important de favoriser le sentiment de sécurité et de renforcer la confiance. De plus, un participant a expliqué que certains migrants pédiatriques se déplacent continuellement entre deux systèmes de valeurs culturelles (le domicile contre, par exemple, l'école). À l'hôpital, ils font face aux deux systèmes simultanément, ce qui peut être une source de stress. Un participant met en évidence que les besoins religieux des mineurs sont souvent sous-estimés car la religion est considérée



comme séparée des soins cliniques. De plus, la plupart des participants ont expliqué que les parents jouent un rôle central dans les soins pédiatriques (p. 5).

### ***Difficultés de prise en charge***

Les difficultés de prise en charge liés principalement à la communication et aux différences culturelles ont été mises en évidence par deux études.

Comme le montre l'étude mixte de Festini, Focardi, Bisogni, Mannini et Neri (2009) réalisée sur 129 infirmiers en pédiatries, 78,3% infirmiers ont rapporté avoir des difficultés dans la prise en charge des enfants étrangers et de leurs familles. Il n'y avait pas de différences statistiquement significatives entre la moyenne des années de service des infirmiers qui ont signalés des difficultés et la moyenne des années de service des infirmiers qui n'en ont pas signalés. Aucune association significative n'a été trouvée entre la connaissance d'une langue étrangère et la perception des difficultés à s'occuper d'enfants immigrés. Parmi les infirmiers qui ont rapporté avoir des difficultés avec la prise en charge de la population étrangère, 83,7% déclarent avoir rencontrés différents types de problèmes dans la relation infirmier-patient : 62,9% des infirmiers ont rapporté des problèmes de communication et 16,7% ont rapporté des problèmes liés aux différences culturelles. En effet, les problèmes de communication compromettent non seulement la transmission d'informations médicales mais aussi la relation d'aide infirmier-patient. La solution la plus utilisée pour faire face à ces problèmes était d'appeler des médiateurs culturels bénévoles. Leurs interventions n'étaient cependant disponibles que dans 66,6% des cas et dans 52% des cas, elle était difficile à coordonner avec les besoins des clients et la disponibilité des autres professionnels, surtout dans les situations d'urgence. Concernant les habitudes de vie, 50% des infirmiers ont exprimé avoir des difficultés liées à l'alimentation : cela était dû à la non-acceptation

des aliments à disposition en raison de préférence culturelle, de repas inappropriés pour cette population ou lié à des règles religieuses. De plus, 58.1% des infirmiers ont exprimé avoir des difficultés par rapport aux habitudes d'hygiène personnelle. Dans 42.6% des cas, les infirmiers ont signalé un niveau d'hygiène insuffisant ou une perception différente des normes d'hygiène (pp. 222-225).

Dans l'étude de Jaeger et al. (2013), tous les participants ont convenu que la langue était un défi primordial dans les soins aux migrants. Ils ont également estimé que l'utilisation des interprètes professionnels était essentielle, même si cela prenait beaucoup de temps. En effet, le service d'interprétariat est utile pour dialoguer avec les patients et/ou leurs parents. Cependant, il n'est pas toujours facile d'avoir accès à un service d'interprétariat. Les participants relèvent une plus grande difficulté lors de situation d'urgence, d'une part le service d'interprétariat par téléphone coûte cher, d'autre part, il n'est pas toujours facile d'avoir un interprète rapidement. Tous les hôpitaux ont déclaré utiliser le personnel pour une interprétation immédiate mais ils sont partagés quant à la qualité et les mauvaises expériences lors de l'utilisation de personnel non qualifié (pp. 6-7).

Les différences culturelles ont aussi été ressorties comme obstacle à la prise en charge. En effet, les parents ne comprennent pas pourquoi ils doivent participer au processus de décisions médicales et pourquoi l'enfant doit suivre un traitement à domicile (p. 7).

L'étude met en avant différents besoins nécessaires afin de prodiguer des soins adaptés aux enfants et adolescents migrants. D'abord, plusieurs participants ont mentionné la nécessité d'augmenter le temps pour s'occuper des enfants migrants. En effet, ils ont besoins de plus de temps pour comprendre les antécédents de cette population et le contexte aigu et général. Le manque de temps peut engendrer des

erreurs de diagnostic et de non-conformité. Ensuite, les professionnels de la santé ont aussi indiqué qu'il est essentiel d'avoir des connaissances culturelles sur la signification des maladies ou des structures familiales (p. 6).

Par la suite, cette étude met en évidence les compétences variées du personnel telles que leur propre expérience de la migration, leurs connaissances linguistiques ou leurs expériences interculturelles. Elles sont considérées comme des ressources de soins pour les migrants. L'étude relève aussi les besoins spécifiques aux interprètes comme la familiarisation avec le vocabulaire pédiatrique et la mise en place de séances de briefings et de débriefings à cause du contexte difficile. En outre, le personnel et les traducteurs manquent de soutien affectif et de formation. En effet, la formation des professionnels sur les soins transculturels varie. Pour conclure, les contraintes de temps, les obstacles de la langue et le sentiment d'insécurité peuvent évoluer vers des sentiments négatifs à propos du travail des professionnels et des patients (pp. 8-10).

### **Perceptions et ressentis des mineurs non accompagnés**

Groark et al. (2010) mettent en évidence plusieurs problèmes ressentis par les MNA (pp. 426-430).

Les jeunes mettent d'abord en avant les nombreuses pertes qu'ils ont subies, elles sont autant liées à leur passée qu'à leur présent. L'étude révèle que ce sentiment comprend la perte de communauté, de leur habitat, de leur liberté, de la confiance, de la sécurité et de la certitude, de la richesse et de leur identité culturelle. Ces pertes engendrent un sentiment de solitude et d'isolement. Tous les participants ont indiqué que le sentiment d'incertitude et d'instabilité existaient déjà avant de quitter leur pays d'origine car il y avait une menace de préjudice pour eux

ou leur famille. A cette expérience s'ajoute un sentiment d'anxiété. Ces sentiments étaient toujours présents lors de leur arrivée au pays d'accueil. En effet, ces jeunes ont peur d'être renvoyés dans leur pays d'origine. Ainsi, quatre participants ont révélé un sentiment de vulnérabilité et un besoin de protection. De plus, tous les participants ont évoqué la perte de contrôle qu'ils ont ressenti au cours de leur vie avant et depuis leur arrivée. Ils ont le sentiment de n'avoir aucun pouvoir personnel dans leur passé et pour leur futur.

Ensuite, cinq participants ont parlé du sentiment de liberté qu'ils ont ressenti à leur arrivée. Ce sentiment leur a permis de se sentir heureux et leur à donner de l'espoir quant aux possibilités futures fournies par le pays hôte en termes de formation et de meilleure qualité de vie.

En revanche, tous les participants ont signalé la sensation d'être jugés par les autres. En effet, certains jeunes mettent en évidence que « les gens pensent que les demandeurs d'asile profitent des avantages du pays et ne font absolument rien ». De plus, pour les deux autres participants, être un demandeur d'asile les a distingués des autres et les a mis en danger d'être rejetés. Cette identité a eu un impact sur leur capacité à pouvoir établir de bonnes relations et augmente l'isolement.

Néanmoins, trois participants ont relevé que leurs expériences avec les habitants du pays d'accueil étaient aidantes et amicales. Ils ont également décrit que d'autres les considéraient comme « normales ». Les expériences négatives sur la manière dont les habitants du pays hôte ont perçu les jeunes, ont eu une influence sur leur estime de soi et sur les processus transitoires associés à la vie dans un nouveau pays et une nouvelle culture. Pour ces MNA, il peut y avoir eu un impact sur leurs nouvelles relations de confiance et la demande d'aide.

Pour finir, tous les participants de cette étude ont rapporté des expériences de vie difficiles qui ont eu des répercussions sur eux. Ils décrivent des sentiments, des changements perçus dans la capacité de faire des choses et de « devenir malade ». Deux participants ont dit se sentir « malade », ils le mettent en lien avec des soucis et du stress se rapportant à la perte de leur famille ou encore à la peur d'être renvoyés. Tous les participants ont nommé des soucis et de l'anxiété liés au sentiment d'incertitude. Trois jeunes ont exprimé leur colère et leur frustration et trois autres jeunes ont signalé que ce mal-être avait des conséquences sur leur sommeil et leur alimentation. De plus, deux participants ont mentionné être de mauvaise humeur. Trois participants ont également décrit que « leur esprit était paralysé et que ce sentiment les empêchait de remplir leurs tâches et interrompait leur vie ». Selon les auteurs, cette déconnexion avec le monde peut être justifiée comme une dissociation, une façon de s'éloigner de leurs souvenirs des expériences de vie passées ou de pensées douloureuses. Ces mêmes jeunes ont également mentionné des pensées intrusives ou des expériences de vie passées qui surgissaient dans leur tête sans contrôle. Selon les auteurs, la tristesse, la colère, les pensées inquiétantes ainsi que la déconnexion peuvent être liées à la nature instable et incertaine des expériences de vie actuelles et passées ainsi que des pertes qu'ils avaient subies.

## Discussion

Cette revue de littérature a pour but d'évaluer les besoins de santé des réfugiés et des requérants d'asile mineurs non accompagnés ayant subi des violences, durant les cinq premières années de leur arrivée dans le pays d'accueil. L'analyse des résultats nous a permis de les mettre en lien avec les différents cadres de référence.

Le premier cadre théorique choisi est la théorie de transition de Meleis qui identifie quatre types de modèles et de schémas de transition : les transitions de développement, les transitions liées à la santé et à la maladie, les transitions situationnelles et les transitions organisationnelles. En lien avec ces différents types de transitions, les études récoltées montrent que les MNA passent par plusieurs transitions en même temps. Premièrement, la population cible est des adolescents. L'adolescence est une phase de transition importante du développement qui permet à l'enfant d'acquérir son identité. Deuxièmement, la population implique des MNA qui migrent et transitent dans plusieurs pays. Troisièmement, les études retenues ont mis en avant que les MNA présentent un risque élevé de développer des pathologies physiques et psychiques dues à toutes les épreuves traversées. Finalement, quand ces jeunes arrivent dans un nouveau pays, ils doivent faire face à plusieurs changements environnementaux (le logement, la culture différente, être sans leur famille, la langue, le système de santé, ...) qui affectent leurs habitudes de vie. Par exemple, le type de logement et l'encadrement proposé varient. Certains MNA ont à disposition une chambre dans une résidence surveillée alors que d'autres sont hébergés dans des centres d'asile avec des adultes et sont donc livrés à eux-mêmes. Dans ces structures, ils manquent souvent d'un endroit calme pour faire leurs devoirs (Humanrights.ch, 2016). Pour ce qui est de l'encadrement, la Confédération a pour objectif d'avoir un adulte par MNA. Actuellement, il y a cinq à vingt adolescents pour un éducateur. De ce fait, les éducateurs doivent abandonner

certaines activités et n'ont pas le temps de parler avec chaque MNA (Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale, 2016). Comme le souligne Chamorel et Depallens (2011), « être à la fois adolescent, requérant d'asile et mineur non-accompagné demande une capacité d'adaptation hors du commun. Et s'accompagne d'une grande vulnérabilité » (p. 1).

Le second cadre théorique choisi est la pyramide des besoins de Maslow qui schématise la hiérarchie des besoins. Il met en évidence le fait que la satisfaction d'un besoin peut être réalisée seulement lorsque tous les besoins de niveaux inférieurs sont eux-mêmes satisfaits. Les études analysées soulignent que les besoins des MNA ne sont pas satisfaits.

Le premier palier inclue les besoins physiologiques primaires tels que manger, boire et dormir. Le témoignage de certains jeunes fait ressortir un mal-être qui a des conséquences sur leur sommeil et leur alimentation (Groark et al., 2010, p. 430).

Le second palier englobe les besoins de protection et de sécurité. Les jeunes décrivent, dans l'étude de Groark et al. (2010) plusieurs sentiments tels que l'incertitude, la vulnérabilité et l'anxiété. En effet, les jeunes ont peur d'être renvoyés dans leur pays d'origine. Ils relèvent également avoir un besoin de protection, de réconfort ainsi que d'avoir quelqu'un sur qui compter et à qui faire confiance. De plus, ces auteurs mettent en avant l'importance de privilégier la stabilité chez ces jeunes migrants car la stabilisation leur permet de mieux comprendre leur vécu douloureux et leurs expériences afin de construire une nouvelle vie (pp. 30 ; 35).

Le troisième palier fait référence aux besoins sociaux. Deux études mettent en avant l'importance d'un soutien social sur la santé mentale des jeunes. En effet, le soutien social des membres de la famille à l'étranger, des amis de la même ethnie et des amis du pays d'accueil a eu un effet bénéfique sur la dépression



(Oppedal & Idsoe, 2015, p. 207). De plus, selon l'étude de Groark et al. (2010) les amis, les travailleurs sociaux, les tuteurs et l'église aident ces jeunes à la gestion des difficultés et à la confiance en soi. Toutefois, certains jeunes ont peur d'être déçus ou trompés par les autres, c'est pourquoi ils s'isolent (pp. 429-430).

Le quatrième palier prend en compte le besoin de reconnaissance et d'estime de soi. Les participants ont évoqué la sensation d'être jugés par les autres. Certains participants ont exprimé qu'avoir le statut de demandeur d'asile les a distingués des autres et les a mis en danger d'être rejetés. Cette identité a eu un impact sur leur capacité à pouvoir établir de bonnes relations et augmente l'isolement. Les expériences négatives ont eu une influence sur l'estime de soi et sur le processus de transition associé à la vie dans le nouveau pays. Cependant, pour d'autres participants, l'expérience avec les personnes du pays d'accueil a été positive.

Le dernier palier comprend le besoin d'auto-réalisation et d'accomplissement. Etant donné que les besoins des niveaux inférieurs ne sont pas satisfaits, il n'est pas possible de satisfaire ces besoins.

Le concept de vulnérabilité de Formarier & Jovic (2012) correspond aux risques de développer ou d'aggraver des incapacités ; le risque est lié à l'âge, à l'état physique et à l'état mental. C'est un état instable qui peut se dégrader. En effet, les MNA sont trois fois plus à risque d'être vulnérable. Cela s'explique par le fait que ce soit une population migrante, adolescente et sans soutien familial, ni de figure parentale. De plus, ils ont subi un déracinement, sont en constante insécurité face à leur avenir, vivent dans la précarité sociale et avec de lourds traumatismes et deuils suite aux situations vécues dans leurs pays d'origine et le parcours migratoire. Le soutien de la famille est un facteur protecteur important en termes de santé de l'adolescent (Depallens et al., 2016 ; Appartenances-Genève, 2014).

Cela représente pour les MNA un plus grand risque de développer des troubles de santé mentale et physique. Puis, l'adolescence est une période de crise identitaire qui met la personne en situation de vulnérabilité car plusieurs risques de santé sont présents à cette étape de la vie : les grossesses et les accouchements précoces, le VIH, les violences, l'alcool, les drogues, le tabac, la malnutrition et l'obésité, les traumatismes involontaires (accidents de la route, noyade, ...), les troubles psychiques et le suicide (Organisation mondiale de la santé, 2017). De plus, ces jeunes sont fragilisés à cause des événements traumatisants vécus durant leur parcours migratoire, mais aussi du fait de leur séparation avec leurs parents. Pour terminer, arriver dans le pays d'accueil, les MNA continuent à vivre des événements stressants tels que l'incertitude liée à la demande d'asile, le manque de repères, la confrontation avec une nouvelle culture, etc.

Tous ces éléments mettent en évidence le besoin des MNA d'être soutenus. En effet, comme le relève Wata (2003), la solitude, le manque d'écoute, l'incertitude de l'avenir, le manque d'occupation, le manque d'argent et la volonté de ressembler aux autres mineurs ou d'appartenir à un groupe soudé peut entraîner les MNA à sombrer dans la délinquance. Ils peuvent être recrutés par des réseaux criminels, vendre des stupéfiants, se prostituer ou voler. De plus, certains jeunes basculent dans la clandestinité. Les mineurs les plus exposés sont ceux qui ont rompu leur procédure d'asile et ceux qui ont reçu une décision de renvoi des autorités mais également les jeunes n'ayant pas déposé de demande d'asile.

Les résultats obtenus dans les diverses recherches mettent en avant la nécessité d'une amélioration de l'accès aux soins pour une meilleure prise en charge que ce soit au niveau physique, psychique ou social. Plusieurs études ont démontré que les MNA présentent un niveau élevé de détresse psychologique et un risque élevé de développer des troubles psychiques tels que la dépression, le stress post-

traumatique et l'anxiété. Or une minorité de jeunes étaient suivis par un service de soins.

Ce risque élevé peut être expliqué par le fait que les enfants réfugiés présentent de nombreux facteurs de risque. Au niveau personnel, les facteurs de risque sont la mort ou la séparation avec les parents, le nombre d'événements traumatisants qu'ils ont expérimenté ou desquels ils ont été témoins, la difficulté de communication, les problèmes de santé physique résultant d'un traumatisme ou d'une malnutrition et le fait d'être plus âgé. Les facteurs environnementaux sont le nombre de transitions, la pauvreté, le temps requis pour déterminer le statut d'immigrant et l'isolation culturelle (Fazel et Stein, 2002, p. 367).

Selon certains auteurs, la sous-utilisation des services est causée principalement par le manque de capacité et/ou de volonté de la part des services de répondre aux besoins des populations culturellement et ethniquement diverses (de Antiss, Ziaian, Procter, Warland & Baghurst, 2009, cité dans Sanchez-Cao, 2012, pp. 656-657).

Concernant les besoins de santé physique, les MNA sont atteints d'un grand nombre de pathologies. Ils souffrent principalement d'infections et d'anémie ferriprive.

Les résultats des études retenus mettent en avant les travailleurs sociaux comme premier intervenant auprès des MNA dès leur arrivée. Cependant pour évaluer de manière optimale leurs besoins de santé, il serait judicieux d'inclure dans la prise en charge une équipe de soins transculturels qui comprend, par exemple, des infirmiers et des médecins. Une prise en charge spécifique a été mise en place à Lausanne et a été décrite par Depallens Villanueva & Ambresin (2010). En effet, les auteurs expliquent que l'évaluation de la santé physique des MNA est réalisée en premier lieu par le Centre de soins infirmiers. Cette prise en charge, à l'aide d'un

entretien et d'un examen clinique, permet de déterminer la situation de santé du patient, de commencer la vaccination de rattrapage prévue par l'Office fédéral de la santé publique et de référer, si besoin, la personne à un médecin ou à un organisme de premier recours. De plus, un protocole de collaboration existe entre l'Etablissement vaudois d'accueil des migrants, la Polyclinique médicale universitaire et la division interdisciplinaire de santé des adolescents au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) qui réalise un bilan de santé dans le premier mois d'arrivée d'un adolescent. En 2008, une consultation médicale a également été créée au centre pour mineurs non accompagnés. Elle s'effectue en collaboration avec le Centre de soins infirmiers et a pour but d'optimiser la prise en charge des jeunes migrants. Ce système rend possible une meilleure accessibilité aux soins pour les mineurs non accompagnés, en évitant qu'ils manquent des rendez-vous et aussi en leur permettant d'être pris en charge dans une structure qui leur est connue. Grâce à cette structure, la rencontre du corps médical avec les éducateurs du foyer est possible, ce qui aide à l'encadrement et aux soins des jeunes.

A Fribourg, les soins de santé physique pour les requérants d'asile, enfants et adultes, sont prodigués dans le dispensaire de la Poya. Une infirmière et un infirmier sont présents quatre demi-journées par semaine. Ils proposent un bilan de santé, des examens cliniques, des rendez-vous médicaux, des visites à l'hôpital et à domicile, de l'éducation et de la promotion de la santé, un suivi de la grossesse et des nouveau-nés ou encore une évaluation des cas psychiatrique. Ils font également la liaison avec d'autres services si nécessaire (Fondation suisse du service international, 2016).

En ce qui concerne la santé mentale, au foyer pour mineurs non accompagnés de Lausanne, une consultation pédopsychiatrique a été créée, en octobre 2009. Son but est le dépistage et l'évaluation des problèmes psychiatriques ainsi qu'une

intervention de courte durée. De plus, elle permet de faire le lien avec le réseau psychiatrique extérieur. Pour finir, il existe une collaboration entre le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, le Département de psychiatrie du CHUV et l'association Appartenances (Depallens Villanueva & Ambresin, 2010).

A Fribourg, les jeunes sont pris en charge jusqu'à 17 ans par le Centre de pédopsychiatrie du Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM). Pour les problèmes d'addictions, les jeunes ne sont pris en charge qu'à partir de 18 ans (Fondation suisse du service international, 2016).

### **Forces et limites**

Premièrement, une seule étude a été réalisée en Suisse et concerne la prise en charge hospitalière des migrants pédiatriques. Toutes les recherches sur les besoins de santé des MNA et la prise en charge infirmière ont été effectuées dans différents pays d'Europe comparables à la Suisse. Cependant, certaines différences peuvent apparaître dans la prise en charge de cette population et de la mise en place des interventions.

Deuxièmement, le nombre d'articles retenus est trop limité pour réaliser une revue de littérature. Une partie des articles se trouvant sur les bases de données ont plus de dix ans. Certaines auraient pu être intéressantes par le contenu ou le lieu, elles n'ont cependant pas été retenues car le sujet est en constante évolution. En effet, les crises politiques et les guerres peuvent s'intensifier, diminuer ou encore s'arrêter ce qui implique un changement de la population. De plus, les avancées médicales évoluent ce qui a restreint le champ de recherche.

Troisièmement, les bases de données consultées pour effectuer la recherche d'articles ont relevé un manque de recherches scientifiques, au niveau Suisse et européen, sur les besoins de santé des RMNA et leur prise en charge infirmière. En effet, une seule étude retenue est basée sur les besoins physiques. De plus, les participants sont pris en charge par des travailleurs sociaux et cela pourrait être une des raisons pour lesquelles les besoins psychiques sont plus abordés que les besoins physiques.

Quatrièmement, il a été difficile de cibler uniquement les RMNA car certaines études intégraient également les réfugiés. Deux études retenues parlent de la perception des infirmières italiennes soignant des enfants migrants ainsi que de la prise en charge des migrants pédiatriques par les hôpitaux. Elles sont intéressantes et utiles car elles parlent du contexte hospitalier et montrent le point de vue des professionnels ; elles ne se concentrent toutefois pas uniquement sur notre population cible mais s'étendent aux jeunes migrants en général et à leurs familles.

Cinquièmement, une étude exploratoire et deux études transversales, ainsi que le petit échantillon des études qualitatives, ne permettent pas de généraliser nos résultats. Cependant, une étude qualitative a pour but de mieux comprendre les besoins psychologiques des MNA. De plus, les entretiens permettent de percevoir leurs forces et leurs difficultés.

Terminons par noter que les articles choisis pour réaliser cette revue de littérature prennent en compte plusieurs domaines différents et un grand nombre de résultats différents en ressortent. De ce fait, il n'a pas été facile d'apporter une réponse claire à notre question de recherche.

### **Implications pour la pratique**

Les implications pour la pratique suggérées par les auteurs visent à améliorer l'accès aux soins et la prise en charge, le soutien social, la formation des professionnels et le programme de psychoéducation.

#### **Amélioration de l'accès aux soins et de la prise en charge**

Cinq études mentionnent la nécessité d'améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des MNA.

Comme reconnu par les lignes directrices, cela est prioritaire pour répondre aux besoins de ces jeunes qui souffrent de troubles psychologiques car la plupart n'utilisent pas les services de santé mentale (NICE, 2010, cité dans Sanchez-Cao et al., 2012, p. 657). Pour ce faire, Jaeger et al. (2013), proposent de réviser les processus hospitaliers, de l'admission à la sortie, pour les rendre adaptés aux besoins des enfants migrants, par exemple en enregistrant différents niveaux de compétences linguistiques. De plus, ils proposent de réviser les composantes structurelles liées à l'infrastructure et aux différents services tels que les services sociaux, les médiateurs transculturels et les contacts avec le soutien religieux (p.12).

Par la suite, il est nécessaire que les agences gouvernementales et les services de santé mentale travaillent ensemble pour assurer le développement émotionnel des MNA en mettant en œuvre des politiques qui reconnaissent la souffrance psychologique et les besoins de soins de santé mentale de cette population à risque (Bean et al., 2006, p. 353). Puis, au niveau national, afin de diminuer la différence entre les prises en charge des MNA et de développer un consensus sur leurs

besoins fondamentaux. Il serait judicieux de créer un groupe multidisciplinaire de réflexion autour de cette thématique, composé de représentants de chaque canton.

Selon Sanchez-Cao et al., (2012), il serait nécessaire de faire des entrevues afin de clarifier les difficultés psychologiques qui peuvent découler de l'exposition à la guerre et aux blessures physiques (p. 656).

Un document de dépistage systématique pour le premier examen médical doit être élaboré et la collaboration entre les tuteurs et les médecins doivent être renforcée. Dans les quatre premières semaines après l'arrivée d'un MNA, il est recommandé de réaliser au moins un contrôle physique étant donné qu'une thérapie appropriée commencée tôt peut entraîner une diminution des effets néfastes sur la santé à long terme. Le dépistage des infections, des maladies chroniques et des troubles de santé mentale est recommandé. Par la suite, il est important de mettre en place plus de ressources de soins de santé pour tous demandeurs d'asile car le nombre va continuer à augmenter (Marquardt et al., 2016, p. 216).

Les résultats de l'étude de Jaeger et al. (2013) indiquent qu'il est nécessaire d'identifier une équipe de référence composée de différents professionnels pour assurer la mise en œuvre des soins de santé adaptés aux migrants. Les compétences et les motivations diversifiées du personnel doivent être considérées comme des ressources. De plus, il est important de prendre en compte les besoins spécifiques des migrants pédiatriques tels que des consultations plus longues et des traductions immédiates (p. 12).



### **Amélioration du soutien social**

L'amélioration du soutien social est recommandée dans deux études.

Le soutien apporté par le système de soins social ne semble pas être en adéquation avec les différents problèmes émotionnels auxquels les jeunes demandeurs d'asile sont confrontés. Prendre en compte ce problème permettrait d'aider à développer les capacités d'adaptation de ces jeunes et de faire le lien avec les organismes afin de s'assurer que les besoins fondamentaux soient satisfaits (Groark et al., 2010, p. 435). Ensuite, Ehntholt et Yule (2006, cité dans Groark et al., 2010) et NICE (2006, cité dans Groark et al., 2010) recommandent que le travail thérapeutique avec les MNA se base sur le développement de la stabilité et du contrôle dans leur vie (p. 435).

En effet, comme expliqué par Groark et al. (2010), dès que la stabilité est mise en place, les jeunes sont en mesure de mobiliser leur capacité pour donner un sens à leurs expériences et ainsi amener des changements. De plus, lorsqu'ils ont un sentiment de sécurité et une base sécurisée, ils peuvent se concentrer sur le travail à faire, en lien avec les traumatismes. Pour ceux qui ressentent encore une détresse importante, ils seraient renvoyés aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Dans la même étude, les auteurs disent que les services doivent fournir et encourager des relations significatives avec les soignants, les pairs et la communauté culturelle dans son ensemble. De plus, les aspects traumatisants d'un jeune, à la fois positifs et négatifs, devraient être pris en compte lors de la planification d'un soutien social et psychologique efficace (pp. 434 ; 436).

Les résultats de Oppedal & Idsoe (2015), donnent également des orientations sur des domaines importants de la promotion de la santé qui peuvent être mis en

œuvre par les travailleurs sociaux, les écoles et les autres institutions. En premier lieu, les efforts des travailleurs sociaux et des ONG dans la localisation des membres de la famille à l'étranger sont très importants. Puis, l'intégration des cultures différentes comme les réseaux du pays d'accueil semble être un domaine d'intervention important qui pourrait être centré de manière systématique. De plus, les activités organisées pour renforcer la compétence culturelle des jeunes peuvent favoriser leur prise en compte de la discrimination et de la santé mentale (pp. 208-209).

D'autres facteurs protecteurs importants ont été identifiés et doivent être renforcés tels qu'un soutien familial, une société qui renforce les efforts d'adaptation de l'enfant et une personnalité positive (Garmezy, 1994, cité dans Fazel & Stein, 2002 p. 367). De plus, la formation, qui est un facteur protecteur déterminant pour la santé des adolescents, représente un soutien social stable. En effet, l'école représente un lieu d'apprentissage, elle participe au développement de relations entre pairs et fournit un sentiment d'identité. Cependant, en Suisse, beaucoup de MNA restent inoccupés et sans cours sur l'intégration linguistique pendant de nombreux mois. (Fazel & Stein, 2002, p. 368 ; Depallens et al., 2016).

De plus, Depallens et al. (2016) suggèrent de créer un programme qui permet aux jeunes ayant commencé une formation en Suisse de pouvoir la terminer une fois la majorité atteinte. Ces derniers devraient être accompagnés par un adulte de référence (tuteur, assistant social, éducateur) durant la transition de mineur à majeur et cela dans le but d'élaborer un projet de vie réalisable en Suisse, dans un autre pays d'accueil ou dans son pays d'origine.

Bean et al. (2006), dans leur étude, attirent l'attention sur la nécessité de fournir aux adolescents des conditions de vie adéquates avec la supervision des adultes

afin d'atténuer les facteurs de stress quotidiens et de les aider à devenir émotionnellement compétents. Ces adultes doivent être conscients que cette population présente des besoins importants de soins de santé mentale et des niveaux élevés de détresse émotionnelle (p. 353).

### **Formation des professionnels**

L'amélioration de la formation des professionnels de la santé est mise en avant dans quatre études.

En effet, les participants à l'étude de Festini et al. (2009) soulignent que les problèmes de prise en charge des enfants étrangers et de leurs familles pourraient être résolus en introduisant l'apprentissage des diversités culturelles et des cadres théoriques sur les soins infirmiers transculturels. Ces sujets devraient être mis en place autant dans la formation infirmière au niveau universitaire que dans la formation continue (p. 226). Dans leur étude, Jaeger et al. (2013), arrivent aux mêmes conclusions. Bean et al. (2006) quant à eux, rajoutent qu'il est important que les soignants qui prennent en charge les MNA soient formés adéquatement afin qu'ils puissent leur donner des stratégies de coping actifs (p. 353). Et pour terminer, Sanchez-Cao et al. (2012) soulignent l'importance d'améliorer la formation en santé mentale pour les travailleurs sociaux afin qu'ils puissent mieux détecter les troubles psychiques (p. 657).

### **Programmes de psychoéducation**

Trois auteurs soulignent l'importance d'instaurer des programmes de psychoéducation auprès des mineurs non accompagnés.

Ciarrochi et ses collègues (2002, cité dans Bean et al., 2006, p. 352) proposent d'apprendre aux adolescents comment identifier et gérer leurs émotions, ce qui pourrait les pousser à chercher de l'aide. Sanchez-Cao et al. (2012) rajoutent que cela pourrait améliorer la gestion du stress et des traumatismes. Ils sont du même avis quant à l'impact sur la recherche d'aide et à la meilleure utilisation des services de santé mentale (p. 657). Bean et al. (2006) suggèrent en plus la mise en place des programmes de psychoéducatifs sur les stratégies de coping actives qui permettrait aux jeunes de gérer leur stress et les traumatismes subis mais aussi de réduire les besoins non satisfaits de soins en santé mentale (p. 353). Groark et al. (2010) rajoutent que cela pourrait avoir en plus une influence sur le traitement des symptômes et la construction de relations de confiance au sein d'un réseau social. Ils proposent de réduire le sentiment d'impuissance en s'occupant des besoins concernant l'accès à la formation, à la meilleure connaissance du système de santé, juridique et d'assistance, et en offrant la possibilité aux jeunes de développer un rôle significatif dans leur communauté (pp. 436-437).

### **Positionnement des auteurs**

Ce travail nous a permis de nous rendre compte qu'il y a un réel manque d'informations scientifiques sur les MNA malgré le fait qu'ils soient toujours plus à venir demander l'asile en Europe. Cependant, les études trouvées nous ont permis de prendre conscience du besoin d'une prise en charge adaptée pour cette population. Il est important de ne pas oublier que ces MNA sont avant tout des enfants et des adolescents qui ont des besoins spécifiques. Après quelques recherches, nous nous sommes vite rendues compte que la prise en charge de cette population est différente selon le canton dans lequel ils sont placés. Il serait donc judicieux d'offrir le même encadrement dans toute la Suisse. Pour ce faire, des

guidelines adaptés sur la prise en charge seraient nécessaires. Cela pourrait comprendre une marche à suivre sur la prise en charge médicale dès l'arrivée du jeune, incluant les différents contrôles et examens à faire, les attitudes des professionnels ainsi que des informations sur la procédure d'asile de ces jeunes pour que les professionnels puissent mieux comprendre le contexte migratoire. De plus, un groupe d'encadrement pluridisciplinaire comprenant, par exemple, des assistants sociaux, des éducateurs, des infirmiers, des médecins ou des diététiciens pourrait être créé dans le but d'échanger sur les besoins des MNA et mettre en place diverses interventions. Cependant, pour apporter une meilleure prise en charge, il serait essentiel d'améliorer la formation des professionnels. Par exemple, former les infirmières dans les soins transculturels en les accentuant durant la formation initiale et promouvoir le CAS en santé et diversités permettrait de comprendre les approches transculturelles. Les travailleurs sociaux devraient également être mieux formés afin de détecter le plus rapidement possible les différents symptômes des MNA. De plus, une étude a relevé un manque de temps des infirmiers pour soigner ces mineurs ; c'est pourquoi un temps supplémentaire permettrait aux infirmiers de mieux comprendre le contexte migratoire de ces jeunes, de respecter leurs croyances et en conséquent d'adapter au mieux leurs soins. Afin de pallier aux problèmes de communication, les hôpitaux font appel à des interprètes. Ceux-ci ne sont néanmoins pas toujours disponibles dans les situations d'urgence. De ce fait, il serait judicieux d'augmenter le nombre d'interprètes et de mieux les former aux situations parfois délicates en lien avec la pédiatrie.

Après avoir réalisé cette revue de littérature, nous nous sommes posées plusieurs questions. Tout d'abord, si nous avons rencontré un expert du terrain, cela nous aurait peut-être permis de mieux comprendre cette population et leurs

besoins. De plus, nous avons trouvé très peu d'études sur les soins infirmiers. Nous nous sommes donc questionnées sur la place de notre rôle d'infirmière dans l'accueil et le suivi de ces jeunes puisque dans les études retenues, le premier contact avec cette population se fait par les travailleurs sociaux. Ensuite, nous avons remarqué que ces mineurs ont besoin de soutien, d'encadrement et de sécurité. Faudrait-il créer plus de foyers adaptés à leurs besoins et former plus de professionnels pour les soutenir ? Actuellement, un seul éducateur est présent pour une vingtaine de jeunes requérants d'asile. Si ces jeunes étaient mieux encadrés peut-être y aurait-il moins de délinquance ? Pour finir, la question du renvoi des jeunes atteignant la majorité reste un grand questionnement et un non-sens pour nous. En effet, la Suisse met en place des interventions pour les prendre en charge dès leur arrivée, cependant lorsqu'ils ont 18 ans et qu'ils n'ont pas le statut de réfugié, ils sont renvoyés dans leur pays même s'ils sont en formation.

## **Conclusion**

En réponse à la question de recherche de cette revue de littérature, des pistes d'amélioration de l'évaluation des besoins de santé des MNA sont données. Ces pistes proposent d'améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des MNA, le soutien social, la formation des professionnels et le programme de psychoéducation.

De plus, réaliser une revue de littérature nous a aidées à acquérir diverses compétences en lien avec la prise en charge des MNA, malgré le peu d'études scientifiques sur le sujet. Cela nous a permis d'avoir une meilleure compréhension de leurs besoins de santé bio-psycho-social-spirituelle. Etant donné la vulnérabilité de cette population, elle présente une prévalence très élevée de maladies physiques et psychiques. De plus, la population de MNA ne cesse d'augmenter car ils sont toujours plus nombreux à quitter leurs pays pour venir en Europe. De ce fait, nous les retrouvons de plus en plus dans les milieux de soins.

Ce travail nous a également permis de développer des compétences concernant la recherche d'études scientifiques dans différentes bases de données et de réaliser une analyse critique afin de ressortir des résultats pertinents pour la pratique. Celles-ci sont des compétences très importantes pour la profession infirmière qui est en constante évolution et nous permettent de baser nos soins sur des pratiques EBN. Les recherches seront facilitées grâce aux apprentissages méthodologiques réalisés tout au long de ce travail.

Dans les prochaines années, cette thématique devra être d'avantage approfondie car peu d'études sont réalisées à ce sujet et de plus en plus de MNA vont se retrouver dans les différents services de santé en Europe.



## Références

- Appartenances-Genève. (2014). *Mineurs non accompagnés*. Repéré à <http://www.appartenances-ge.ch/interpretariat/mineurs-non-accompagnes/>
- Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale. (2016). *La prise en charge des mineurs non accompagnés en Suisse romande*. Repéré à [http://www.artias.ch/artias\\_dossier/5662/](http://www.artias.ch/artias_dossier/5662/)
- Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A. & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Administration and Policy in Mental Health*, 33(3), 342-355. doi:10.1007/s10488-006-0046-2
- Chamorel, J. & Depallens, S. (2011). *Bilan de santé des mineurs non-accompagnés*. Repéré à <https://www.reiso.org/articles/themes?task=export.export&id=23>
- Cossy, S. (2000). *Le statut du requérant d'asile mineur non accompagné dans la procédure d'asile*. Lausanne: sn.
- Coughlan, M., Ryan, F. & Ronin, P. (2013). *Doing a Literature Review in Nursing, Health and Social Care*. London : Sage.
- Depallens Villanueva, S. & Ambresin, A.-E. (2010). Soins aux mineurs non accompagnés (MNA): l'expérience lausannoise. *Revue Médicale Suisse*, 1248-1252.
- Depallens, S., Plati, C. & Ambresin, A.-E. (2016). Une population qui grandit ? Les mineurs non accompagnés aujourd'hui en Suisse. *Pédiatrica, numéro spécial 2016*. 21-22.
- Fazel, M. & Stein, A. (2002). The mental health of refugee children. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 366-370. doi: 10.1136/adc.87.5.366
- Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C. & Neri, S. (2009). Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 41(2), 220-227. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x
- Fondation suisse du service social international. (2016). *Prise en charge des mineurs non accompagnés (MNA)*. Repéré à [http://www.enfants-migrants.ch/fr/sites/default/files/adem/u115/Mapping\\_LongueVersion\\_FR\\_FR\\_0.pdf](http://www.enfants-migrants.ch/fr/sites/default/files/adem/u115/Mapping_LongueVersion_FR_FR_0.pdf)
- Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les Concepts en Sciences Infirmières* (2<sup>e</sup> édition). Lyon: Mallet conseil.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

- Gehri, Mal., Jäger, F., Wagner, N. & Gehri, Mar. (2016). Prise en charge clinique de la population migrante : focus pédiatrique. *Pédiatrica, numéro spécial sur les migrants 2016*, 3-10.
- Groark, C., Sclare, I. & Raval, H. (2010). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(3), 421-442. doi:10.1177/1359104510370405
- Hodes, M., Jagdev, D., Chandra, N. & Cunniff, A. (2008). Risk and resilience for psychological distress amongst unaccompanied asylum seeking adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(7), 723-732. doi :10.1111/j.1469-7610.2008.01912.x
- Humanrights.ch. (2016). *Requérant-e-s d'asile mineur-e-s non accompagné-e-s en Suisse*. Repéré à <https://www.humanrights.ch/fr/droits-humains-suisse/interieure/groupes/enfants/requerants-asile-mineurs-non-accompagnes-suisse>
- Jaeger, F. N., Kiss, L., Hossain, M. & Zimmerman, C. (2013). Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective-improving hospital care for migrant children. *BMC health services research*, 13, 389. doi :10.1186/1472-6963-13-389
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F. & Prüfer-Krämer, L. (2016). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 21(2), 210-218. doi:10.1111/tmi.12649
- Menichini, M. (2016). *La Suisse veut mieux s'occuper des requérants mineurs non accompagnés*. Repéré à <https://www.rts.ch/info/suisse/8182294-la-suisse-veut-mieux-s-occuper-des-requerants-mineurs-non-accompagnes.html>
- Naoufal, C. (2016). *La théorie de transitions de Meleis*. Repéré à <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/2016/02/28/la-theorie-de-transitions-de-meleis/>
- 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
- Organisation Internationale pour les Migrations. (2016). *Migration flow to Europe the Mediterranean digest*. Repéré à [http://migration.iom.int/docs/Med\\_Digest\\_3\\_15\\_December\\_2016.pdf](http://migration.iom.int/docs/Med_Digest_3_15_December_2016.pdf)
- Organisation Internationale pour les Migrations. (2016). *Termes clés de la migration*. Repéré à <https://www.iom.int/fr/termes-cles-de-la-migration>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Adolescents : risques sanitaires et*

- solutions*. Repéré à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/fr/>
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Vos questions les plus fréquentes*. Repéré à <http://www.who.int/suggestions/faq/fr/>
- Pfarrwaller, E. & Meynard, A. (2012). Etre migrant et adolescent : quelles actions préventives proposer ? *Revue Médicale Suisse*, 8, 1272-8.
- Rey, G. (2014). *Enfants migrants*. Repéré à <http://www.childsrights.org/documents/sensibilisation/themes-principaux/enfants-migrants.pdf>
- Sanchez-Cao, E., Kramer, T. & Hodes, M. (2013). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. *Child : Care, Health and Development*, 39(5), 651-659. doi:10.1111/j.1365-2214.2012.01406.x
- Secrétariat d'Etat aux migrations. (2016). *Requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA)*. Repéré à [https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/statistiken\\_uma/uma-2015-f.pdf](https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/statistiken_uma/uma-2015-f.pdf)
- Service national du RECIT de l'univers social. (2009). *La théorie des besoins de l'être humain selon Maslow*. Repéré à [http://www.recitus.qc.ca/sites/default/files/sae\\_1820/documents/theorie\\_maslow.pdf](http://www.recitus.qc.ca/sites/default/files/sae_1820/documents/theorie_maslow.pdf)
- Société Suisse de Psychiatrie et Psychothérapie d'Enfants et Adolescents. (2016). *Soigner les traumatismes psychiques, surtout chez les réfugiés mineurs*. Repéré à [http://www.sgkjpp.ch/fr/rerelations-publiques/medias/index.php?eID=tx\\_securedownloads&u=0&g=0&t=1482352685&hash=b9b45b7025ee1ba3915157fce6779e58e1d948fb&file=/fileadmin/S\\_GKJPP/user\\_upload/documents/Oeffentlichkeit/Medien/Medienmitteilungen/C\\_P\\_Refugies\\_mineurs\\_\\_2016.pdf](http://www.sgkjpp.ch/fr/rerelations-publiques/medias/index.php?eID=tx_securedownloads&u=0&g=0&t=1482352685&hash=b9b45b7025ee1ba3915157fce6779e58e1d948fb&file=/fileadmin/S_GKJPP/user_upload/documents/Oeffentlichkeit/Medien/Medienmitteilungen/C_P_Refugies_mineurs__2016.pdf)
- UNICEF. (2011). *Migration et enfants : une cause urgente*. Repéré à <https://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/Migration-et-enfants.pdf>
- Valle, A. (2013). *Les requérants d'asile mineurs non accompagnés en Suisse : quelle intégration ?* Mémoire de master, Université de Neuchâtel. Repéré à [http://www.enfants-migrants.ch/fr/sites/default/files/adem/721/les\\_rmna\\_quelle\\_integracion\\_ana\\_valle\\_2013\\_pdf\\_18997.pdf](http://www.enfants-migrants.ch/fr/sites/default/files/adem/721/les_rmna_quelle_integracion_ana_valle_2013_pdf_18997.pdf)
- Wata, A. (2003). *La situation des mineurs non-accompagnés en Suisse*. Repéré à [http://www.ssiss.ch/fr/system/files/102/14\\_ide\\_la\\_situation\\_des\\_mna\\_en\\_suisse\\_pdf\\_18708.pdf](http://www.ssiss.ch/fr/system/files/102/14_ide_la_situation_des_mna_en_suisse_pdf_18708.pdf)

## Appendices

## **Appendice A**

Déclaration d'authenticité

**Déclaration d'authenticité**

« Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et aux directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées. »

Pauline Grand, Lisa Grandi et Mégane Oppliger

## **Appendice B**

Stratégies de recherche



## Stratégie 1 :

<b>Banque de données</b>	CINAHL
<b>Technique</b>	Mots mesh et mots-clés
<b>Mots-clés/mots mesh</b>	("Unaccompanied refugee minors" [non-mesh] OR "Unaccompanied asylum seeking children" [non-mesh] AND "nursing care" [mesh])
<b>Résultats</b>	39 résultats dont 1 retenu
<b>Articles sélectionné(s) et retenu(s)</b>	
Oppedal, B. & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. <i>Scand J Psychol</i> , 56(2), 203-211. doi: 10.1111/sjop.12194	

## Stratégie 2 :

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Mots mesh et mots-clés
<b>Mots-clés/mots mesh</b>	("unaccompanied refugee minors" [non-mesh] OR "unaccompanied asylum seeking children" [non-mesh] AND "needs" [mesh])
<b>Résultats</b>	4 résultats dont 1 retenu
<b>Articles sélectionné(s) et retenu(s)</b>	
Groark, C., Sclare, I. & Raval, H. (2010). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. <i>Clinical Child Psychology and Psychiatry</i> , 16(3), 421-442. doi:10.1177/1359104510370405	

## Stratégie 3 :

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Mots mesh et mots-clés
<b>Mots-clés/mots mesh</b>	("unaccompanied refugee minors" [non-mesh] OR "unaccompanied asylum seeking children" [non-mesh] AND "adolescent health service" [mesh])
<b>Résultats</b>	15 résultats dont 1 retenu
<b>Articles sélectionné(s) et retenu(s)</b>	
Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F. & Prüfer-Krämer, L. (2016). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. <i>Tropical medicine &amp; international health: TM &amp; IH</i> , 21(2), 210-218. doi: 10.1111/tmi.12649	

## Stratégie 4 :

<b>Banque de données</b>	PsycINFO
<b>Technique</b>	Mots-clés
<b>Mots-clés</b>	("Unaccompanied refugee adolescents" [non-mesh] AND "Health service" [non-mesh])
<b>Résultats</b>	26 résultats dont 2 retenus
<b>Articles sélectionné(s) et retenu(s)</b>	
<p>Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A. &amp; Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. <i>Adm Policy Ment Health</i>, 33(3), 342-355. doi: 10.1007/s10488-006-0046-2</p> <p>Sanchez-Cao, E., Kramer, T. &amp; Hodes, M. (2013). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. <i>Child Care Health Dev</i>, 39(5), 651-659. doi: 10.1111/j.1365-2214.2012.01406.x</p>	

## Stratégie 5 :

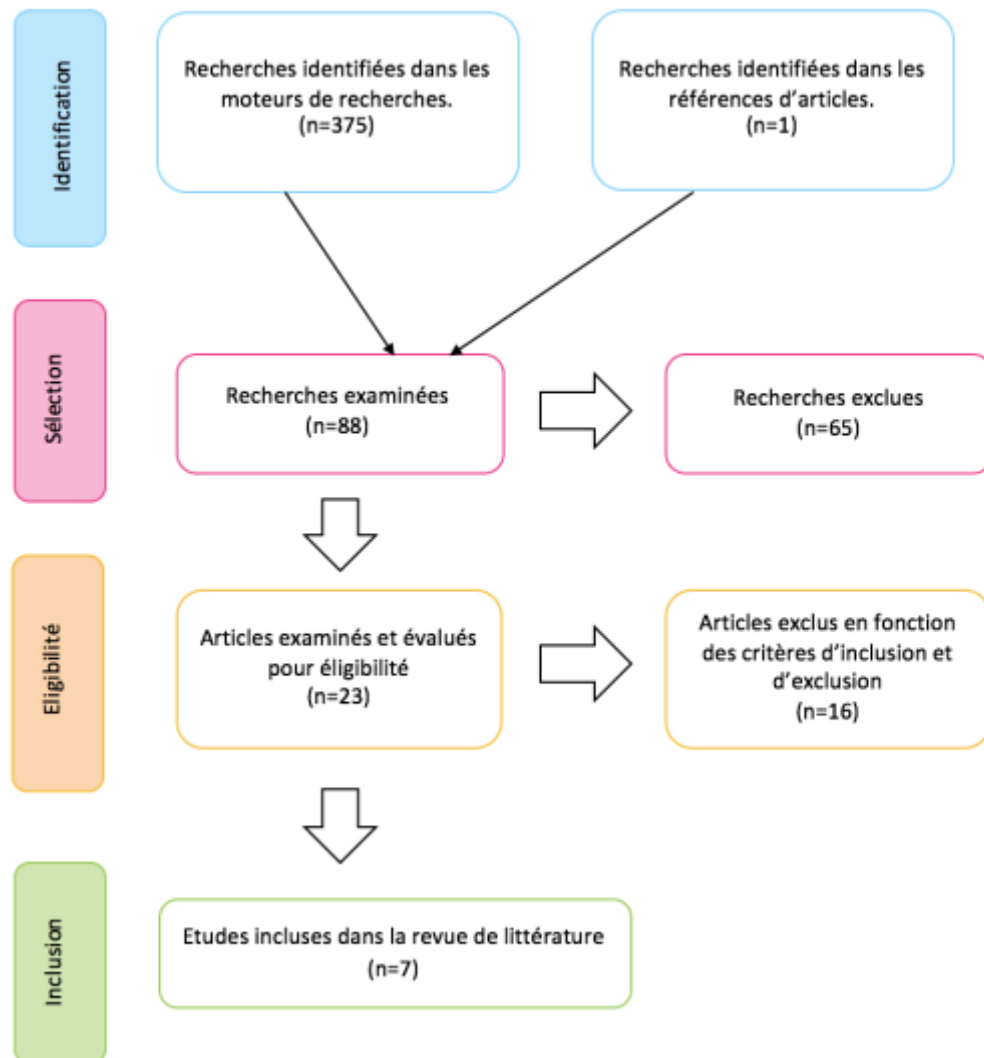
<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Mots mesh
<b>Mots mesh</b>	("migrant"[mesh] AND "hospitals"[mesh] AND "child"[mesh])
<b>Résultats</b>	4 résultats dont 1 retenu
<b>Articles sélectionné(s) et retenu(s)</b>	
<p>Jaeger, F. N., Kiss, L., Hossain, M. &amp; Zimmerman, C. (2013). Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective-improving hospital care for migrant children. <i>BMC health services research</i>, 13, 389. doi:10.1186/1472-6963-13-389</p>	

## Stratégie 6 :

<b>Banque de données</b>	Tous
<b>Technique</b>	Article en référence
<b>Mots-clés/mots mesh</b>	-
<b>Résultats</b>	1
<b>Articles sélectionné(s) et retenu(s)</b>	
<p>Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C. &amp; Neri, S. (2009). Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. <i>Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing</i>, 41(2), 220-227. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x</p>	

## **Appendice C**

Flow chart



Tiré du cours « Le processus de recherche et ses étapes dans le Travail  
Bachelor (TB) de A. Klingshirn (2014).

Rapport-Gratuit.com

## Appendice D

Grilles de lecture et d'analyse critique des articles scientifiques

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Oppedal, B., Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. <i>Scandinavian Journal of Psychology</i> , 56, 203–211. doi :10.1111/sjop.12194
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les demandeurs d'asile mineurs non accompagnés ont subi des événements traumatisants et souffrent de problèmes de santé mentale à un degré élevé même après plusieurs années de vie dans le pays d'accueil. De plus, il y a un manque de connaissances en lien avec les ressources psychosociales qui permettent de soutenir chez les demandeurs d'asile mineurs non accompagnés l'adaptation psychologique après l'installation dans le nouveau pays d'accueil.
Recension des écrits	<p>Certains chercheurs soulignent qu'une forte adaptation est mise en place par beaucoup de demandeurs d'asile mineurs non accompagnés. Selon Seglem, Oppedal &amp; Raeder (2011), une étude n'a pas montré de différences dans les symptômes de la dépression selon la municipalité où vivaient les jeunes réfugiés malgré des différences démographiques importantes (p. 203). Les auteurs utilisent le terme "réfugiés non accompagnés" pour désigner les participants de cette étude car ils ont séjourné en Norvège, et certains, ont atteint l'âge de la majorité. La littérature suppose que la discrimination fondée sur la culture est liée à des mauvais résultats en matière de santé mentale. Selon Blom (2006), la Norvège se trouve dans le milieu du classement par rapport aux autres pays européens en ce qui concerne l'ouverture et les attitudes positives envers les immigrants (p. 203). Blom &amp; Henriksen (2008) expliquent qu'environ 25% des immigrants de pays non occidentaux expriment des expériences de discrimination (p. 203).</p> <p><b>Soutien social et santé mentale</b> Selon Masten, (2007) ; Rutter, (2005) ; Werner, (1995), le risque de développer des problèmes de santé mentale liés à la perte d'un ou des parents et à d'autres conditions de vie difficile chez les enfants peut-être compensés par la capacité à créer des relations de soutien avec des pairs ou des adultes et est une ressource de base dans le processus de résilience. Par ailleurs, la reconstruction des liens familiaux à l'étranger et la création de relations de soutien dans le pays d'accueil peuvent être nécessaire à l'ajustement psychologique des jeunes mineurs non accompagnés (p. 204). De plus, des relations de soutien tout au long des événements traumatiques ont été identifiées comme un facteur protecteur contre le développement du trouble du stress post-traumatique (Brewin, Andrews &amp; Valentine, 2004 ; Schnurr, Lunney &amp; Sengupta, 2004 p. 204). Les effets du soutien social ont également été démontré dans des facteurs de stress tels que les tracasseries quotidiennes selon des recherches. Une autre étude souligne que le soutien social a aussi des effets bénéfiques sur la santé en soi et par lui-même. Selon Cohen, (1992), les réseaux de soutien donnent aux individus un sentiment de stabilité et de prévisibilité dans leur vie et un sentiment d'être apprécié. De plus, il implique la médiation car il peut diminuer le risque de comportement négatif et l'exposition à des événements stressants ou soit d'augmenter les compétences qui aident les gens à faire face à des événements stressants (p. 204).</p> <p><b>Acculturation</b> Selon plusieurs études, il y a une variation dans la conceptualisation de l'acculturation, mais il est admis que l'adaptation à</p>

	<p>l'héritage et à la culture prioritaire est impliquée. Garcia Coll et al., (1996) ; Schönflug, (1997) expliquent que l'un des défis de la conceptualisation concerne la distinction entre l'acculturation et le développement ontogénique (p. 204). Des chercheurs conceptualisent l'acculturation comme le développement de l'enfant issus de l'immigration et qui grandissent dans des contextes multiculturels. Oppedal (2006) explique que le fait d'acquérir la compétence culturelle nécessaire pour réussir et avoir un sentiment d'appartenance à la fois dans le domaine patrimonial et culturels prioritaire (p. 204). Selon Oppedal &amp; Idsoe, (2012), la compétence culturelle nécessite d'avoir des connaissances et compétences dans la communication verbale et non verbale ainsi que les comportements interpersonnels et valeurs qui les sous-tendent (p. 204). Selon Cicchetti &amp; Schneider-Rosen, (1986) la notion de compétence culturelle est importante lorsque l'acculturation est étudiée par rapport à la santé mentale puisque la compétence est une construction centrale de la psychopathologie du développement et de la résilience (p. 204). Durant l'adolescence, les amis deviennent très importants comme soutien même si les parents sont la première source de soutien (del Valle, Bravo &amp; Lopez, 2010 ; Stice, Ragan &amp; Randall, 2004 p. 204). Cependant, une compétence culturelle importante à ce stade nécessite des connaissances et des compétences qui facilitent l'établissement et le maintien de l'amitié. Des recherches ont montré qu'il y avait une association entre les compétences culturelles et la santé mentale en termes d'estime de soi et d'intériorisation des symptômes tant chez les jeunes immigrés et leurs familles que chez réfugiés non accompagnés.</p> <p><b>Soutien social, compétences culturelles et discrimination</b></p> <p>Oppedal, Roysamb &amp; Sam, (2004) suggèrent que le soutien des réseaux de la culturelle majoritaire était associé à la compétence de la culture d'accueil alors que le soutien familial était lié à la compétence de la culture du patrimoine. Les deux types de soutien ont eu des effets sur la santé mentale (p. 204).</p> <p><b>Familles transnationales</b></p> <p>Selon Cohen, (1992) ; Luster et al., (2008,2009), la famille à l'étranger peut être une source primordiale de soutien émotionnel en termes d'appartenance et de valorisation. De plus, le contact avec la famille à l'étranger permet une continuité culturelle qui peut apporter à l'enfant un pont entre le passé et le présent afin de soutenir son identité et facilite le développement de la culture patrimonial (p. 204)</p> <p><b>Amis</b></p> <p>Selon Birman, (1998) ; Oppedal et al., (2004) les amis permettent de développer la compétence culturelle du patrimoine des jeunes réfugiés. En outre, le contact avec les amis du pays d'accueil permet d'augmenter les connaissances et les compétences de langage et des comportements qui peuvent aider à appartenir à la culture du nouveau pays (p. 204).</p> <p><b>Discrimination perçue</b></p> <p>Selon plusieurs chercheurs, des effets nocifs de la discrimination sur la santé mentale est démontrée par la recherche. Néanmoins, les ressources comme l'identité ethnique importante, l'estime de soi et le soutien social permettent d'améliorer l'impact négatif sur la santé ou réduire la perception d'être discriminé (p. 204). Finalement, la connaissance de la qualité des relations qu'ils ont avec la famille et les amis est importante afin de mieux comprendre leur adaptation psychologique post-migratoire (Brewin et al., 2000 ; Cohen &amp; Wills, 1985, p. 205).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun

Hypothèses/question de recherche/buts	<p>Le but de cette étude est d'identifier l'impact du soutien social de la famille d'accueil et des amis en lien avec l'acculturation, la discrimination et la santé mentale tels que les symptômes du stress post-traumatique et de la dépression chez ces jeunes.</p> <p>Les hypothèses faites par les auteurs sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le soutien social prédit des niveaux inférieurs au questionnaire IWRTE</li> <li>• Le soutien de la famille à l'étranger et les amis co-ethniques prédit la compétence en culture du patrimoine ; le soutien des amis hôtes préconise la compétence de la culture hôte</li> <li>• Le questionnaire IWRTE prédit des niveaux plus élevés de discrimination perçue alors que la compétence culturelle prédit des niveaux inférieurs</li> <li>• Les effets du soutien social sur la dépression sont évalués par la compétence culturelle et le questionnaire IWRTE</li> <li>• La compétence de l'hôte et de la culture du patrimoine prédit des niveaux inférieurs de discrimination perçue et donc des niveaux inférieurs de dépression</li> </ul>
<b>Méthodes</b>	Devis quantitatif
Devis de recherche	
Population, échantillon et contexte	<p><b>Population/contexte</b> : réfugiés non accompagnés ayant obtenu le droit d'asile entre 2000 et 2010 et qui avaient 13 ans ou plus lorsque leurs demandes ont été approuvées (n=4.051). Tous les réfugiés non accompagnés ont été ciblés au niveau national dans 41 municipalités (n=1685). La direction de l'immigration de la Norvège a fourni les informations sur le genre, l'origine, la date de naissance, date d'arrivée et date et lieu d'habitation actuelle.</p> <p><b>Echantillon</b> : 51% des participants proviennent de l'Afghanistan, 12% de Somalie, 7% d'Irak, 6% du Sri Lanka et 24% de jeunes non inclus de 30 autres pays. 82.4% étaient des garçons et leur âge moyen était de 18.61 ans (SD 2.21) et avait une durée de séjour en Norvège de 3.45 ans (SD 2.28). Dans l'échantillon total, 476 réfugiés, c'est-à-dire 28.25%, n'ont pas été localisés, 3.9% ont refusé la participation et 18.0% de jeunes ont confirmé leur participation mais ne se sont pas présentés le jour de la collecte des données. Le total de l'échantillon avant la récolte de données était de 948 participants. La différence entre les participants et les non participants (n=3.103) démontre la variation dans le temps du flux de mineurs non accompagnés.</p> <p>Après avoir rempli les questionnaires, 53 participants ont été exclus de l'étude à cause de valeurs manquantes sur la plupart des éléments des questionnaires. L'échantillon final est de 895 participants.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p><b>La dépression</b> a été mesurée à l'aide de l'échelle « Center for Epidemiological Studies Depression Scale » (CES-D) pour les adolescents (Radloff, 1991). La version norvégienne de l'échelle qui avait déjà été traduite pour une autre étude a été utilisée. Le CES-D évalue combien de fois la personne a expérimenté les 20 symptômes selon 4 dimensions : symptômes somatiques, affect positif, affect négatif, problèmes personnels, au cours de la semaine précédente. L'alpha de Cronbach était de 0.84. Les analyses préliminaires ont confirmé le genre et l'invariance interculturelle de la solution des quatre facteurs du CES-D dans les échantillons en incluant les réfugiés non accompagnés, les autres immigrés et les jeunes du pays d'accueil. Un autre facteur des données actuelles a donné de bons indices d'ajustement : un intervalle de confiance de 90% (CI) (0.032, 0.043), indice d'ajustement comparatif (CFI) = 0.92, indice de Tucker-Lewis (TLI) = 0.92.</p> <p><b>L'impact des événements traumatiques lié à la guerre</b> a été évalué par l'échelle « Impact of War-Related Traumatic</p>



	<p>Events» (IWRTE) qui comprend trois éléments. Les participants ont indiqué qu'ils avaient été exposés à la guerre. Ces symptômes intrusifs représentent l'une des trois dimensions symptomatiques prise en compte dans le trouble du stress post-traumatique et ont été choisis en fonction de leurs fréquences dans le cas des victimes de traumatismes. L'alpha de Cronbach était de 0.73.</p> <p><b>Le soutien social s'appuie sur le soutien émotionnel et tangible et sur la réciprocité des relations sociales.</b> Le soutien des trois réseaux a été évalué séparément : le soutien familial contenait cinq éléments, le soutien des amis norvégiens et des amis co-ethniques comprenait quatre éléments chacun. L'alpha de Cronbach était de respectivement 0.83; 0.80; 0.82. Le modèle à trois facteurs du modèle structurel pour les effets du soutien social avait une bonne adaptation aux données conformément à la modification des indices, laissant correspondre trois paires d'éléments résiduelles ; IC à 90% (0.038, 0.055 ; CFI= 0.95; TLI= 0.94.</p> <p><b>La compétence culturelle</b> a été mesurée à l'aide de l'échelle « The Host and Heritage Culture Competence Scale for Adolescents ». Elle a été développée pour un programme de recherche visant diverses populations d'immigrants et de réfugiés. L'échelle comprend neuf éléments pour la compétence de l'hôte et de la culture d'accueil. Les participants ont dû vérifier comment il était facile de parler le norvégien et de savoir comment se comporter en allant chez des amis et familles de leur culture. L'alpha de Cronbach était de 0.85 et 0.80. Un modèle à deux facteurs a été estimé pour donner un ajustement acceptable aux données : CI à 90% (0.046, 0.057) ; CFI= 0.91 ; TLI=0.91.</p> <p><b>La discrimination perçue</b> comprenait cinq affirmations indiquant les degrés de victimisation culturelle. L'alpha de Cronbach était de 0.73. Un bon ajustement a été obtenu pour un modèle de facteur unique avec : CI à 90% (0.000, 0.044) ; CFI= 1 ; TLI=1.</p> <p><b>Les valeurs manquantes</b> : 53 participants ont été exclus (5.6%), selon l'exploration préliminaire des données, ils avaient des valeurs manquantes sur la plupart des éléments de questionnaire. Le groupe exclu n'était pas différent des autres participants concernant la durée de séjour, du sexe, de l'âge ou de l'origine. Dans l'échantillon restant (n=895) le nombre de valeurs manquantes étaient de 31 à 41 sur les éléments inclus. L'estimateur MLR d'information Mplus a été utilisé pour tenir compte des données manquantes dans l'échantillon final.</p> <p>La durée du séjour indiquant les années vécues en Norvège a été prise en compte jusqu'à la date de collecte des données. L'âge a été auto-déclaré. Le contact avec la famille à l'étranger a été utilisé en une seule question avec les catégories de réponses oui/non. A la fin des analyses descriptives les sommets moyens pour la dépression, l'impact des événements traumatiques liés à la guerre, le soutien, la discrimination ainsi que la compétence culturelle ont été calculés.</p>
Déroutement de l'étude	<p>Le recrutement ainsi que la collecte de données ont été faites à la fin de l'année 2006 jusqu'au cours de l'année 2011. Une lettre a été envoyée aux réfugiés non accompagnés afin de les inviter à participer à l'étude et si le jeune avait moins de 16 ans, une lettre à leur tuteur légal était également envoyée. Les participants ont été réunis en petits groupes dans les endroits connus de leur communauté de relocalisation.</p> <p>Des assistants de recherches étaient sur place afin d'aider les jeunes à remplir le questionnaire en norvégien. Un protocole avec des explications sur des concepts difficiles et des traductions anglaises des questions étaient mis à leurs dispositions. De même, des traducteurs pouvant lire les questions dans la langue maternelle des jeunes étaient aussi à leur disposition, dont 15% des jeunes en ont eu l'utilité. À la fin du questionnaire, les jeunes ont reçu un cadeau de 12.50 euros.</p>
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le Comité régional éthique de la recherche médicale et de la santé.

<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses conventionnelles ont été réalisées avec SPSS et Mplus 7.1 ont été utilisés pour les modèles structurels des effets du soutien social. La procédure de vraisemblance maximale a été utilisée en raison de l'asymétrie possible.
Présentation des résultats	<p><b>IWRTE et dépression</b> : sur les 79% des participants qui ont déclaré avoir subi des expériences de guerre, 52% avaient des symptômes intrusifs actuels associés à ces événements. Le CES-D n'a pas été validé cliniquement en Norvège, cependant la valeur moyenne est proche de la coupure de 23 pour la dépression clinique comme l'ont suggéré des études antérieures sur les adolescents.</p> <p><b>Contact avec la famille à l'étranger</b> : environ la moitié des participants 458 (51.2%) avaient contact avec leur famille à l'étranger, soit leur maman (n=284), leur père (n=135) ou des frères et sœurs (n=301) et/ou des grands-parents, oncles, tantes, cousins (n=54, 170, 124 respectivement). Les participants ayant des contacts avec leur famille ont mentionné plus de soutien social et moins de dépression que ceux qui n'ont aucun contact. Le niveau de soutien des amis, de l'hôte et de la culture du pays d'accueil était le même dans les deux groupes. La taille d'effet pour les différences dans le soutien familial basé sur le contact ou non était dans la gamme moyenne (alpha de Cronbach = 0.51) et pour les autres paramètres la taille d'effets était faible ( Co = d = 0.38 0.48 et 0.18).</p> <p><b>Le modèle structurel</b> : il a été spécifié conformément aux hypothèses des relations entre les prédicteurs de la dépression. Le modèle possédait des indices d'ajustement adéquats IC= 90% (0.025,0.029) ; CFI = 0.91 ; TLI = 0.90. Le questionnaire IWRTE n'a pas reçu d'effets importants de l'un des réseaux de support.</p> <p>Le soutien social des membres de la famille, des amis co-éthniques et des amis norvégiens a prédit un effet indirect sur la dépression. En effet, les compétences culturelles et la discrimination servent d'intermédiaire aux effets indirectes de la dépression (les effets indirects totaux étaient faibles : b = -0.02, p = &lt; 0.05, B = -0.06, p = &lt; 0.01 et b= -0.07, p &lt; 0.01). De plus, le soutien familial a eu un effet direct sur la dépression (b = -0.14, p &lt; 0.05).</p> <p>Selon l'hypothèse, les effets du soutien social sur la compétence culturelle étaient spécifiques à la culture : la compétence de la culture du pays d'accueil a reçu des effets du soutien de la famille à l'étranger et des amis co-ethniques (b=0.15, p&lt;0.05, b = 0.44, p &lt; 0.05) alors que la compétence de la culture norvégienne a eu des effets du soutien des amis norvégien (b= 0.31, p&lt; 0.05).</p> <p>Cependant, il y a eu des effets indirects sur la dépression et la compétence de la culture d'accueil par des niveaux inférieurs de discrimination perçue, mais les effets indirects étaient à nouveau faibles (b = -0,03, p &lt;0,05 ; b = -0,05, p &lt;0,01). De plus, il y a eu des effets négatifs directs sur la dépression des deux dimensions de la compétence (b = -0,12, p &lt;0,05 ; b = -0,15, p &lt;0,05).</p>
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	<p>Les résultats confirment que les jeunes réfugiés ont des problèmes de santé mentale élevés et qu'ils subissent des processus d'adaptation dans le sens où ils reconstruisent les réseaux de soutien et développent des compétences culturelles. C'est peut-être un reflet de leur organisation et de leurs ambitions de « faire » dans leurs nouveaux pays, en effet, ces données ont été observées dans des études antérieures. Selon l'hypothèse d'effet principal, le soutien social a un effet bénéfique sur la santé mentale en soi, mais a également un effet indirect en augmentant les compétences qui aident les jeunes réfugiés à faire face à la discrimination.</p> <p><b>Aide social :</b>  <b>Soutien familial</b> : Les jeunes qui ont des contacts avec leurs familles à l'étranger et perçoivent un haut niveau de soutien de leur part, en dépit des obstacles au contact physique et à la communication directe. L'évaluation de la disponibilité du soutien a été conceptualisée en tant que modèle de travail cognitif. Ce modèle a été développé en fonction de l'évaluation</p>

	<p>d'une situation stressante, de la nécessité et de la disponibilité du soutien (Sarason, Sarason &amp; Pierce, 1990, p. 208). De tels modèles de travail peuvent servir à promouvoir la capacité des membres de la famille séparés pour l'intersubjectivité en termes d'expériences partagées, de compréhension mutuelle et d'empathie (Stern, 2005, p. 208). Ce sont des dimensions importantes qui sous-tendent les relations de soutien. Par conséquent, d'après une perspective de valeurs culturelles sur le développement de l'enfant, il est prétendu qu'il existe des différences qualitatives dans les relations parent-enfant et dans les résultats de développement de l'enfant qui sont poursuivis dans les cultures collectivistes et individualistes (Kagitcibasi, 2007 ; Markus &amp; Kitayama, 1991, p. 208). Les relations familiales interdépendantes et les perceptions personnelles approuvées dans les cultures collectivistes, d'où provient la majorité des participants, peuvent renforcer le sentiment de disponibilité des membres de la famille (Keles &amp; Oppedal, 2013, p. 208).</p> <p><b>Réseaux par les pairs</b> : Les jeunes signalent des niveaux élevés de soutien à la fois de leurs amis norvégiens et ceux d'autres ethnies, ce qui met en avant leur réussite à la création de réseaux sociaux dans les communautés locales. Le faible effet, mais significatif, de la durée du séjour en Norvège sur le soutien social des amis norvégiens, mais pas des amis co-ethniques, suggère que des facteurs propres à chacun sont en jeu lorsque les jeunes établissent des amitiés dans différents domaines culturels. L'acquisition de la langue hôte pourrait être une des raisons pour lesquelles les relations avec les pairs hôtes dépendent du temps. Néanmoins, les pairs hôtes peuvent ne pas être disponibles facilement pour des raisons pratiques telles que l'organisation de cours d'initiation spéciaux pour les réfugiés non accompagnés qui n'ont souvent pas de niveau d'éducation pertinent. À un niveau plus subtil, les sentiments de préjudice dans la population hôte peuvent constituer des obstacles à la construction de réseaux de soutien pour les réfugiés non accompagnés.</p> <p><b>Effet du soutien social</b> : le manque d'un impact important des réseaux de soutien sur le questionnaire IW RTE a été inattendu car la recherche a montré que le soutien social protège contre le développement et la persistance du trouble du stress post-traumatique. Cependant, contrairement aux études conçues pour étudier les trajectoires du trouble de stress post-traumatique, le projet qui fournit des données pour la présente étude a été conçu pour obtenir des informations sur l'adaptation post-réinstallation. Par conséquent, la mesure du soutien n'était pas liée aux événements traumatiques de guerre, ni dans le temps ni dans le contexte. Une étude des victimes d'abus a montré que le soutien de l'estime de soi et de l'évaluation atténuait le développement du trouble du stress post-traumatique, alors que le soutien tangible et l'appartenance, qui sont des dimensions centrales dans la présente étude, n'ont pas eu d'effets supplémentaires.</p> <p><b>Compétence culturelle et discrimination</b> : les résultats montrent que l'acculturation peut fournir aux réfugiés non accompagnés des ressources individuelles telles que la compétence culturelle qui est directement associée à des niveaux de symptômes dépressifs inférieurs et indirectement associée par des niveaux réduits de discrimination perçue. L'étude souligne la complexité du processus d'acculturation et ses relations avec le soutien social et la santé mentale. Les résultats démontrent le rôle crucial que la famille peut jouer dans les processus de développement à travers de longues distances et les frontières nationales. Les réseaux familiaux et par les pairs servent à des fins différentes dans le processus d'acculturation des jeunes réfugiés non accompagnés en renforçant leur compétence en culture du patrimoine ou en contribuant à l'acquisition de la compétence de la culture norvégienne. Dans ce sens, l'acculturation des réfugiés non accompagnés suit les mêmes chemins que ceux des jeunes immigrés vivant avec leur famille.</p>
Forces et limites	L'étude est limitée par des insuffisances bien connues de la conception transversale concernant les effets, la causalité et les prédictions. Le modèle testé est conçu en fonction de certaines hypothèses théoriques et des implications de la recherche empirique antérieure. Par conséquent, tester des modèles alternatifs dépassait le cadre de cette étude. Très

	<p>probablement, la relation au fil du temps entre le soutien social et la compétence culturelle est réciproque, avec plus de compétences culturelles facilitant davantage de soutien social, ce qui contribue à renforcer les compétences culturelles. De même, il peut y avoir des relations bidirectionnelles entre la dépression d'une part et la discrimination perçue ou le soutien social de l'autre.</p> <p>L'auto-rapport implique également certaines limitations liées à la variance de la méthode partagée qui doivent être prises en considération. Malheureusement, les considérations de coûts excluent la collecte et la conception de données plus complexes. De plus, l'impact de la guerre et d'être un réfugié peut également affecter une variété d'autres dimensions de la santé mentale à la fois en termes de psychopathologie et de santé mentale positive. De plus, la mesure des symptômes de stress post-traumatique liés à la guerre ne comportait que deux éléments d'intrusion. Pour terminer, les effets de la compétence culturelle peuvent se chevaucher avec les effets d'autres constructions psychologiques comme le QI, les compétences cognitives et sociales, et cela devrait être pris en compte dans l'interprétation des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Les résultats montrent l'importance des différentes sources de soutien social pour un processus d'acculturation et une santé mentale positive parmi les groupes les plus vulnérables d'enfants immigrants et réfugiés. Les résultats donnent également des orientations sur des domaines importants de la promotion de la santé qui peuvent être mis en œuvre localement par les travailleurs sociaux, les écoles et les autres institutions : d'abord, les efforts des travailleurs sociaux et des ONG dans la localisation des membres de la famille à l'étranger sont très importants. Ensuite, la facilité à intégrer des cultures variées comme les réseaux du pays d'accueil et des pairs, semblent être des domaines d'interventions importants qui pourraient être axés de manière systématique. Pour finir, les activités organisées pour renforcer la compétence culturelle des jeunes peuvent favoriser leur prise en compte de la discrimination et de la santé mentale. Renforcer les ressources des réfugiés non accompagnés par de telles interventions peut constituer une alternative et un supplément de valeur aux services des professionnels de santé mentale.</p> <p>Des connaissances plus spécifiques sur les modèles de travail cognitif du soutien social et les variations potentielles associées aux valeurs culturelles de l'interdépendance par rapport à l'indépendance peuvent ajouter à la connaissance des processus d'adaptation résilients chez les enfants qui migrent sans la compagnie de leurs tuteurs. De plus, les forces motrices de stabilité et de changements dans le questionnaire IWRTE et l'association avec la dépression devraient être plus approfondies dans les études futures. De même que les relations bidirectionnelles entre la dépression et la discrimination perçues ou le soutien social devraient également être testées. Pour finir, un indice plus complet de mesure des symptômes de stress post-traumatique liés à la guerre est nécessaire pour une meilleure compréhension de la dynamique au fil du temps entre les symptômes de la dépression et le stress post-traumatique.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Oppedal, B., & Idsoe, T. (2015). The role of social support in the acculturation and mental health of unaccompanied minor asylum seekers. <i>Scandinavian Journal of Psychology</i> , 56(2), 203-211. doi:10.1111/sjop.12194				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			L'énoncé du problème est clair ainsi que les problèmes et les concepts. La population est également définie. Le titre ne laisse pas place au doute.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Les parties ne sont pas clairement définies par des titres, il s'agit d'un seul paragraphe. Cependant, on y retrouve les différentes parties nécessaires au résumé.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Le problème est clairement formulé, c'est-à-dire le manque de connaissances en lien avec les ressources psychosociales qui permettent de soutenir chez les demandeurs d'asile mineurs non accompagnés l'adaptation psychologique après l'installation dans le nouveau pays d'accueil.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			Diverses connaissances sur le sujet sont exposées telles que le soutien social et la santé mentale, l'acculturation, la discrimination, les compétences culturelles, les familles transnationales et les amis. Plusieurs études sont également citées.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			x	Il n'y a pas de cadre ou concept défini dans l'article.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			Le but et les hypothèses sont clairement formulés dans l'introduction.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?			x	C'est une étude quantitative, cependant aucune autre information n'est explicitée dans l'article.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			La population est clairement définie : réfugiés non accompagnés ayant obtenu le droit d'asile entre 2000 et 2010 et qui avaient 13 ans ou plus lorsque leurs demandes ont été approuvées.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			L'échantillon est décrit, le total des participants est de 948. Le pays d'origine, l'âge moyen et le sexe sont également mentionnés.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		x		L'étude ne présente pas de base statistique de la taille de l'échantillon.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Les instruments de collecte de données sont clairement décrits. Les différents questionnaires utilisés pour récolter les données sont expliqués.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			Les instruments de collecte de données sont en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			La procédure de recherche est clairement décrite dans le paragraphe « Procédures ».
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			Le Comité régional éthique de la recherche médicale et de la santé a approuvé l'étude.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque des hypothèses ?	x			Afin d'analyser les données, les auteurs ont utilisé des analyses conventionnelles à l'aide de « SPSS » et « Mplus 7.1 » a été utilisé pour les modèles structurels des effets du soutien social. De plus, la procédure de vraisemblance maximale a été utilisée en raison de l'asymétrie possible. Pour finir, l'indice d'ajustement comparatif avec des valeurs proches de 0.95 en plus de l'erreur quadratique moyenne avec une coupure de 0.06 ou moins.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont séparés en plusieurs paragraphes et des tableaux sont présents ce qui donne une présentation claire des résultats.

<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			x	Les auteurs n'ont pas mentionné de cadre théorique ou conceptuel dans cette étude.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			L'interprétation des résultats se fait en regard avec les études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Dans la conclusion se trouve un paragraphe intitulé « Limites ».
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		Les auteurs ne parlent pas de la généralisation des conclusions dans cette étude.
Conséquences et recommandations	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			Les auteurs parlent des conséquences de l'étude sur la pratique clinique. En effet, les résultats donnent des orientations sur des domaines importants de la promotion de la santé pouvant être mises en place par plusieurs intervenants comme par les travailleurs sociaux et les écoles.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			Dans les études futures, les auteurs conseillent d'aborder plus précisément les forces motrices de stabilité et de changements dans le questionnaire IWRTE et l'association avec la dépression ainsi que de tester les relations bidirectionnelles entre la dépression et la discrimination perçue ou le soutien social.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			x	L'article est bien structuré avec des chapitres, paragraphes, tableaux. Néanmoins, le texte n'est pas toujours clair. En effet, dans l'introduction, les auteurs parlent parfois de réfugiés, d'immigrés ou encore de requérants d'asile non accompagnés. Il est parfois difficile de comprendre le texte.
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Groark, C., Raval, H., Sclare, I. (2010). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. <i>Clinical Child Psychology and Psychiatry</i> , 16(3),421- 442. doi : 10.1177/1359104510370405
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les adolescents qui fuient leur pays d'origine pour venir au Royaume-Uni afin de demander l'asile sont à risque de développer des problèmes de santé mentale. Il existe une base de recherche explorant la santé mentale chez les enfants et les adolescents accompagnés de leur famille qui cherchent l'asile. En revanche, il y a peu d'attention aux besoins de santé mentale chez les jeunes qui arrivent seuls au Royaume.
Recension des écrits	<p>Les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents ainsi que les services sociaux sont confrontés à des défis afin de répondre aux besoins des jeunes demandeurs d'asile qui arrivent seuls au Royaume-Uni. Selon Heath, Jefferies et Pearce (2006), le nombre de demandes faites par les mineurs non accompagnés en 2005 était de 2965 (p.422). Ceci combiné à la prévalence d'environ 40 pour cent de jeunes qui souffrent de difficultés psychologiques tels que l'anxiété, la dépression et le syndrome post-traumatique et un chercheur suggère qu'il y a un besoin important de prise en charge pour ce groupe d'enfants et d'adolescents non accompagnés (Hodes, 2000, p.422).</p> <p>Selon la littérature, les besoins de santé mentale et sociale des enfants non accompagnés âgés de 16 ans et plus ne sont pas satisfaits. De plus, le conseil des réfugiés rapporte que l'isolement est un gros problème pour ces jeunes. Ils n'ont pas le soutien des professionnels ou des familles d'accueils dont les jeunes de moins de 16 ans bénéficient et ont du mal à accéder aux services de santé. Une meilleure compréhension contextuelle des problèmes psychologiques et sociaux, des difficultés pratiques et émotionnelles et des processus psychologiques qu'ils utilisent afin de s'adapter à la nouvelle vie pourraient éclairer la pratique clinique et mener au développement d'un soutien social plus approprié. Hepinstall, Sethna et Taylor (2004), suggèrent que le nombre d'évènements traumatiques rencontré dans le pays d'origine et la nature des évènements comme le décès des membres de la famille sont associés à des risques plus élevés de trouble de stress post-traumatique alors que le nombre de stressés dans la vie actuelle est lié à la dépression (p.422). La littérature montre également que les enfants non accompagnés qui recherchent l'asile continuent d'éprouver des niveaux élevés de stress une fois dans le pays d'accueil et cela peut avoir un impact sur leur santé mentale (Sourander, 1998, p.422). Des niveaux élevés de stress post-migratoire sont liés à l'incertitude quant au statut de demandeur d'asile, aux négociations constantes avec les autorités, aux restrictions à la liberté de travail, à l'apprentissage d'une nouvelle langue, vivre dans un logement inadéquat et aux difficultés financières (Rousseau, 1995 ; Sack 1998, p.422). De plus, le manque d'un soutien par un aidant pour soutenir ces jeunes à travers les systèmes sociaux et juridiques complexes vient compliquer la situation. Certaines études suggèrent un certain nombre de facteurs qui pourraient diminuer l'impact des effets indésirables sur les jeunes réfugiés : les jeunes qui ont des stratégies d'adaptation multiples, un contrôle efficace des symptômes du traumatisme, un sentiment de fierté personnelle, une protection contre l'isolement social et une ouverture sociale à la diversité.</p> <p>Un certain nombre d'études ont mis en évidence l'importance d'un diagnostic de trouble du stress post-traumatique dans la</p>



	<p>compréhension et le traitement pour les jeunes réfugiés (Hodes, 2000; Kinzie et al., 1986; Sack et al., 1994, p.423). Ils suggèrent que le cadre du trouble de stress post-traumatique est utile pour détecter des problèmes spécifiques en donnant accès à des thérapies bénéfiques et en légitimant les difficultés rencontrées par ce groupe. Selon Rousseau (1995), les nombreuses difficultés dont doivent faire face les jeunes réfugiés pourraient être expliquées comme une réaction normale aux événements de la vie et une tentative de s'adapter à leur nouvel environnement (p. 423). Les réfugiés sont « des personnes normales qui réagissent à des circonstances anormales » (Papadopoulos 1999, p.423). Cela signifie qu'il est important de prendre en compte un contexte social, culturel et politique plus large pour ce groupe de jeunes.</p> <p>L'institut National pour l'excellence clinique (NICE, 2006) reconnaît la complexité des réactions au-delà d'un simple diagnostic de trouble du stress post-traumatiques. Il recommande aux cliniciens d'avoir des connaissances sur la complexité de la réaction émotionnelle suscitée par une prise de conscience de la diversité juridique, culturelle et politique (p.423). De plus, NICE (2006) propose un modèle par étape en collaboration avec les requérants d'asile (Herman, 1997, p.423). Le premier besoin de ces jeunes est la sécurisation des persécutions, bien que cela soit possible uniquement après l'obtention d'un statut de réfugié ; la première étape est de privilégier la sécurité et la stabilisation. Il privilégie également le développement d'une relation de confiance qui peut permettre de fournir d'autres phases d'intervention. La deuxième phase est centrée sur des interventions thérapeutiques telles que la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes et le travail de deuil. La dernière phase est l'intégration dans une nouvelle communauté. Selon Ehntholt et Yule (2006), l'approche holistique est recommandée. Ils soulignent l'importance du travail inter-institutionnel afin de s'assurer que les besoins fondamentaux soient pris en compte et que les réseaux de soutien soient créés. Des interventions en lien avec les difficultés de sommeil, de dépression ainsi que les comportements difficiles peuvent également être pris en charge durant la deuxième phase une fois la stabilité et la confiance établies.</p> <p>Le « Trauma Gird » développé par Papadopoulos en 2007 est une approche qui est utile pour donner un sens aux différentes réactions liées au traumatisme. Elle donne un sens à la personne et fournit un cadre afin d'identifier les risques pour la santé mentale et apporte les forces et les compétences qui peuvent être utilisées.</p> <p>Plusieurs théories comme la théorie cognitive pour le trouble du stress post-traumatique la théorie de l'attachement, les modèles de perte et les modèles de résilience sont utiles pour guider les interventions chez les enfants et les adolescents. Cependant, il n'est pas possible d'affirmer clairement que ces théories sont adaptées pour les migrants mineurs non accompagnés.</p> <p>Des recherches antérieures ont montré la présence d'une symptomatologie traumatique chez les enfants et adolescents réfugiés (Ajdukovic &amp; Ajdukovic, 1993 ; Fazel et al., 2005 ; Hjern et al., 1991 ; Kinzie et al., 1986 ; Mollica, Poole, Son, &amp; Murray, 1997 ; Papageorgiou et al., 2000 ; Sack, Clarke, &amp; Seeley 1996 ; Sack, Seeley &amp; Clarke 1997, p.435). Selon Elhers &amp; Clark (2000) les enfants qui ont déjà un diagnostic de trouble du stress post-traumatique, indiquent que l'expérience avec le danger ainsi que des réactions physiologiques se produisent sans la réalité d'une menace en tant que telle (p.435). Selon Kubler Ross, (1975), le déni, l'évitement et la minimisation sont des défenses communes et sont inutiles pour la résolution du chagrin (p.436).</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Le « Trauma Gird » de Papadopoulos (2007), la théorie cognitive du trouble du stress post-traumatique de Elhers & Clark (2000), la théorie de l'attachement de Bowlby (1982), les modèles de pertes et de résilience de Rutter (1987) et le concept de stabilisation par Herman (1997).

Question de recherche/buts	<p>La question est de savoir si les modèles théoriques actuels pour comprendre les réactions aux traumatismes et aux pertes sont utiles pour aider les jeunes non accompagnés qui viennent chercher l'asile ayant des problèmes psychologiques et sociaux. De plus, il reste des questions sur les types d'interventions sociales et psychologiques efficaces pour ce type de population afin de prévenir l'apparition de problèmes de santé mentale et la manière dont les services de santé et sociaux peuvent être développés.</p> <p>Le but de cette recherche est d'avoir une meilleure compréhension des besoins psychologiques de ces jeunes et la manière dont ils perçoivent leurs forces et leurs difficultés en expliquant leur détresse.</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	L'étude a utilisé l'analyse phénoménologique interprétative, une méthodologie qualitative.
Population, échantillon et contexte	<p><b>Population</b> : adolescents âgés de 16 à 18 ans non accompagnés qui recherchent l'asile pendant la phase post-migratoire dans un quartier de la ville du Royaume-Uni.</p> <p><b>Critères d'inclusion</b> : ils devaient être pris en charge en vertu des articles 17 ou 20 de la Loi sur les enfants, résidaient au Royaume-Uni pendant au moins six mois et n'étaient pas actuellement impliqués dans les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents.</p> <p><b>Echantillon</b> : Six participants ont accepté de compléter l'entretien et ont déclaré qu'ils étaient motivés à le faire et étaient d'accord d'être publiés. Il y avait quatre hommes et deux femmes dont cinq venaient d'Afrique et un provenait d'Asie. Cinq participants ont déclaré avoir quitté leur pays d'origine en raison de la guerre civile et des problèmes politiques. Un participant est parti en raison de la persécution du gouvernement. Les participants étaient au Royaume-Uni depuis six mois à un an. Quatre jeunes vivaient dans un logement partagé, trois partageaient une chambre avec une autre personne. Deux participants vivaient dans leur propre appartement. Cinq jeunes étaient célibataires et l'un avait un partenaire et un enfant. Quatre participants ont été autorisés à rester pour une période déterminée. Un des participants avait entendu parler d'un appel d'asile du Home office. Le statut d'asile d'un jeune était inconnu. Tous les participants ont déclaré avoir fréquenté l'école avant de venir au Royaume-Uni. Cinq des six participants ont fréquenté le collège au moment de l'entretien.</p>
Méthode de collecte des données	Deux participants ont été aidés d'un interprète. L'entretien semi-structuré a été développé à la suite d'une revue de la littérature et d'une discussion avec des professionnels travaillant sur le terrain et un jeune demandeur d'asile pour développer l'entretien de manière pertinente. Des questions ouvertes ont été utilisées dans l'interview pour susciter un large éventail d'expériences. De plus, à l'aide de l'échelle de dépression de Birlson, l'échelle d'anxiété des enfants de Spence (SCAS) et l'échelle Child Impact of Events (IES) la santé mentale des mineurs non accompagnés a été évaluée. Les résultats de ces échelles ont été utilisés comme point de référence pour valider les résultats de recherches des entretiens. Les entretiens enregistrés ont été transcrits en verbatim.
Déroulement de l'étude	Les adolescents ont été approchés par leurs travailleurs sociaux et ont été invités à participer à l'étude. Puis, s'ils étaient intéressés, ils recevaient des informations sur les objectifs de l'étude. Ensuite, lorsqu'ils ont accepté de participer à l'étude, un entretien sous forme de questions ouvertes a eu lieu et les participants ont complété des échelles sur différents thèmes.

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Des procédures ont été mises en place pour s'assurer que la confidentialité et ses limites soient définies avec les participants et discutées avant l'entretien. De plus, la participation était volontaire et les participants pouvaient se retirer à n'importe quel moment. Il n'y aurait pas d'incidence sur les demandes de séjour au Royaume-Uni.</p> <p>Le consentement écrit a été demandé à tous les participants, ainsi que leur accord pour utiliser les données. L'approbation éthique a été obtenue auprès du Comité d'éthique local ce qui a permis de couvrir les équipes des services sociaux. Le chercheur était conscient de la vulnérabilité de la population choisie. Des procédures ont été mises en place afin que les jeunes puissent atteindre leurs travailleurs sociaux s'ils avaient besoin d'un soutien supplémentaire et qu'ils puissent accéder aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents si nécessaire.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données</p>	<p>La transcription a été transcrite et traduite par une agence d'interprétation. Les transcriptions ont été analysées de manière individuelle et ensuite entre participants en utilisant l'analyse phénoménologique interprétative (IPA) suggéré par Smith, Jarman et Osborn (1999) et Willig (2001). Cela implique que les transcriptions soient lues plusieurs fois pour ensuite faire émerger les thèmes et les référencer entre les comptes des participants. Cette manière de procéder permet de s'assurer que les nouveaux thèmes émergents restent fondés dans le contexte des transcriptions des entretiens. Les thèmes ont été examinés et classés dans différents groupes. Une liste des thèmes et sous-thèmes principaux a été développée afin de refléter l'expérience de tous les participants. Les thèmes émergents qui étaient peu pris en charge par les participants étaient soit conceptualisés, soit classés sous d'autres thèmes existants ou alors exclus.</p> <p>Le chercheur s'est engagé dans une supervision et une consultation régulière tout au long du processus de recherche et a conservé un journal de recherche pour faciliter l'auto-réflexivité.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont présentés sous quatre thèmes principaux issus des transcriptions : « Perte », « Négocier un nouveau mode de vie », « Expériences de détresse » et « Processus d'ajustement ». Ces thèmes sont divisés en sous-thème plus petit.</p> <p><b>Thème 1 : Perte</b></p> <p>Les participants ont parlé d'avoir subi de multiples pertes. Ces pertes étaient à la fois émotionnelles et tangibles et sont liées à leur passé et leur présent. Elles ont été pénibles et soudaines, comme la perte d'un membre de leur famille ou d'amis. De plus, le sentiment de perte comprend également la perte de la communauté, de leur habitat, de leur liberté, de la confiance, de la sécurité et de la certitude, de la richesse, de leur identité culturelle et pour finir, ils se sentaient eux-mêmes perdus. Ces pertes leur laissent un sentiment de solitude et d'isolement.</p> <p><b>Perte de certitude et sécurité</b></p> <p>Tous les participants ont indiqué qu'avant de quitter leur pays d'origine, le sentiment d'incertitude était déjà présent. Puis, lorsqu'ils sont arrivés au Royaume-Uni, le sentiment d'incertitude et d'instabilité a persisté. La plupart des jeunes ont identifié, dans leur pays d'origine, une menace de préjudice pour eux ou leur famille à la suite d'une guerre ou d'une persécution suscitant la peur et l'impuissance. Tous les participants craignaient pour leur vie ou celle de leur famille car ils vivaient sous la menace durant certaines périodes. L'expérience de la menace est liée au sentiment anxieux qui ne semble pas disparaître au Royaume-Uni. De plus, la crainte d'être renvoyés dans leur pays d'origine était un souci important pour tous les participants. Quatre participants ont relevé un sentiment de vulnérabilité et un besoin de protection.</p> <p><b>Perte de contrôle</b></p> <p>Tous les participants ont parlé de perte de contrôle qu'ils avaient ressentie au cours de leur vie avant et depuis leur arrivée</p>

au Royaume-Uni. Ils avaient le sentiment de n'avoir aucun pouvoir personnel dans leur passé et pour leur future. Ils se sentaient moins aidés lorsque leur situation devenait vraiment difficile. De plus, ils se sentaient impuissants face à la situation, ce sentiment s'est poursuivi au Royaume-Uni. Les six participants, ont identifié des expériences frappantes d'être sous le contrôle comme « à la merci du système d'asile ».

### **Thème 2 : Négocier un nouveau mode de vie**

Durant les entretiens, les participants ont essayé de négocier les premières étapes de la transition vers la vie au Royaume-Uni.

#### ***Comparaisons et différences***

Les jeunes ont fait des comparaisons entre leur pays d'origine et le Royaume-Uni. Cinq participants ont évoqué le sentiment de liberté qu'ils ont ressenti à leur arrivée. Ce sentiment leur a permis de se sentir heureux et ils ont trouvé l'espoir d'avoir des possibilités futures fournies par le Royaume-Uni en termes de formation\* et d'une meilleure qualité de vie.

Trois participants ont comparé le comportement des jeunes dans leur pays d'origine avec celui des jeunes du Royaume-Uni. Ils semblaient surpris de l'attitude des jeunes concernant la formation.

Ils ont accordé une grande importance à la formation et ils essayent eux-mêmes de s'améliorer. Cela montrait qu'il pourrait y avoir un rapport avec leur croyance et les attentes familiales. De plus, il semblait que pour ces jeunes la formation était comme une « sortie », un chemin meilleur pour leur vie.

#### ***Impact de l'évaluation par les autres***

Tous les participants ont parlé de leurs expériences sociales avec les personnes du Royaume-Uni ainsi que la façon dont ils se sentaient jugés par les autres. L'ensemble des participants ressort une expérience mitigée de cette évaluation. Selon un jeune : « certains vous regardent de manière négative, certains vous regardent de manière positive » p.429. De plus, trois participants ont relevé que leur expérience avec des personnes du Royaume-Uni était aidante et amicale. Ils ont décrit que d'autres les considéraient comme « normales ». D'autres jeunes n'ont pas le même point de vue : « les gens pensent que lorsque nous sommes connus comme demandeur d'asile, leur première pensée est qu'il se glande. Ce qu'il vient faire ici, c'est de profiter des avantages et de ne rien faire » p.429. Cependant, il semblait y avoir une tension pour le groupe entre être « normal » et « s'égarer » tout en les rappelant de leurs différences. Trois des jeunes ont mis en avant leur identité acquise depuis leur statut de demandeur d'asile. Pour un des jeunes cela semblait être une expérience positive. Cela lui a permis de se sentir aidé et reconnu. Cependant, pour les deux autres participants « catalogués » le statut de demandeur d'asile a eu un impact important sur leur identité : être un demandeur d'asile les a distingués des autres et les met en danger d'être rejetés. Cette identité a eu une incidence sur leur capacité à pouvoir établir de bonnes relations et augmente l'isolement.

Les expériences négatives sur la manière dont les gens du Royaume-Uni ont perçu les jeunes, ont eu un impact sur leur estime de soi et sur des processus transitoires impliqués quand on vit dans un nouveau pays et avec une nouvelle culture. Pour ce groupe en particulier, il peut y avoir eu un impact sur leurs nouvelles relations de confiance et demander de l'aide. Ceci signifie que le monde reste un endroit incertain et menaçant.

### **Thème 3 : Expérience de détresse**

Tous les participants ont relevé des expériences de vie difficiles ayant eu des répercussions sur eux. Ce sont des descriptions de sentiments, de changements perçus dans la capacité de faire des choses et de « devenir malade ». Deux des participants ont parlé de « devenir malade » en lien avec des soucis et du stress par rapport à la perte de leur famille ou d'être renvoyés. Les six ont mentionné des soucis et de l'anxiété liés à l'incertitude qu'ils éprouvaient. Trois d'entre eux ont

parlé de colère et de frustration et trois participants ont expliqué que leur pensées et leurs sentiments ont eu un impact sur leur sommeil et leur alimentation. Deux jeunes ont parlé d'être de mauvaise humeur. Le sens de leur esprit se sentait délocalisé ou déconnecté d'une certaine manière était décrit par trois participants : « C'est comme si votre esprit était paralysé » p.430. Ce sentiment de l'esprit les empêchait de remplir leurs tâches et interrompait leur vie. Cette déconnexion avec le monde pourrait être expliquée comme une dissociation, une façon de s'éloigner de leur souvenir des expériences de vie passées ou de pensées douloureuses. Les mêmes participants ont également parlé de leurs expériences de ces pensées intrusives ou d'expériences de vie passées qui surgissent dans leur tête sans leur contrôle. Ces résultats sont aussi liés à des scores élevés sur l'échelle Impact of Events pour ces trois participants. Ils ont donné à ces pensées un sens intrusif qui a parfois interrompu leurs activités quotidiennes. La tristesse, la colère, les pensées inquiétantes ainsi que la déconnexion peuvent probablement se lier à la nature instable et incertaine des expériences de vie actuelle et passée ainsi que des pertes qu'ils avaient subies. Cependant les participants pensaient qu'ils avaient peu de contrôle sur ces expériences.

#### **Thème 4 : Processus d'ajustement**

Le processus d'ajustement a été un thème très important pour les participants. Les points qui en sont ressortis sont la grande force et la résilience malgré leur détresse émotionnelle. Ils ont exprimé les diverses manières que le groupe a mis en place pour faire face aux difficultés rencontrées afin de s'adapter à leur nouvelle vie.

##### ***Essayer de prendre le contrôle***

Ce thème est important pour cinq des participants. C'est une réaction liée au manque de contrôle dans leur vie telle qu'expliqué précédemment. Trois participants ont exprimé la nécessité de changer de statut en ce qui concerne leur autorisation de rester au Royaume-Uni et de pouvoir être respectés par les autres. Deux thèmes principaux sont ressortis comme étant la façon de prendre le contrôle sur leur vie : acquérir des connaissances et la formation professionnelle. Il y avait une forte détermination à réussir dans la formation qui était considérée comme une « issue » de leur vie actuelle.

Deux participants ont souligné la peur de l'échec et l'importance de la formation, leur succès lié à leur survie au Royaume-Uni. Pour trois participants, le désir d'avoir le contrôle et de pouvoir amener des changements a été étendu jusqu'à la vie des autres. Ce regard vers l'avenir et l'envie d'être en mesure de travailler dans une position de contrôle semblaient être une façon de faire face aux expériences sur lesquelles ils manquaient de contrôle.

##### ***Stratégies de coping***

L'évitement des pensées et des sentiments douloureux était un thème qui est ressorti dans les entretiens. Tous les participants ont expliqué qu'elle était la meilleure manière d'y faire face. Les différentes stratégies utilisées pour éviter ces sentiments sont : voir des amis, la musique, la lecture, la marche et étudier. Le fait d'essayer d'oublier les pensées et sentiments douloureux étaient une option. L'instabilité et le manque de relations de confiance ont empêché les jeunes de se sentir en sécurité et donc de réussir à explorer leurs pensées de manière différente. Pour quatre participants, l'acceptation était le seul moyen pour gérer la situation. Deux participants ont comparé les difficultés passées et actuelles. Les stratégies de coping mises en place reflètent l'expérience de ces jeunes par rapport à l'instabilité et le peu de contrôle ainsi qu'un manque de soutien émotionnel. Les stratégies qu'ils mettent en place n'apportent pas de changements mais ont fonctionné comme moyen pour gérer leur détresse.

##### ***Utilisation des réseaux de support : les amis***

Pour les six participants, le rôle des amis était un thème dominant dans la gestion des difficultés et la confiance en soi. Pour deux jeunes, ils ont évité d'avoir des amis car ils avaient peur d'être déçus ou trompés par les autres et par conséquent ils restaient isolés afin de se protéger. Pour les participants qui avaient des amis, la confiance restait un problème pour eux.

	<p>Quatre jeunes ont expliqué avoir des amis mais un seul a dit qu'il était proche avec eux. Plusieurs facteurs peuvent avoir une influence sur la capacité à se faire des amis : la menace d'être découvert, « vivre dans les limbes », l'incapacité de faire le deuil des pertes antérieures et être un demandeur d'asile. L'incapacité d'avoir des relations sûres et sécurisantes aurait un impact négatif sur leur capacité à gérer leur détresse liée à leur passé et futur et en termes de transition au Royaume-Uni. Cependant, le rôle des amis leur a permis de les distraire, de leur permettre d'oublier leurs expériences difficiles et leurs incertitudes ainsi que de les engager dans la vie. Pour deux participants, les amis ont apporté des conseils et servi de guides pour qu'ils puissent s'insérer et s'ajuster aux différences.</p> <p><b>Utilisation des réseaux de support : les professionnels</b></p> <p>Quatre participants ont eu l'aide de leur travailleur social et deux jeunes se sont entretenus avec une personne de confiance qui répondait à leurs besoins en termes de soutien financier et de conseiller. Deux participants ont reçu l'aide de tuteurs scolaires pour l'apprentissage de la nouvelle culture du pays d'accueil. Trois jeunes ont été aidés par l'église pour les relations qu'ils ont faites et comme lieu sûr afin qu'ils puissent être proches des autres. Trois participants ont exprimé leur besoin d'être mieux orientés et réconfortés dans leur vie. Pour trois participants le besoin d'avoir quelqu'un sur qui compter et faire confiance était important. Pour le besoin d'un soutien psychologique, les réponses étaient divergentes. Trois d'entre eux ont expliqué l'importance d'avoir des conseils pour résoudre des problèmes plutôt que de partager leur détresse émotionnelle. Deux participants ne voulaient pas s'exprimer sur leur problème car ne se sentaient pas prêts pour en parler.</p> <p><b>Les résultats des questionnaires standard auto-déclarés</b></p> <p>Pour l'échelle de la dépression de Birlerson, deux participants répondaient aux critères de diagnostic de la dépression. L'échelle de l'anxiété de l'enfants de Spence indiquait que trois participants souffrent de trouble anxieux. Pour l'échelle Impact of Events cinq participants semblaient avoir un diagnostic de trouble du stress post-traumatique. Aucun des six jeunes n'a été pris en charge par les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents par conséquent, cela suggère qu'il y a des difficultés importantes rencontrées par les participants de cet échantillon. Cela explique que les enfants non accompagnés devraient pouvoir accéder au service de santé mentale. Ce manque d'accès aux soins est peu clair et pourrait être lié aux stratégies d'adaptation bien développées, à une défaillance dans le système de soins social pour identifier les problèmes ou à la réticence des jeunes à exprimer leur vulnérabilité. Deux participants ont pu accéder aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents après avoir participé à la recherche.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les récits des jeunes demandeurs d'asile ont pu mettre en évidence la nature complexe et variée de leurs expériences. Ils ont décrit les réactions positives et négatives face aux expériences vécues, leurs forces et la résilience démontrée ainsi que les stratégies pour faire face aux pensées douloureuses. Ces jeunes ont vécu des moments d'insécurité, d'incertitude, de l'impuissance et de pertes. Suite à ces expériences, les niveaux élevés de détresse émotionnelle ont été mis en évidence. Ils ont développé des stratégies pour gérer diverses situations difficiles et quelque fois ont développé de nouvelles idées et points de vue pour leur futur.</p> <p><b>Comprendre les réponses aux traumatismes</b></p> <p>Les résultats montrent que les événements de vie passés et actuels ont un réel impact sur les jeunes enfants et adolescents non accompagnés en matière d'asile et sur les types de soutien qu'ils trouvent aidants. Le groupe a subi des difficultés au niveau physique et mentale. Ils ont peu partagé ces deux aspects mais certains jeunes ont indiqué se sentir « malade » en parlant de symptômes somatiques comme les maux de tête ou des douleurs corporelles dans l'expression de leur détresse. L'importance de médecins généralistes ainsi que de travailleurs sociaux est aussi ressortie. A l'aide des diverses échelles</p>

	<p>remplies par les participants, un risque important est ressorti : s'ils ne sont pas pris en charge, ils risquent de développer des problèmes de santé mentale. Contrairement aux résultats, ces jeunes ont dit bien fonctionner de manière générale. La capacité de résilience et les ressources ont été mises en évidence dans leur parcours de vie et ils ont dit avoir une détermination à vouloir réussir, aider les autres ainsi que vouloir apporter des changements dans leur propre pays.</p> <p><b>La recherche pour une base sécurisée</b></p> <p>Des relations de confiance avec des amis et des professionnels ont été utiles pour le groupe car elles permettent de faire face aux événements stressants de la vie ainsi que promouvoir le bien-être psychologique et l'ajustement réussi. Ils ont permis aux participants de s'engager dans leur nouvelle vie tout en évitant les souvenirs douloureux ainsi que d'être guidé pour s'insérer dans le pays. Deux participants ont expliqué que leur travailleur social était vu comme un « père ». Cependant, les résultats montrent que le groupe n'éprouvait pas de relations sécurisantes et de confiance et continuaient à se sentir dans l'instabilité et l'incertitude dans leur vie. De plus, les résultats montrent qu'il y a une nécessité de créer de nouvelles relations et une base sécurisante tout en étant soutenue dans leurs « douleurs ». La stabilisation est la première étape pour ces jeunes c'est pourquoi ils devront être accompagnés par des professionnels qualifiés. Une fois qu'un niveau de stabilité est atteint, certains jeunes pourront mieux comprendre leur vécu douloureux et leurs expériences afin de construire une nouvelle vie. Pour d'autres jeunes, des interventions thérapeutiques seront encore nécessaires.</p> <p><b>État de santé mentale au Royaume-Uni</b></p> <p>Pour cette étude, les résultats sont : l'instabilité et la menace sont une réalité actuelle. Les expériences traumatisantes et les peurs actuelles liées à l'asile ont été identifiées par les jeunes. La détresse qu'ils ont subie peut aussi être comprise comme une réponse aux événements passés, aux déficits contextuels du Royaume-Uni et à une possibilité de subir d'autres traumatismes futurs. Le statut de demandeur d'asile peut aussi mettre ces jeunes dans une position d'incertitude et d'impuissance, ce qui va prolonger leur détresse.</p> <p><b>Moyens d'adaptation</b></p> <p>Les participants ont indiqué qu'ils géraient au jour le jour. Ils ont également signalé les stratégies mises en place pour faire face aux difficultés éprouvées :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gérer les souvenirs et les pensées pénibles par évitement</li> <li>2. Utiliser des systèmes de soutien pour éviter l'isolement et établir des relations de confiance positives</li> <li>3. Tenter de prendre le contrôle pour apporter des changements dans le futur.</li> </ol>
Forces et limites	Les auteurs ne mentionnent pas de forces ni de limites dans cet article.
Conséquences et recommandations	Le soutien apporté par le système de soins social peut ne pas être en adéquation pour répondre à l'importante gamme de problèmes émotionnels auxquels ils sont confrontés. Prendre en compte ce problème permettrait d'aider à développer les capacités d'adaptation de ces jeunes et de faire le lien avec les organismes afin de s'assurer que les besoins fondamentaux soient satisfaits. Le fait que les jeunes obtiennent un statut juridique leur permettrait de rester au Royaume-Uni avec le soutien et les soins nécessaires. Le travail pourrait être coordonné afin de s'assurer que les besoins essentiels soient respectés à côté de la psychoéducation, normalisant ainsi les réactions au traumatisme et les stratégies de coping, le traitement des symptômes et la construction de relations de confiance au sein d'un réseau social. Lorsqu'ils ont un sentiment de sécurité et une base sécurisée, ils peuvent se concentrer sur le travail à faire en lien avec les traumatismes. Dès que la stabilité est mise en place, les jeunes sont en mesure de mobiliser leur capacité pour donner un sens à leurs expériences et

	<p>ainsi amener des changements. Pour ceux qui ressentent encore une détresse importante, ils seraient renvoyés aux services de santé mentale pour les enfants et les adolescents. Les auteurs disent que les services doivent fournir et encourager des relations significatives avec les soignants, les pairs et la communauté culturelle dans son ensemble. De plus, s'attaquer aux besoins des jeunes demandeurs d'asile en termes d'accès à la formation, d'une meilleure connaissance du système juridique, de santé et d'assistance et en offrant aux jeunes de développer un rôle significatif dans leur communauté peut contribuer à réduire le sentiment d'impuissance. Finalement, les auteurs soulignent que les aspects traumatisants d'un jeune, à la fois positifs et négatifs, doivent être pris en compte lors de la planification d'un soutien social et psychologique efficace. Ehntholt et Yule (2006) et NICE (2006) recommandent que le travail thérapeutique avec les jeunes non accompagnés en matière d'asile doit se baser sur le développement de la stabilité et de contrôle dans leur vie (p.435).</p>
Commentaires	<p>*Formation : traduction du mot « education » qui englobe le future professionnel de ces jeunes ainsi que leur étude et formation professionnelle.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Groark, C., Raval, H., Sclare, I. (2010). Understanding the experiences and emotional needs of unaccompanied asylum-seeking adolescents in the UK. <i>Clinical Child Psychology and Psychiatry</i> , 16(3), 421-442.doi: 10.1177/1359104510370405				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	<b>x</b>			Le sujet de l'étude est indiqué, le titre est clair et concis. Le titre ne laisse pas de place au doute.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?			<b>x</b>	Les parties ne sont pas clairement définies par des titres, il s'agit d'un seul paragraphe. Le résumé parle des problèmes, de la méthode, des résultats en citant uniquement les principaux thèmes analysés ainsi que de la discussion qui contient seulement une phrase relevant les possibilités futures. De ce fait, les résultats et la discussion pourraient être plus développés.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	<b>x</b>			Le problème est clairement énoncé dans l'introduction. Il est expliqué que les adolescents qui demandent l'asile sont plus à risque de développer des problèmes de santé mentale et que peu de recherches ont été faites chez les jeunes arrivant seuls au Royaume-Uni.
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	<b>x</b>			La recension des écrits est très présente dans l'introduction, il y a des informations sur les besoins de santé mentale et sociale chez les adolescents demandeurs d'asile et les facteurs de risques des troubles psychiques sont développés. Plusieurs études sont également citées.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?	<b>x</b>			Les différents cadres théoriques sont définis : le "Trauma Gird", la théorie cognitive du trouble du stress post-traumatique, la théorie de l'attachement, les modèles de pertes et de résilience et le concept de stabilisation.

Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			Les questions et le but sont clairement formulés dans l'introduction.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			Dans le chapitre méthode, le type de devis est indiqué : l'étude utilise l'analyse phénoménologique interprétative qui est une méthodologie qualitative.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			Oui car les auteurs expliquent que la méthodologie qualitative vise à saisir la qualité de l'expérience d'un individu et à mieux comprendre les significations du participant.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			La population de l'étude est clairement définie : adolescents âgés de 16 à 18 ans non accompagnés qui recherchent l'asile pendant la phase post-migratoire dans un quartier de la ville du Royaume-Uni.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			L'échantillon est décrit de façon détaillée : Six participants ont pris part à l'étude et les caractéristiques de l'échantillon sont détaillées.
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?			x	Certaines données sur la méthode de collecte de données sont explicitées comme le fait que les entretiens soient enregistrés et retranscrits en verbatim. Cependant il manque certaines informations telles que l'endroit et le moment de la récolte de données ainsi que la personne réalisant l'entretien.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			Le déroulement de l'étude est clairement expliqué.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Tous les participants ont donné leur consentement par écrit. L'approbation éthique a été obtenue auprès du Comité d'éthique local.
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x			L'analyse de données est détaillée. Les auteurs nous disent que les transcriptions ont été analysées de manière individuelle et ensuite entre participants en utilisant l'analyse phénoménologique interprétative

					(IPA). Le reste du paragraphe nous explique comment les auteurs ont fait pour arriver à séparer les données en plusieurs catégories.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	x			Le chercheur s'est engagé dans une supervision et une consultation régulière tout au long du processus de recherche et a conservé un journal de recherche pour faciliter l'auto-réflexivité.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			Le résumé des résultats est compréhensible et contient les dires de participants.
	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			Ils sont représentés de manière logique car les principaux thèmes sont inspirés des cadres théoriques/concepts cités au début de la grille.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		x		L'auteur ne fait pas évaluer les données.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			Les principaux résultats sont discutés en regard avec les études antérieures.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		x		La question n'est pas abordée par les auteurs.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?			x	Les recommandations pour la pratique sont longuement discutées dans l'article, cependant, les recommandations pour les recherches futures ne sont pas mentionnées.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			L'article est bien écrit, bien structuré, et détaillé. Nous avons réussi à faire une analyse critique.
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F., & Prüfer-Krämer, L. (2016). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. <i>Tropical medicine &amp; international health: TM &amp; IH</i> , 21(2), 210-218. doi:10.1111/tmi.12649
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Les crises politiques et les guerres civiles obligent actuellement des millions de personnes à fuir leur pays d'origine. En effet, un nombre croissant d'adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile atteignent l'Allemagne. Des environnements sociaux de soutien adéquats et des soins de santé sont nécessaires pour répondre à leurs besoins de santé complexes. Par conséquent, des ressources devraient être attribuées et déterminées par des informations sur leur état de santé et leurs besoins. Le groupe cible d'adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile restent limités en matière de recherches et d'interventions qui sont principalement restreintes à la santé mentale, causant un manque d'informations sur l'état de santé physique des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile.</p> <p>En Allemagne, la recherche ciblant les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile a été décrites comme non systématiques et insuffisantes.</p>
Recension des écrits	<p>En 2013, 51,2 millions de personnes avaient été déplacées de force dans le monde, le nombre de personnes reconnues comme réfugiés au titre de la Convention de Genève était de 16,7 millions. L'Europe accueillait 1,8 million de réfugiés (UNHCR, 2014, p.210). Parmi cette population, la proportion d'enfants et d'adolescents de moins de 18 ans est passée de 41,0% en 2009 à 50,0% en 2013 (UNHCR, 2012, p. 210). L'Allemagne est l'un des principaux pays d'accueil des mineurs demandeurs d'asile en Europe (UNHCR, 2013 ; Müller, 2014, p. 210). Le nombre de mineurs réfugiés non accompagnés pris en charge par le service d'aide social de l'enfance en Allemagne était de 5'605 en 2013, 2'486 ont demandé l'asile. 75% avaient 16 ans ou plus et plus de 80% étaient des hommes. Les trois principaux pays d'origine étaient l'Afghanistan (27,8%), la Somalie (14,2%) et la Syrie (11,5%) (Müller, 2014, p. 210).</p> <p>Au cours des phases de « pré-vol » et de « vol », de nombreuses expériences traumatisantes et des conditions de vie difficiles sont susceptibles d'affecter négativement l'état de santé. De tels événements de vie très stressante dans la phase « avant-vol » comprennent les expériences de guerre, la persécution politique ou ethnique, la torture, l'emprisonnement et le meurtre d'un/des membres de la famille. Ces expériences constituent des facteurs qui poussent les individus à quitter leur pays d'origine. Les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile subissent la violence psychologique des trafiquants de personnes pendant leur fuite qui dure souvent des mois. La séparation ou la mort d'un/des membres de la famille ou d'amis pendant le vol est très stressante. En outre, les facteurs de stress sanitaire dans le pays d'accueil, tels que la procédure d'asile complexe et l'adaptation à un nouveau système de culture et de croyance, doivent être pris en considération (Vervliet et al., 2013 ; Lustig, 2004 ; Fazel et al., 2012, p. 211).</p> <p>Une récente revue menée par Huemer et ses collègues a examiné 22 articles de recherches qualitatives et quantitatives de 1998 à 2008 (p 211). Toutes les études ont révélé que les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile étaient</p>

	<p>un sous-groupe hautement vulnérable de la population de réfugiés. En général, les populations réfugiées présentent une plus grande morbidité psychiatrique que les populations normales. Fazel et ses collègues ont réalisé une méta-analyse qui enquêtait sur les troubles de santé mentale chez les mineurs réfugiés et ont rapporté que 11% avaient un trouble de stress post-traumatique alors que Derluyn et Broekaert, eux, ont détecté des symptômes sévères d'anxiété, de dépression et de trouble de stress post-traumatique chez 37 à 47% des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile examinés (p. 211). En utilisant des questionnaires cliniques, Jakobsen et ses collègues ont trouvé des troubles psychiatriques chez 41,9% des hommes adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile en Norvège. Les plus fréquents étaient le stress post-traumatique (30,6%) et les troubles dépressifs majeurs (9,4%). Völkl- Kernstock et ses collègues ont diagnostiqué le stress post-traumatique chez 17% des mineurs réfugiés non accompagnés d'Afrique (p. 211). Cependant, il n'existe que peu de documentation sur l'état de santé physique des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile. Les recherches actuelles indiquent que les réfugiés ont des résultats de santé physique plus médiocres que ceux de la population d'accueil ou des migrants non réfugiés.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Pas explicité
Hypothèses/question de recherche/buts	L'étude a pour but de quantifier le fardeau de la maladie physique et mentale ainsi qu'à déterminer les associations entre l'état de santé, le sexe et la région d'origine des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile à Bielefeld.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude pilote transversale avec une méthodologie quantitative
Population, échantillon et contexte	<p><b>Population</b> : adolescents âgés de 10 à 18 ans cherchant une protection internationale en Allemagne</p> <p><b>Echantillon</b> : l'échantillonnage à but lucratif a été utilisé pour un sous-ensemble non représentatif d'adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile en Allemagne. L'échantillon est de 102 adolescents âgés de 12 à 18 ans.</p> <p>Contexte : Clinique de médecine interne et tropicale à Bielefeld, ville de taille moyenne en Allemagne. Les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile sont hébergés dans les trois chambres dans l'hôpital. Ils sont arrivés à Bielefeld dans les trois premiers jours après être arrivée en Allemagne.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les données ont été obtenues à partir des dossiers des patients qui comprenaient toutes les informations documentées lors de la visite de contrôle médical et lors de visites ultérieures jusqu'à 25 mois après le contrôle médical.</p> <p><b>Le premier examen médical</b> comprenait les éléments suivants : antécédents médicaux complets, examen physique complet, audiométrie et tests visuels, diagnostic de laboratoire de sang, de selles et d'urine. Le contrôle médical a été effectué avec des instructions uniformes à la suite d'un protocole normalisé.</p> <p><b>Les antécédents médicaux</b> comprenaient le pays d'origine, les conditions médicales actuelles, la toxicomanie et les activités sportives. Un dépistage anamnestique pour le diagnostic préliminaire des maladies mentales a été réalisé.</p> <p><b>Le dépistage de la santé</b> mentale comprenait des questions sur les troubles du sommeil, les cauchemars et la perte d'appétit. De plus, il est demandé aux travailleurs sociaux s'ils avaient observé des comportements indicatifs tels que le retrait social ou les pleurs. En cas de maladie mentale suspectée, l'adolescent non-accompagné demandeur d'asile a été renvoyé à des spécialistes pour confirmation.</p>

	<p><b>L'examen physique</b> comprenait l'état général et nutritionnel du patient ; l'examen neurologique ; la pression artérielle ; l'état dentaire se concentrant sur les caries visibles et l'intégralité des dents ; l'audiométrie tonale et les tests visuels. L'information sur le statut de l'audition et l'état de la vision n'est recueillie que si le premier examen médical n'a pas eu de problème de communication ni d'analphabétisme. Le diagnostic des selles comprenait la détection de l'antigène pour <i>Campylobacter</i>, <i>Gardia lamblia</i> et <i>Entameba histolytica</i> / dispar. Des analyses bactériologiques des selles ont été effectuées pour les salmonelles, les shigelèles, les campylobactéries, les aeromonas et les vibrions. La concentration de merthiolate-iode-formol (MIFC) a été appliquée pour détecter les œufs de ver, les larves et les protozoaires. L'analyse de l'urine, le nombre de cellules sanguines, le dosage sanguin différentiel et la chimiothérapie sanguine de routine ont été effectués. La sérologie comprenait un dosage immunologique à microparticules de chimiluminescence (CMIA) pour la détection de HBsAG, Anti-HBs, Anti-HBc et Anti-HCV. Les anticorps <i>H. pylori</i> ont été testés par immuno-essai enzymatique (EIA). Pour les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile originaires ou en transit dans les régions endémiques, le dépistage des anticorps anti-cercaria adultes et œufs de <i>Schistosoma haematobium</i> / <i>mansoni</i> a été effectué par EIA et par anticorps anti-<i>Schistosoma mansoni</i> par hémagglutination indirecte (IHA). Le test de fluorescence indirecte (IFT) a été appliqué pour détecter les anticorps IgG et IgM de <i>E. histolytica</i>. De plus, les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile ont été préalablement testé pour la tuberculose soit par radiographie pulmonaire (âge &gt; 16 ans) soit par dosage Elispot (immuno-spot enzymatique) (âge ≤ 16 ans).</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Des données médicales transversales ont été recueillies auprès des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile dans la clinique du 8 septembre 2011 au 3 juillet 2014. Tous les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile ont reçu leur premier certificat médical check-up dans la première ou la deuxième semaine après leur arrivée à Bielefeld. Tous les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile ont subi le même contrôle médical.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Le consentement verbal a été obtenu auprès des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile et / ou de l'aidant / interprète.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données</p>	<p>Sur la base des renseignements fournis dans les dossiers du patient, un total de 63 variables a été inclus dans l'ensemble de données. Les facteurs les plus pertinents ont été évalués dans cette étude : variables sociodémographiques, les variables concernant l'état de santé (IMC, état dentaire, anémie ferriprive) et les variables liées au comportement sanitaire, comme la consommation de nicotine, l'alcool et les drogues, l'activité physique. De plus, les variables pour le fardeau des infections (<i>lamblia</i>sis, amibiase, schistosomiase, <i>H. pylori</i>, hépatite B, tuberculose), pour le fardeau des maladies mentales (troubles dépressifs et stress post-traumatique) et pour le fardeau des maladies non transmissibles (hypertension, troubles métaboliques) ont été évalués. Le renvoi à des spécialistes (psychiatre, psychothérapeute, neurologue, dermatologue, orthopédiste, gynécologue, ophtalmologiste, spécialiste en ORL, gastro-entérologue, chirurgien) et les prescriptions de médicaments ont été enregistrés. SPSS Statistics version 20 a été utilisé pour l'analyse à l'aide de tables de contingence, tests de signification (test de Pearson au chi carré, test exact de Fisher, statistique du rapport de vraisemblance).</p>

Présentation des résultats

**Caractéristiques sociodémographiques :** l'étude a inclus 102 adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile, 76.5% de garçons et 23.5% de filles. L'âge des adolescents au moment du premier contrôle médical variait entre 12-18 ans avec une moyenne de 16,04 ans (garçons : âge moyen = 16,26, filles : âge moyen = 15,96). La plupart des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile sont originaires d'Asie du Sud (37,0%) et d'Afrique subsaharienne (29,0%), suivis par l'Asie occidentale (15,0%) et l'Afrique du Nord (13,0%). Les trois premiers pays d'origine étaient l'Afghanistan (n = 19), la Guinée (n = 13) et le Maroc (n = 10).

**État de santé général et comportement (à risque) en matière de santé :** la plupart des adolescents ont présenté des valeurs d'IMC dans la gamme normale spécifique à l'âge (moyenne = 21,57). Cinq hommes (7,0%) et une femme (4,3%) étaient sous-pondérés alors que deux montrant un surpoids extrême (IMC > 35). Le statut dentaire était pathologique chez seize hommes (20,1%) et cinq femmes (20,8%), les prévalences les plus élevées ont été observées pour les Africains subsahariens (37,9%) et les Nord-Africains (30,8%) (rapport de vraisemblance : P = 0,038). La prévalence totale de l'anémie ferriprive était de 17,6%, les femmes étant deux fois plus touchées (29,2%) que les hommes (14,1%) (test exact de Fisher : P = 0,124). Cinq (8,8%) des adolescents garçons non-accompagnés demandeurs d'asile ont déclaré consommer de l'alcool, dix (13,7%) ont déclaré fumer des cigarettes et six (10,0%) ont consommé du cannabis. 44 (69,8%) hommes et huit (40,0%) femmes ont déclaré faire du sport.

**Charge des infections :** les prévalences variaient de 1,0% pour la tuberculose jusqu'à 69,2% pour la positivité des anticorps H. pylori. Au total, 58,8% des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile présentaient au moins une infection (66,7% des femmes et 56,7% des hommes). Au total, 15,7% des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile avaient au moins deux infections. La région d'origine était significativement associée à la prévalence des infections : 87,0% des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile d'Afrique subsaharienne présentaient des infections, tandis que la prévalence pour les autres régions variait entre 53,8% pour les Nord-Africains et 33,3% pour les Asiatiques de l'Ouest : P < 0,001). Au total, 19,6% ont été diagnostiqués avec des infections parasitaires, dont la schistosomiase (13,3% avec une seule infection parasitaire, 5,9% avec de multiples infections parasitaires). Près de la moitié des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile de l'Afrique subsaharienne (46,7%) ont été diagnostiqués comme ayant des infections parasitaires, alors que seulement 13,2% des Asiatiques du Sud et 6,7% des Asiatiques de l'Ouest (rapport de vraisemblance : P = 0,001) ont été diagnostiqués.

La schistosomiase n'a été observée que chez les adolescents d'Afrique subsaharienne ; 27,6% étaient infectés. La présence d'anticorps positifs contre H. pylori était significativement associée à la région d'origine : les prévalences variaient entre 48,0% pour les Sud-Asiatiques et jusqu'à 90,9% pour les Africains subsahariens (rapport de vraisemblance : P = 0,01). Des résultats comparables ont été trouvés pour l'association de la région d'origine avec la prévalence des symptômes cliniques de la gastrite : 60,0% des adolescents de l'Afrique subsaharienne ont été diagnostiqués avec une gastrite contre seulement 6,7% des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile d'Asie occidentale. La prévalence variait entre les autres régions d'origine entre 28,9% en Asie du Sud et 38,5% en Afrique du Nord (taux de vraisemblance : P = 0,004). Huit adolescents (7,9%) (tous mâles) ont été chroniquement infectés par le virus de l'hépatite B, deux Afghans ayant besoin d'un traitement antiviral. Une adolescente a été diagnostiquée avec tuberculose extra-pulmonaire ganglionnaire. D'autres infections étaient la gale (2,9%) et le paludisme (1,0%).

Aucune information sur l'état de vaccination à l'arrivée n'était disponible car ils n'avaient aucun certificat de vaccination. L'étude a pu constater par des tests sérologiques que 14,9% des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile avaient été vaccinés contre l'hépatite B; La plupart d'entre eux étaient originaires de Syrie. Cela pourrait être un indicateur

	<p>pour un meilleur état de vaccination en Syrie que ceux d'autres pays d'origine. Au total, 13,9% étaient immunisés contre l'hépatite B par une infection naturelle, la plupart venant d'Afrique. Un total de 7,9% avait été infectés chroniquement par le virus de l'hépatite B.</p> <p><b>Charge de maladie mentale</b> : 13,7% ont été diagnostiqués ayant un trouble psychique dont 5,9% présentaient un trouble dépressif, 4,9% avaient un stress post-traumatique et 2,9% étaient atteints des deux. Les adolescentes non-accompagnées demandeurs d'asile étaient plus de deux fois plus susceptibles d'être diagnostiquées avec au moins un trouble mental (25,0%) que les hommes (10,3%). En termes de région d'origine, la prévalence des troubles mentaux variait entre 20,0% chez les Asiatiques de l'Ouest et 7,7% chez les Nord-Africains. Un nombre significativement plus élevé de femmes (20,8%) ont été diagnostiquées avec un stress post-traumatique que les hommes (3,8%) (test exact de Fisher : <math>P = 0,017</math>).</p> <p><b>Charge des maladies non transmissibles</b> : le fardeau de la maladie non transmissible était faible, deux adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile ont montré un trouble métabolique des lipides combiné à une obésité extrême. Aucun n'a été diagnostiqué avec de l'hypertension. Les autres maladies non transmissibles étaient l'asthme (3,9%), l'ostéomyélite (1,0%) et le syndrome post-polio (1,0%).</p> <p><b>Renvoi à des spécialistes et prescription de médicaments</b> : les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile ont souvent été référés à des spécialistes médicaux : 71,6% ont été référés à un ou plusieurs spécialistes (29,4% à un spécialiste, 42,2% à plus d'un spécialiste). La plupart des envois se sont faits chez les dermatologues et les ophtalmologistes pour les garçons et les filles. Dans l'ensemble, 74,5% des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile ont reçu des prescriptions de médicaments (30,4% pour un seul médicament, 44,1% pour plus d'un médicament), avec des proportions plus élevées chez les femmes (91,7%) que chez les hommes (69,2%, <math>P = 0,032</math>). Le traitement individuel a été fourni en fonction des résultats pathologiques. Dans le cas du syndrome post-polio, les soins prothétiques ont été jugés nécessaires.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les résultats de cette étude montrent que parmi les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile la maladie physique et mentale est un fardeau complexe et spécifique ce qui entraîne divers besoins de santé. Plus de la moitié de la population de l'étude a été diagnostiquée avec au moins une infection et plus d'une personne sur dix a été diagnostiquée avec un trouble mental. Les infections semblaient associées à la région d'origine : les Africains subsahariens présentent les prévalences les plus élevées alors que les problèmes de santé mentale sont plus fréquents chez les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile qui viennent de régions avec des crises politiques et/ou de guerre. Dans l'étude il est supposé que les adolescentes non-accompagnées demandeuses d'asile sont plus vulnérables car elles démontrent un niveau de prévalences plus élevé de maladie dans l'ensemble mais en particulier des troubles de santé mentale. En matière d'état de santé générale, la plupart des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile présentent des valeurs d'IMC dans la norme. En comparaison à la forte proportion de surpoids chez les adolescents allemands (14,8%), seulement 8,5% de la population étudiée était en surpoids.</p> <p>Les prévalences élevées d'infections dans l'échantillon sont en accord avec les résultats d'études antérieures sur la population migrante et réfugiée en général, reflétant l'épidémiologie des maladies infectieuses dans leurs régions d'origine.</p> <p>Le diagnostic de 17,6% des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile avec une anémie ferriprive a soutenu l'hypothèse d'une forte prévalence de carences nutritionnelles chez les adolescents non-accompagnés demandeurs</p>



	<p>d'asile. Les raisons de l'anémie ferriprive peuvent être des déficiences nutritionnelles dans le pays d'origine et durant la phase de vol qui a parfois duré plus d'un an. Les tendances ont montré que les femmes sont plus affectées en raison d'une demande plus importante de fer dû à une perte de sang durant la menstruation.</p> <p>L'hypertension n'a pas été observée dans la population étudiée.</p> <p>Le résultat de taux plus élevés d'un mauvais état de santé mentale parmi les adolescentes non-accompagnés demandeuses d'asile, par rapport aux adolescents, confirme également les études antérieures qui ont constaté un nombre significativement plus élevé de femmes touchées par le stress post-traumatique, les troubles dépressifs et l'internalisation du comportement. Ces différences peuvent être associées à l'expérience de violences sexuelles par les femmes en plus d'autres événements traumatiques de la vie.</p> <p>Le fardeau le plus élevé de la santé mentale a été révélé parmi les Asiatiques de l'ouest, en effet les mineurs réfugiés d'Asie occidentale ont plus de symptômes dépressifs que ceux d'Europe ou d'Afrique. Les raisons peuvent être que les pays d'Asie occidentale sont souvent des zones de guerre, l'état de santé individuelle reflétant souvent les circonstances politiques et environnementales.</p>
Forces et limites	<p><b>Forces</b> : cette étude pilote est l'une des premières à combler le manque de recherche sur les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile en Allemagne. Les résultats permettent une meilleure compréhension de l'état de santé spécifique et du fardeau de la maladie des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile et leurs besoins de santé.</p> <p><b>Limites</b> : les résultats sont soumis à des limitations liées à la sélection délibérée d'un sous-ensemble non représentatif des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile qui ont fui vers l'Allemagne. Généraliser à partir de cette population peut amener à des informations biaisées, les résultats sont limités à la population de l'étude. La petite taille de l'échantillon permet uniquement des statistiques descriptives. De plus, les résultats fondés sur les données auto-déclarées doivent être interprétés avec précaution car la désirabilité sociale peut influencer les résultats. Cependant, il est raisonnable de recueillir ces informations auto-déclarées, car cela permet de donner un premier aperçu de l'état de santé des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile. Les diagnostics mentaux n'ont pas été confirmés par des spécialistes, ce qui pose une limite car la validité peut être réduite. Malgré ses limites, les résultats peuvent servir de base à d'autres études centrées sur ce groupe cible en Allemagne et peuvent soutenir l'élaboration de lignes directrices pour les procédures de diagnostic dans cette population.</p> <p>Les différences de prévalence dans cette étude et les études antérieures peuvent être dues à l'utilisation de différentes approches diagnostiques et à l'utilisation d'instruments différents. Les résultats incohérents de l'étude peuvent être liés à la difficulté d'exclure les facteurs de confusion, tels que le nombre de traumatismes expérimentés et le type d'hébergement dans le pays hôte.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Recommandations</b> : le dépistage des infections au cours du premier examen médical est fortement recommandé pour réduire le fardeau de la maladie individuelle et le risque d'infecter d'autres personnes. Le dépistage des maladies chroniques spécifiques telles que les facteurs nutritionnels (poids insuffisant, carence en fer, ...) ainsi que les troubles de santé mentale est très pertinent. Une thérapie appropriée commencée tôt, peut entraîner une diminution des effets néfastes sur la santé à long terme. Des contrôles physiques et psychologiques dans les premières 4 semaines après l'arrivée sont recommandés.</p>

	<p>Un document de dépistage systématique pour le premier examen médical doit être élaboré et la collaboration entre les tuteurs et les spécialistes doivent être renforcée.</p> <p>Il est important de mettre en place plus de ressources aux soins de santé pour les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile mais aussi pour tout demandeur d'asile car le nombre croissant de demandeurs d'asile va continuer à augmenter en Allemagne et donc à utiliser les services de santé.</p> <p>Un suivi détaillé de l'utilisation des soins de santé par les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile et les dépenses associées doit être développé car les données actuelles sont insuffisantes.</p> <p>Les politiques de santé des réfugiés et des demandeurs d'asile doivent être organisées au-delà des frontières et durant la phase de vol pour surveiller la santé des réfugiés et répondre plus efficacement aux besoins sanitaires des réfugiés.</p> <p>Des études plus approfondies utilisant des échantillons représentatifs d'adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile sont nécessaires de façon urgente afin de fournir une base de données solide pour les décisions de soins de santé spécifiques aux besoins.</p>
Commentaires	

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Marquardt, L., Krämer, A., Fischer, F., & Prüfer-Krämer, L. (2016). Health status and disease burden of unaccompanied asylum-seeking adolescents in Bielefeld, Germany: cross-sectional pilot study. <i>Tropical medicine &amp; international health: TM &amp; IH</i> , 21(2), 210-218. doi:10.1111/tmi.12649.				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			L'énoncé du problème, les problèmes et les concepts sont claires. La population est également définie. Le titre ne laisse pas de place au doute.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Le résumé contient les différentes parties de l'étude : l'introduction, la méthode, les résultats et la discussion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Le problème de recherche est clairement formulé dans l'introduction c'est-à-dire le manque d'informations sur la santé physique et psychique des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile arrivant en grand nombre en Allemagne.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			La recension des écrits est très présente dans l'introduction, il y a des informations sur l'épidémiologie des troubles psychiques et physiques chez les adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile ainsi que sur les facteurs influençant ces troubles. Plusieurs études sont également citées.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		On ne trouve nulle part des cadres théoriques ou conceptuels explicités dans cet article.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			Le but de l'étude est clairement formulé dans de la dernière phrase de l'introduction.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			C'est une étude pilote transversale avec une méthodologie quantitative.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			La population est clairement définie : adolescents âgés de 10 à 18 ans cherchant une protection internationale en Allemagne
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			x	L'échantillon n'est pas décrit de façon détaillée dans la méthode, les auteurs donnent uniquement l'information : « adolescents de 10 à 18 ans ». Le nombre de participants se trouve dans le résumé, dans le chapitre « méthode » ou dans la partie « Résultats » où est décrit la taille de l'échantillon et leurs caractéristiques.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		x		L'étude ne présente pas de base statistique de la taille de l'échantillon.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Les instruments de collecte de données sont clairement décrits. Les données ont été obtenues à partir des dossiers des patients qui comprenaient toutes les informations documentées.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			Les instruments de collecte de données sont en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			Le déroulement de l'étude est clairement décrit.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			Le consentement verbal a été obtenu auprès des adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile et / ou de l'aidant / interprète.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			63 variables ont été incluses dans l'ensemble de données. Les facteurs les plus pertinents ont été évalués dans cette étude : les variables sociodémographiques ; les variables concernant l'état de santé et les variables liées au comportement sanitaire, pour les maladies mentales et pour les maladies non transmissibles ont été évalués. SPSS Statistics version 20 a été utilisé pour l'analyse à l'aide de tables de contingence, tests de signification (test de Pearson au chi carré, test exact de Fisher, statistique du rapport de vraisemblance).

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont séparés en plusieurs paragraphes et des tableaux sont présents ce qui donne une présentation claire des résultats.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		x		L'étude ne comporte pas de cadre théorique ou conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			L'interprétation des résultats se fait en regard avec les études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Dans le chapitre « discussion » se trouve un paragraphe exposant les limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Les auteurs expliquent que généraliser à partir de cette population peut amener à des informations biaisées, les résultats sont limités à la population de l'étude.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			Les auteurs parlent des conséquences de l'étude sur la pratique clinique. Ils expliquent qu'il serait judicieux d'élaborer un document de dépistage systématique pour le premier examen médical. De plus, ils mettent en avant que la collaboration entre les tuteurs et les spécialistes devraient être renforcée.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			Les auteurs nous disent qu'il serait nécessaire de réaliser rapidement des études plus approfondies utilisant des échantillons représentatifs d'adolescents non-accompagnés demandeurs d'asile afin de fournir une base de données solide pour les décisions de soins spécifiques aux besoins.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			L'article est bien écrit, bien structuré et détaillé. Nous avons réussi à faire une analyse critique.
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. <i>Adm Policy Ment Health</i> , 33(3), 342-355. doi: 10.1007/s10488-006-0046-2
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Les réfugiés mineurs non accompagnés présentent un risque important de développer des psychopathologies à cause de l'exposition à des événements traumatisants. Cependant, peu d'informations sont connues sur leurs besoins de soins de santé mentale et sur l'utilisation des services par cette population qui est dite vulnérable.
Recension des écrits	<p>Le taux de prévalence de psychopathologies chez les adolescents est estimé entre 12,9% (Ezpeleta, Keeler, Erkanli, Costello &amp; Angold, 2001, p. 343) et 15%(Roberts, Attikison &amp; Rosenblatt, 1998, p. 343). Cependant, seulement une petite partie des enfants et des adolescents souffrant de problèmes de santé mentale reçoit des soins appropriés (entre 10% et 30%). Selon plusieurs études, les groupes ethniques minoritaires sous-utilisent les services de santé mentale par rapport aux adolescents issus de la culture dominante. (Cauce et al., 2002; Flisher, Kramer &amp; Grosser, 1997; Kataoka et al., 2002; Kodjo &amp; Auinger, 2004; Yeh, Hough, McCabe, Lau &amp; Garland, 2004, p. 343).</p> <p>Dans une étude menée sur un groupe d'adolescents néerlandais, 10,5% des adolescents déclarait avoir un problème de santé mentale sévère et 3,8% signalait un besoin de soins de santé mentale non satisfait (Zwaanswijk, Verhaak, Bensing, van der Ende &amp; Verhulst 2003, p. 343) tandis qu'une autre étude a trouvé un pourcentage de besoins non satisfaits de 17% (Flisher and colleagues, 1997, p. 343) (le besoin non satisfait est défini comme l'autodéclaration d'un besoin de soins de santé mental qui n'est pas obtenu).</p> <p>Le processus de recherche d'aide des adolescents est composé de trois étapes : (1) reconnaissance des problèmes, (2) décision de chercher de l'aide et (3) utilisation des services (Cauce, Domenech-Rodriguez &amp; Paradise, 2002 ; Srebrink, Cauce &amp; Baydar, 1996, p. 343). La gravité de la détresse psychologique et des problèmes comportementaux est des prédicteurs importants de la reconnaissance du problème (Srebrink et al., 1996, p. 343).</p> <p>Selon plusieurs études, les parents jouent un rôle crucial dans l'utilisation des services de santé mentale par les adolescents (Kramer et al., 2004 ; Yeh &amp; Weisz, 2001, p. 343) car ils initient habituellement le processus de recherche d'aide. Il existe souvent un écart entre les besoins de soins de santé mentale auto-rapporté et ceux rapporté par les parents et les enseignants et cela entraîne des effets néfastes sur la santé mentale des adolescents (Leaf et al., 1996 ; Ferdinand, Van der Ende &amp; Verhulst, 2004, p. 343). Etant donné que les mineurs non accompagnés reçoivent souvent une surveillance limitée, cet écart pourrait être encore plus important et cela pourrait accentuer la sous-utilisation des services.</p> <p>Les réactions de stress post-traumatique et l'internalisation des plaintes telles que la dépression et l'anxiété se sont révélées être des formes répandues de détresse psychologiques chez les enfants et adolescents réfugiés suite à une exposition prolongée à des événements traumatiques (Lustig et al., 2004, p. 343). Des études suggèrent que chez les enfants et les adolescents qui utilisent les services de santé mentale, les problèmes d'externalisation sont plus importants</p>

	<p>que ceux d'internalisation (Wu et al., 1999 ; Yeh &amp; Weisz, 2001, p. 343). L'existence d'événements stressants de la vie (abus, perte) s'est révélée être un prédicteur important de la présence de besoins de soins de santé mental et de l'utilisation des services dans chez les adolescents (Brugman, Reijnveld, Verhulst &amp; Verloove-Vanhorick, 2001; Burns et al., 2004; McMillen et al., 2005, p. 343).</p> <p>Les facteurs subjectifs individuels tels que les attitudes, les croyances et les connaissances sont des aspects essentiels du processus d'obtention d'aide (Sheffield, Fiorenza &amp; Sofronoff, 2004; Verhulst &amp; Van der Ende, 1997; Zwaandijk et al., 2003, p. 343-344). Les facteurs démographiques sociaux semblent également importants dans le processus de recherche d'aide ; les femmes (Garland et al., 2003; Sears, 2004, p. 344) et les adolescents plus âgés (Burns et al., 2004 ; McMillen et al., 2005; Sears, 2004, p. 344) sont considérés comme plus disposés à utiliser les services de santé mentale.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude vise à évaluer les besoins autodéclarés de soins de santé mentale, la volonté d'utiliser les services de santé mentale, l'utilisation réelle et les besoins non satisfaits des mineurs non accompagnés en comparaison avec ceux d'une population d'adolescents néerlandais. Ensuite, d'évaluer les déterminants qui facilitent la reconnaissance des besoins et l'utilisation des services de santé mentale chez les mineurs non accompagnés.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude quantitative
Population, échantillon et contexte	<p><b>Contexte</b> : L'étude fait partie du projet de recherche national longitudinal « réfugiés mineurs non accompagnés et services de soins de santé mentaux néerlandais » qui a été lancé en 2001 à cause des problèmes signalés par la Fondation Nidos (fondation qui a la tutelle légale de tous les mineurs non accompagnés qui résident aux Pays-Bas) concernant l'utilisation des services par cette population.</p> <p><b>Population</b> : Les réfugiés mineurs non accompagnés résident aux Pays-Bas</p> <p><b>Echantillon des réfugiés mineurs non accompagnés</b> : 920 réfugiés mineurs non accompagnés ont participé à l'étude. Il n'y avait pas de différence significative entre les mineurs non accompagnés qui ont participé et ceux qui n'ont pas participé (genre, âge et pays d'origine) et les participants représentaient toutes les caractéristiques principales de cette population ; ils étaient âgés de 12 à 18 ans en 2012 et provenaient de 48 pays. Deux tiers de l'échantillon résidaient aux Pays-Bas depuis 18 mois ou moins. L'évaluation a duré environ 1 heure.</p> <p><b>Echantillon de contrôle</b> : 1059 pairs néerlandais provenant de dix écoles secondaires et trois écoles de commerce au Pays-Bas ont participé à l'étude pour constituer le groupe de contrôle.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les questionnaires auto-administrés ont été traduits dans les langues les plus répandues des mineurs non accompagnés et proposés en forme bilingue. L'échelle de Likert et les items ont été simplifiés. La validation interculturelle des questionnaires s'est basée sur les cinq dimensions de l'équivalence interculturelle pour la validation d'un instrument proposé par Flaherty et al.</p> <p>Toutes les traductions écrites ont été effectuées par des traducteurs spécialisés et elles ont été contrôlée, à deux reprises, par des traducteurs différents. Afin d'assurer le maintien de la signification originale des items et d'obtenir une équivalence sémantique, les questionnaires ont été examinés avec des interprètes qui participent régulièrement à des séances de</p>

traitement de réfugiés adultes.

Adolescents :

- **The Hopkins Symptom Checklist-37 for Adolescents (HSCL-37A)** : Outil qui mesure la détresse intériorisée (symptômes d'anxiété et dépression) et les comportements d'extériorisation. Les propriétés psychométriques sont satisfaisantes à bonnes. La fiabilité interne pour l'échelle totale et les sous-échelles d'intériorisation et d'extériorisation des comportements est respectivement de .91, .92 et .69. La fiabilité test-retest pour l'échelle totale après 12 mois a été analysée avec un coefficient de corrélation de Pearson et est satisfaisante ( $r = .63, P < .001$ ).
- **The Stressful Life Events (SLE) checklist** : Outil qui évalue le nombre et le type d'événements stressants vécus. Il se compose de 12 questions dichotomiques et une question ouverte. Avoir expérimenté un événement traumatisant fait partie des critères diagnostics du PTSD du DSM-IV (A1).
- **The Reactions of Adolescents to Traumatic Stress (RATS)** : Questionnaire qui évalue les réactions de stress post-traumatiques comme définies par le DSM-IV chez les adolescents culturellement divers. Il se compose de 12 items qui correspondent directement aux critères diagnostiques B (intrusion), C (évitement) et D (hyperexcitation) du PTSD du DSM-IV. Les propriétés psychométriques sont satisfaisantes à bonnes. La fiabilité interne pour l'échelle totale et les sous-échelles d'intrusion, évitement et hyperexcitation étaient respectivement de 0,88, 0,85, 0,69 et 0,73. La fiabilité test-retest pour l'échelle totale après 12 mois a été analysée avec un coefficient de corrélation de Pearson et est satisfaisante ( $r = 0,61, P < 0,001$ ).
- **Mental Health Questionnaire for Adolescents** : Les besoins, les connaissances et la satisfaction par rapport aux services de santé mentale ont été évalués à l'aide d'une interview individuelle de 23 items qui a été menée avec le mineur non accompagné après avoir rempli les autres questionnaires. L'interview a été traduite pour permettre des éclaircissements si cela était nécessaire. Il a été demandé aux adolescents néerlandais de répondre uniquement à trois questions, afin de pouvoir faire une comparaison entre les deux groupes.

Tuteurs :

- **Child Behavioral Checklist (CBCL)** : Outil qui évalue les problèmes émotionnels et comportementaux des mineurs non accompagnés par l'observation des tuteurs, les parents ou d'autres informateurs. Le score-seuil était  $T = 60$  ou plus pour les échelles d'intériorisation et d'externalisation. La validité et la fiabilité sont décrites par Verhulst et al. Les propriétés psychométriques de la CBCL dans cette étude ne diffèrent pas de celles de Verhulst et de ses collègues.
- **Mental Health Questionnaire for Guardians** : Questionnaire qui évalue le besoin de soins de santé mentale des mineurs non accompagnés perçus par le tuteur. Le processus de recommandation au service de santé mentale et la satisfaction des soins de santé mentale utilisés à l'aide d'une check-list de 23 items. Les tuteurs ont également rempli 10 questions sur eux-mêmes et leur expérience de travail avec les adolescents.

Enseignants :

- **Teacher's Report Form (TRF)** : Outil qui évalue les problèmes émotionnels et comportementaux des mineurs non accompagnés par l'observation des enseignants. Le score-seuil était  $T = 60$  ou plus pour les échelles d'intériorisation et d'externalisation. La validité et la fiabilité sont décrites dans Verhulst et al. Les propriétés psychométriques du TRF dans cette étude ne diffèrent pas de celles de Verhulst et de ses collègues.
- **Mental Health Questionnaire for Teachers** : Questionnaire qui évalue le besoin de soins de santé mentale des



	mineurs non accompagnés perçus par l'enseignant. Le processus de recommandation aux services de santé mentale et la satisfaction des soins de santé mentale utilisés à l'aide d'une check-list de 6 items. Les enseignants ont également rempli 10 questions sur eux-mêmes et leur expérience de travail avec les adolescents.
Déroulement de l'étude	<p>Environ 4 000 mineurs non accompagnés ont été choisis au hasard dans le registre central de la Nidos. Les informations sur l'étude et l'autorisation (disponibles en version traduite) ont été envoyées aux gardiens pour en discuter avec l'adolescent. 57% voulaient participer, 15% ont refusé, 12% n'ont pas participé pour des raisons pratiques, 9% ont été transféré et 7% n'étaient plus atteignable. Les mineurs et les tuteurs ont donné leur autorisation écrite. Deux dossiers d'informations (un pour le tuteur et un pour le professeur) ont été envoyés à chaque tuteur responsable de l'un des 920 mineurs non accompagnés qui ont participé à l'étude. Les tuteurs ont reçu une lettre avec les informations de l'étude, les questionnaires et les instructions sur la façon dont les questionnaires devaient être remplis. Les tuteurs pouvaient choisir s'ils voulaient remplir les questionnaires eux-mêmes ou les faire remplir à un membre du personnel du foyer/un parent adoptif. 557 questionnaires ont été retournés par les tuteurs. Les tuteurs étaient responsables d'envoyer le dossier contenant une lettre décrivant l'étude, les questionnaires, les instructions sur la façon dont les questionnaires devaient être remplis par les enseignants. 496 questionnaires ont été retournés par les tuteurs.</p> <p>Deux semaines avant le recueil de données, des lettres de consentement éclairé ont été envoyées aux parents et aux adolescents néerlandais demandant une participation volontaire et anonyme. 27 élèves ont refusé. L'évaluation a duré environ 15 min par classe.</p>
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale du Centre médical de l'Université de Leiden.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>Des statistiques descriptives ont été utilisées pour donner une description sommaire des caractéristiques sociodémographiques des échantillons.</p> <p>Le test du Chi-carré et le t-test ont été utilisés pour déterminer les différences des variables sociodémographiques et des soins de santé mentale entre les deux échantillons. Les tailles d'effets ont été calculées à l'aide du Cohen's d. Un maximum de 10% des informations manquantes a été accepté. Les valeurs de probabilité ont été fixées à &lt;0,05 pour toutes les analyses.</p> <p>Une régression logistique multivariée a été utilisée pour évaluer la corrélation des variables binaires dépendantes dans les modèles suivants ; (1) besoin de soins autodéclarés, (2) besoin de soins rapportés par le tuteur, (3) besoin de soins rapportés par l'enseignant, (4) utilisation des services autodéclarés, (5) recommandation d'utilisation des services rapportés par le tuteur, (6) besoin non satisfait autodéclaré.</p>
Présentation des résultats	<p><b>Informations démographiques :</b></p> <p><u>Adolescents</u> : L'échantillon des mineurs non accompagnés avait une proportion plus élevée d'hommes par rapport à l'échantillon néerlandais (<math>\chi^2 (1) = 53,04, P &lt; 0,001</math>). L'âge moyen des deux groupes ne différait pas significativement l'un de l'autre (<math>t (1942) = 1,21, ns</math>).</p> <p>La plupart des mineurs non accompagnés provenaient d'Afrique (80,8%). Les pays d'origine les plus fréquentés étaient l'Angola, Sierra Leone, la Guinée et la Chine. 44,9% des mineurs non accompagnés avaient reçu une formation scolaire de 5 ans ou plus.</p> <p><u>Tuteurs</u> : Ils ont rempli en moyenne deux questionnaires mais en raison de leur taux de rotation élevé et des transferts rapides des réfugiés, il n'a pas été possible d'établir le nombre exact de tuteurs qui ont participé à l'étude. L'échantillon</p>

des tuteurs était principalement composé de femmes (77,6%) avec un âge moyen de 36 ans. La majorité d'entre eux était né aux Pays-Bas et avait reçu l'équivalent d'un Bachelor en travail social.

**Enseignants** : Les enseignants pouvaient répondre aux questionnaires de manière anonyme et, par conséquent, il n'a pas été possible d'établir le nombre exact d'enseignants qui ont participé à l'étude mais les chercheurs ont estimé qu'ils étaient environ 400. L'échantillon des enseignants était principalement composé de femmes (68,1%) avec un âge moyen de 46 ans. La majorité d'entre eux était né aux Pays-Bas et avait reçu l'équivalent d'un Bachelor en enseignement.

**Besoin de soins de santé mentale auto-déclarés des mineurs non accompagnés** :

Environ 57,8% des mineurs non accompagnés ont signalé le besoin d'aide pour leur détresse émotionnelle tandis que parmi les adolescents néerlandais seulement 8.2% ont signalé un tel besoin.

21% des tuteurs et environ 30% des enseignants ont signalé les besoins de soins de santé mentale pour les mineurs non accompagnés sous leur garde. 12,7% des mineurs non accompagnés avaient utilisé un service de santé mentale aux Pays-Bas (taux d'utilisation chez les adolescents néerlandais = 16,1%), dont 11,7% y avaient été orientés par le tuteur.

48% des mineurs non accompagnés ont signalés un besoin de soins non satisfait tandis que parmi les adolescents néerlandais le pourcentage était 4.5%.

Les besoins de soins de santé mentale pour les mineurs non accompagnés ont été fournis par les trois informateurs (n = 288), les tuteurs et / ou les enseignants ont perçu ces besoins seulement parmi 30,6% des mineurs non accompagnés qui avaient eux-mêmes signalé en avoir.

De plus, les tuteurs et / ou les enseignants ont perçu seulement les besoins de soins chez 12,2% des mineurs non accompagnés qui eux-mêmes n'étaient pas certains d'avoir besoin d'aide. Dans seulement 6,3% des cas, il y avait un accord entre les trois informateurs (mineurs non accompagnés, enseignants et tuteurs) sur le besoin de soins.

**Comparaisons entre besoins, besoins non satisfaits, volonté et utilisation réelle des soins de santé mentale** :

Les mineurs non accompagnés ont reporté des scores moyens significativement plus élevés au HSCL-37A (score total et internalisation) et au RATS (taille des effets grande à très grande,  $d = .66-1.67$ ) et ils ont connu deux fois plus d'événements stressants par rapport au groupe contrôle. Par contre, ce dernier a reporté des scores d'externalisation du HSCL-37 plus élevés ( $d = 0,68$ ).

La gravité des plaintes et le nombre total d'événements traumatisants déclarés étaient significativement plus élevés ( $P < 0,001$ ) parmi les adolescents qui avait déclaré avoir besoin de soins de santé mentale, utilisaient un service de santé mentale ou qui avaient des besoins non satisfaits que chez les adolescents qui avaient déclaré ne pas avoir de besoins et qui n'utilisaient pas de services. La seule exception était l'échelle d'externalisation du HSCL-37A.

Les tests univariés ont révélé que les mineurs non accompagnés qui avaient rapporté le besoin, la volonté de recevoir des soins de santé mentale, l'utilisation des services de santé mentale ou des besoins non satisfaits, avaient des scores significativement plus élevés à l'échelle d'internalisation du HSCL-37A, au SLE et au RATS par rapport aux pairs néerlandais (taille effets moyenne à très importants,  $d = .41$  à  $1,25$ ). Les adolescents néerlandais qui avaient signalé un besoin de soins de santé mentale ont reporté des scores moyens significativement plus élevés à l'échelle d'externalisation du HSCL-37A (taille des effets grande,  $d = .76-1.00$ ) par rapport aux mineurs non accompagnés. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les scores totaux du HSCL-37A des deux groupes pour les variables besoins, utilisation et besoins non satisfaits de soins de santé mentale mais il y avait une différence statistiquement significative des scores totaux moyens du HSCL-37A des deux groupes pour la variable volonté de recevoir des soins de santé mentale (taille d'effet moyenne,  $d = .44$ ).

L'absence d'une différence significative des scores totaux du HSCL-37A entre les deux échantillons (adolescents néerlandais et mineurs non accompagnés qui ont déclaré avoir besoin et être prêts à recevoir des soins de santé mentale) est apparemment attribuable aux différents problèmes émotionnels et comportementaux pour lesquels ils recherchent de l'aide, qui s'annulent dans le score total de la HSCL-37A.

**Corrélation de l'utilisation des services de soins de santé mentale :**

Les analyses de régression logistique multivariées binaires ont été calculées en utilisant les déterminants suivants (modèle 1) : genre, âge, membres de la famille vivants aux Pays-Bas, durée de séjour aux Pays-Bas, supervision par un adulte 24h par jour, nombre d'années de formation, scores aux échelles d'internalisation et externalisation des questionnaires spécifiques aux informateurs (HSCL-37A, CBCL et TRF).

Six variables individuelles dépendantes ont été analysées en utilisant une régression logistique ; (1) les besoins auto perçus, (2) les besoins rapportés par les tuteurs, (3) les besoins rapportés par les enseignants, (4) orientation par les tuteurs, (5) l'utilisation du service et (6) les besoins non satisfaits.

Les mineurs non accompagnés étaient plus susceptibles d'avoir reporté des besoins non satisfaits s'ils étaient plus âgés, s'ils n'avaient pas de membres de la famille vivants aux Pays-Bas et si leur score de la sous-échelle d'internalisation du HSCL dépassait le seuil limite.

En ce qui concerne les résultats des tuteurs sur les besoins des mineurs non accompagnés, les variables indépendantes importantes étaient d'être une femme, avoir un âge plus avancé, vivre aux Pays-Bas sans membre de la famille, bilingue et les scores d'internalisation et externalisation du CBCL. Les prédicteurs les plus importants étaient d'avoir un score au-dessus du seuil à l'échelle d'internalisation du CBCL et vivre aux Pays-Bas sans membre de la famille. Cela signifie que si un tuteur percevait la détresse émotionnelle du mineur non accompagné comme grande et que ce dernier n'avait pas de famille aux Pays-Bas, son besoin de soins de santé mentale était plus susceptible d'être détecté.

Pour les enseignants, des scores limites ou au-dessus du seuil des échelles d'internalisation et d'extériorisation du TRF représentaient les prédicteurs les plus importants de la reconnaissance des besoins de soins de santé mentale (odds ratio le plus élevé). Deux autres prédicteurs importants pour les enseignants étaient l'âge plus avancé et la durée de séjour aux Pays-Bas.

Le sexe féminin, le fait de vivre aux Pays-Bas sans membre de la famille et un score de l'échelle d'internalisation du CBCL au-dessus du seuil-limite étaient des prédicteurs importants de l'orientation des mineurs non accompagnés envers les services de santé mentale par le tuteur. La variable score d'internalisation du CBCL avait le odds ratio le plus élevé et cela indique que lorsque les tuteurs considéraient la détresse émotionnelle du mineur non accompagné comme élevée, ils étaient plus enclins de le référer au service de soins de santé mentale.

**Ajout des scores du RAT et scores totaux du SLE au modèle de régression :**

Les variables indépendantes scores du RAT et scores totaux du SLE ont été ajoutés aux modèles de régression (modèle 2) pour prédire le besoin et l'utilisation des services de soins de santé mentale.

Après l'ajustement, le score d'internalisation du HSCL -37A reste le seul prédicteur significatif de l'utilisation des services autodéclarés. Le fait d'avoir connu 7 ou plus d'événements stressants était considéré comme le prédicteur le plus important des besoins auto perçus et des besoins non-satisfaits dans les deux modèles (« besoins auto perçus », AOR = 1,8 (IC 95% : 1,2-2,6) et « besoins non satisfaits », AOR = 1,7 (95 % IC: 1,2- 2,3). De plus, l'âge, le fait de vivre aux Pays-Bas sans famille, les scores totaux du RATS et les scores d'internalisation du HSCL-37A ont été considérés aussi comme des variables indépendantes importantes dans les deux modèles. Le odds ratio pour l'âge et la présence de la famille aux

	<p>Pays-Bas n'a pas changé après l'ajustement mais le odds ratio pour les scores d'internalisation du HSCL-37A a été réduit pour la prédiction des besoins auto perçus et des besoins non satisfaits, respectivement du 22% <math>\{(2.2 / 1.8) 1\} * 100</math> et du 42% <math>\{(1.7 / 1.2) 1\} * 100</math>.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Environ 60% des mineurs non accompagnés avaient besoin de soins de santé mentale mais seulement un petit pourcentage (11,7%) recevait des soins.</p> <p>Les résultats de cette étude montrent que la sévérité de la détresse psychologique des mineurs non accompagnés qui ont un besoin ou un besoin non satisfait ou qui utilisent les services dépassent celle de leurs pairs néerlandais. La gravité autodéclarée et déclarée par les tuteurs joue un rôle très important dans les besoins perçus et l'orientation vers les services de santé mentale. Pour les mineurs non accompagnés, le nombre d'événements stressants éprouvés était, avec la gravité des symptômes, le prédicteur le plus important des besoins de soins autodéclarés (ou besoins non satisfaits).</p> <p>Le nombre d'événements stressants éprouvés et les réactions de stress traumatique signalés par les mineurs non accompagnés ne pouvaient pas être inclus dans le modèle de régression des tuteurs et des enseignants parce que ces derniers ignoraient cette information. Pour les enseignants et les tuteurs, leur propre évaluation de la gravité de la détresse émotionnelle du mineur non accompagné était le facteur prédicteur le plus important des besoins de soins de santé mentale. Les scores d'internalisation des questionnaires spécifiques aux informateurs étaient des meilleurs prédicteurs de l'utilisation des services de santé mentale par les mineurs non accompagnés que les scores d'externalisation.</p> <p>Un jeune âge et avoir un membre de la famille vivant aux Pays-Bas étaient, dans cette étude, des facteurs protecteurs qui empêchaient d'avoir le besoin de soins ou d'utiliser des services de santé mentale. Comme déjà constaté dans d'autres études, l'âge pourrait être confondu avec d'autres facteurs tels que la situation de vie, le nombre d'événements stressants expérimentés et les politiques gouvernementales (l'aide financière du gouvernement s'arrête à 18 ans). Un réseau social de soutien (perçu) s'est avéré négativement associé à l'utilisation des services professionnels de soins de santé mentale. Vivre depuis plus d'un an aux Pays-Bas a également été considéré comme un facteur important dans la perception des besoins par les mineurs non accompagnés et les enseignants. En fait, les mineurs non accompagnés deviennent plus capables de percevoir leurs besoins et de les transmettre aux autres, probablement en raison de l'acquisition de compétences qui leur permettent de savoir quand demander de l'aide. Ciarrochi et ses collègues (2002) ont proposé d'enseigner aux adolescents comment identifier et gérer efficacement les émotions. Cela pourrait entraîner des comportements de recherche d'aides positifs, comme une meilleure capacité à estimer si une aide de la part du réseau social est requise.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Cette étude a été limitée et méthodiquement difficile en raison de la situation instable dans laquelle vivent les mineurs non accompagnés (transfert fréquent, supervision limitée) et l'extrême diversité de la population.</p> <p>Les instruments de mesure psychologiques qui ont été utilisés dans cette étude ont été soigneusement examinés dans le but d'évaluer leur validité et leur fiabilité avec une population d'adolescents issus de différentes cultures cependant il pourrait y avoir des différences individuelles qui n'apparaissent pas dans les données ce qui pourraient mener à une interprétation erronée des questions.</p> <p>Bien que le taux de non-réponse était assez important, il n'y avait pas de différence démographique entre l'échantillon de l'étude et le groupe sans réponse. Cependant, il pourrait y avoir des différences subjectives individuelles qui</p>

	<p>n'apparaissent pas dans les données (p.ex. les adolescents qui n'ont pas participé pourraient avoir des comportements d'évitement).</p> <p>Aucun entretien psychiatrique n'a été effectué pour vérifier la sévérité élevée constatée avec les questionnaires. La puissance statistique de cette étude est très élevée (89%).</p>
Conséquences et recommandations	<p>Dans les études futures, l'inclusion des informations concernant le nombre d'événements de vie stressante et de problèmes psychologiques, auprès des tuteurs et des enseignants, pourraient donner plus de discernement s'ils prenaient ces facteurs en compte pour décider du besoin de soins en santé mentale chez les mineurs non accompagnés.</p> <p>Comme dans d'autres études sur le sujet, il est recommandé que des évaluations périodiques de la santé mentale des mineurs non accompagnés soient mises en pratique pour s'assurer de la reconnaissance de leurs besoins de soins de santé. Le désaccord entre les informateurs devrait être abordé et les besoins autodéclarés et la gravité de la détresse émotionnelle du mineur non accompagné devraient être pris au sérieux dans la décision du traitement.</p> <p>Les résultats de cette étude attirent l'attention sur la nécessité de fournir aux adolescents des conditions de vie adéquates avec la supervision des adultes afin d'atténuer les facteurs de stress quotidiens et de les aider à devenir émotionnellement compétents. Ces adultes doivent être conscients que cette population présente des besoins importants de soins de santé mentale et des niveaux élevés de détresse émotionnelle. En tant que professionnels, il est important que les soignants des mineurs non accompagnés soient formés adéquatement pour leur donner des stratégies de coping actives. Mettre en place des programmes de psychoéducation sur les stratégies de coping actives pourrait permettre aux mineurs non accompagnés de gérer le stress et les traumatismes subis et de réduire les besoins non satisfaits de soins de santé mentale. Le cadre scolaire est considéré par les adolescents réfugiés comme un lieu sécurisé et les interventions scolaires jouent un rôle important en rendant les services de santé mentale accessibles par cette population.</p> <p>En conclusion, il est primordial que les agences gouvernementales et les services de santé mentale travaillent ensemble pour assurer le développement émotionnel des mineurs non accompagnés en mettant en œuvre des politiques qui reconnaissent la souffrance psychologique et les besoins de soins de santé mentale de cette population à risque.</p>
Commentaires	

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Bean, T., Eurelings-Bontekoe, E., Mooijaart, A., & Spinhoven, P. (2006). Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. <i>Administration and Policy in Mental Health</i> , 33(3), 342-355. doi:10.1007/s10488-006-0046-2				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			L'énoncé du problème est clair ainsi que les problèmes et les concepts. La population est également définie. Le titre ne laisse pas place au doute.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?		x		Les parties ne sont pas clairement définies par des titres, il s'agit d'un seul paragraphe. Le problème pourrait être plus développé. La méthode et les résultats sont présents cependant, il manque la discussion dans ce résumé.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Le problème est clairement formulé, c'est-à-dire : le manque d'information sur les besoins de santé mentale des mineurs non accompagnés (MNA) ainsi que leur mode d'utilisation des services de soins en santé mentale.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			La recension des écrits est très présente dans l'introduction, il y a des informations sur l'épidémiologie des adolescents qui souffrent de problèmes mentaux, sur le processus d'aide à la recherche chez les adolescents et sur l'utilisation des services de santé mentale. Plusieurs études sont également citées.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		On ne retrouve nulle part de cadre théorique ou conceptuel dans cet article.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			Les buts sont clairement formulés à la fin de l'introduction.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?		x		C'est une étude quantitative, cependant aucune autre information n'est explicitée dans l'article.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			La population est clairement définie : Groupe contrôle : MNA âgées de 12 à 18 ans provenant de 48 pays différents. 2/3 des participants à l'étude vivaient aux Pays-Bas pendant une période de 18 mois ou moins. Groupe témoin : Les adolescents néerlandais font partie de 10 écoles secondaires et de 3 écoles commerces des Pays-Bas.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			La description de l'échantillon est détaillée, l'article explique l'échantillon du groupe contrôle (MNA) et celui du groupe témoins (adolescents néerlandais).
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		x		Il n'y a pas de contrôle statistique de la taille de l'échantillon ?
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Les instruments de collecte de données sont clairement décrits. Les différents questionnaires utilisés pour récolter les données sont expliqués.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			Les instruments de collecte de données sont en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			La procédure de recherche est clairement décrite.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			L'étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale du centre médical de l'Université locale.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			Ils ont utilisé des statistiques descriptives pour donner une description des caractéristiques sociodémographiques des échantillons. Le test du Chi-carré et le t-test sont utilisés pour déterminer la différence des caractéristiques sociodémographiques et des soins de santé mentale entre les deux échantillons. Les tailles d'effets ont été calculées à l'aide de Cohen's d. Une régression logistique multivariée est utilisée pour évaluer la corrélation des variables binaires dépendantes dans les besoins de soins autodéclarés ; les besoins de soins rapportés par le tuteur ; besoins de soins rapportés par

					l'enseignant ; l'utilisation des services autodéclarés ; recommandation d'utilisation des services rapportés par le tuteur ; besoin non satisfait autodéclaré.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont séparés en plusieurs paragraphes et des tableaux sont présents ce qui donne une présentation claire des résultats.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		x		L'étude ne comporte pas de cadre théorique ou conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			L'interprétation des résultats se fait en regard avec les études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Dans la conclusion se trouve un paragraphe intitulé « Défis méthodologiques » qui parle des limites de l'étude.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			x	Cette étude est la première à documenter la nécessité des soins de santé mentale, les besoins non satisfaits et les corrélations de l'utilisation des services des mineurs réfugiés non accompagnés, les auteurs ne parlent pas de généralisation.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			Les auteurs soulignent qu'il est important que les soignants s'occupant de MNA soient formés afin de pouvoir leur donner des stratégies de coping.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?			x	Les auteurs nous disent que dans des études futures, il serait judicieux d'inclure les informations auprès des tuteurs et des enseignants concernant la gravité des réactions au stress traumatique du MNA. Ils disent également que l'association entre les facteurs de confusion et l'âge n'est pas claire dans cette étude et devra être examinée dans les études futures.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			L'article est bien écrit, bien structuré, et détaillé. Nous avons réussi à faire une analyse critique.
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.



**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

Eléments du rapport	Contenu de l'article
<b>Références complètes</b>	Sanchez-Cao, E., Kramer, T., & Hodes, M. (2012). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. <i>Child Care Health Dev</i> , 39(5), 651-659. doi: 10.1111/j.1365-2214.2012.01406.x
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le Royaume-Uni est le pays d'Europe qui compte le plus grand nombre d'enfants demandeurs d'asile non accompagnés (Refugee Health Team 2004, p. 651). Les requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA) sont définis comme : « enfants de moins de 18 ans qui ont été séparés des deux parents et qui ne sont pas pris en charge par un adulte qui, par la loi ou la coutume, est responsable de le faire » (United Nations High Commissioner for Refugees, 1994, p.652). Les raisons de cette séparation peuvent être de causes multiples : les enfants peuvent être envoyés par leur famille ou ils peuvent fuir leur communauté en raison de la peur ou de l'expérience d'événements traumatiques (persécutions, violences organisées ou guerre). Il est prouvé que les RMNA présentent des niveaux d'anxiété post-traumatique et des symptômes dépressifs élevés et qu'ils risquent davantage de développer des problèmes de santé mentale par rapport à leurs pairs accompagnés (Kinzie et al., 1986; Felsman et al., 1990; Bean et al., 2007; Hodes et al., 2008, p. 652). Cette population est susceptible d'avoir connu une série d'expériences traumatiques comme la violence organisée, la migration forcée et la réinstallation stressante qui, en association avec la perte des parents, la rend particulièrement vulnérable (McKelvey & Webb, 1995; Sourander, 1998; Heptinstall et al., 2004; Bean et al., 2007; Derluyn & Broekaert, 2007; Hodes et al., 2008, p. 652)
Recension des écrits	Le processus de recherche d'aide des adolescents est composé de trois étapes : (1) reconnaissance du problème, (2) décision de chercher de l'aide et (3) utilisation du service (Srebnik et al., 1996; Cauce et al., 2002, p. 652). La gravité de la détresse psychologique et des problèmes comportementaux sont des prédicteurs importants de la reconnaissance du problème (Ford et al., 2005, p. 652). Il existe plusieurs voies d'accès aux services de santé mentale pour les enfants : recommandation des parents, des médecins généralistes, des pédiatres, des écoles, des services sociaux et, pour les adolescents, l'auto-recommandation (Hodes, 2000; Howard & Hodes, 2000; Hodes & Tolmac, 2005, p. 652). Les voies les plus communes pour les enfants réfugiés sont la recommandation des enseignants et des travailleurs sociaux (Howard & Hodes, 2000, p. 652). Les RMNA sont plus susceptibles d'être référés par les travailleurs sociaux que leurs pairs accompagnés (Michelson & Sclare, 2009, p. 652). De nombreux enfants atteints de problèmes de santé mentale n'ont pas accès aux services de santé mentale (Ford et al., 2005, p. 652) et cela pourrait être accentué pour les réfugiés ; ces derniers risquent davantage de souffrir de problèmes de santé mentale et rencontrent plus de difficultés dans l'accès aux services de santé (problèmes de langue, difficulté à s'inscrire auprès des médecins généralistes, manque de services disponibles, manque de connaissances par rapport à l'accès aux soins et interruption des soins dû aux déplacements) (Hodes, 2000; Hargreaves et al., 2003; Raval, 2005, p. 652).

	<p>Une première étude sur le sujet a relevé qu'il existe un décalage entre les besoins en santé mentale perçus (rapportés par les adolescents, les enseignants ou les tuteurs) et l'utilisation des services de santé mentale par les enfants réfugiés (Bean et al., 2006, p. 652) mais l'ampleur de cette sous-utilisation n'est pas connue. Des lignes directrices pour la prise en charge des enfants séparés de leurs parents publiés par le National Institute for Health and Clinical Excellence (2010) soulignent la nécessité d'un accès aux services de santé mentale approprié. En effet, les travailleurs sociaux peuvent sous-estimer les difficultés des RMNA, y compris les besoins en santé mentale.</p> <p>Il semble qu'aucune étude n'a été faite sur l'utilisation des services de santé mentale par les RMNA au Royaume-Uni et il existe une pénurie d'études sur ce sujet.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Hypothèses/question de recherche/buts	Cette étude vise à décrire les caractéristiques de base, les niveaux de détresse psychologique et l'utilisation des services de santé mentale parmi un groupe de RMNA vivant à Londres. Plus précisément, l'étude veut vérifier si un nombre plus élevé de traumatismes, un niveau plus élevé de détresse psychologique et une plus longue installation au Royaume-Uni sont associés à l'utilisation des services de santé mentale
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Etude quantitative
Population, échantillon et contexte	<p><b>Population</b> : Les RMNA âgés de 18 ans ou moins résidant à Londres. 83 RMNA ont été identifiés.</p> <p><b>Echantillon</b> : Un RMNA a refusé de participer à l'étude et 11 ont été exclus car les données recueillies étaient incomplètes. Au final, 71 RMNA ont participé à l'étude.</p> <p><b>Contexte</b> : Cité de Westminster, Londres, Royaume-Uni</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Les données de base (âge, sexe, temps au Royaume-Uni, logement et région d'origine) ont été récoltées par un entretien structuré. Les questionnaires suivants ont été complétés par les participants ou l'enquêteur leur a lu les questionnaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Haward Trauma Questionnaire (HTQ)</b> : Questionnaire validé qui couvre 17 types de maltraitance et d'événements de guerre, qui sont évalués en fonction de la proximité de l'événement. L'instrument présente une bonne cohérence interne. L'Alpha Cronbach était de 0,90.</li> <li>- <b>Impact of Event Scale (IES)</b> : Questionnaire validé de 15 items qui évalue le degré de détresse subjective découlant d'événements traumatiques. Il mesure deux dimensions : intrusion (7 éléments) et évitement (8 éléments). Le seuil de risque élevé de désordre à 35 a également été utilisé comme score-seuil pour cette étude. La sensibilité était de 66,7%, la spécificité de 92,4% et la valeur prédictive positive de 0,77.</li> <li>- <b>Birleson Depression Self-Rating Scale for Children (DSRSC)</b>: Echelle validée de 18 items. Le score-seuil utilisé dans l'étude est 15 qui signifie être six fois plus susceptible d'être associé au diagnostic de dépression. Sensibilité de 64% et spécificité de 77%. Cohérence interne à 0.86.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Strengths and Difficulties Questionnaire self-report version (SDQ)</b> : Questionnaire de dépistage comportemental validé. Il se compose de 25 items et cinq sous-échelles qui sont : problèmes de conduite, hyperactivité, symptômes émotionnels, problèmes avec les pairs et comportements pro-sociaux. Tous les items sauf le dernier sont sommés pour générer le score total de difficultés. Chaque item est noté avec 0, 1 ou 2. La sensibilité est de 15,9 % pour le risque de troubles psychiatriques, de 22,1% pour les troubles anxieux et de 33,3% pour les troubles dépressifs. L'Alpha de Cronbach était de 0,80.</li> <li>- <b>Attitude to Health and Services Questionnaire (AHSQ)</b> : Questionnaire de 10 items évaluant les attitudes des jeunes en matière de santé mentale et physique, ainsi que l'utilisation des services de santé. Les RMNA ont dû indiquer s'ils avaient eu un contact avec un service de santé mentale et leurs réponses ont été utilisées pour les attribuer aux catégories.</li> </ul>
Déroulement de l'étude	Entre 2003-2004, en accédant aux registres du travail social, les travailleurs sociaux du département des services sociaux de la Cité de Westminster ont recruté les RMNA. Les travailleurs sociaux ont discuté de l'étude avec les adolescents avant qu'ils soient contactés. Les entretiens et les évaluations ont eu lieu dans leur résidence des RMNA ou au bureau du travail social. La majorité des RMNA n'a pas eu besoin d'interprètes. Deux participants d'origine Kosovare ont été aidés avec des interprètes.
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le Comité local d'éthique de la recherche de St Mary.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	<p>L'analyse des données a été faite avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Des statistiques non paramétriques</li> <li>- Le Mann-Whitney U-test pour la différence entre les groupes des variables continues</li> <li>- Le Fisher ou X<sup>2</sup>-test pour la différence entre les groupes des variables catégoriques</li> </ul> <p>Les prédicteurs de l'utilisation des services de santé mentale ont été examinés en utilisant la régression logistique binaire. Les variables qui ont été significativement corrélées aux variables catégoriques ont été entrées comme prédicteurs en utilisant la méthode Forward : LR.</p> <p>La signification statistique a été fixée à &lt;0,05 et les données ont été analysées à l'aide du SPSS 17.</p>
Présentation des résultats	<p><b>Contexte sociodémographique et migratoire :</b></p> <p>67,6% des participants étaient de sexe masculin, ils étaient âgés de 13 à 18 ans (médiane = 17 ; intervalle interquartile = 15 ; 17) et la période médiane de résidence au Royaume-Uni était de 18 mois (intervalle interquartile 10 ; 36). 54,9% des participants vivaient dans un établissement indépendant / semi-indépendant et le reste dans des foyers d'accueil. 54,9% des RMNA étaient des Africains. Trois groupes d'origines principales : ceux d'Europe (n = 25), principalement le Kosovo (n = 20), dont une fille ; ceux de la Corne de l'Afrique (Somalie, Djibouti, Ethiopie, Erythrée) (n = 24), dont 14 femmes ; et ceux d'Afrique sub-saharienne (n = 12), dont huit hommes. Seulement 17% RMNA avaient un contact avec un service de santé mentale. Les caractéristiques sociodémographiques ne diffèrent pas entre ceux qui ont eu un contact avec un service de santé mentale et ceux qui n'en ont pas eu. Un séjour plus long au Royaume-Uni avait tendance à être associé à l'utilisation des services de santé mentale (Mann-Whitney U-tests, P = 0.059). Médiane du</p>

score du HTQ = 29 (intervalle interquartile = 20 ; 37). Médiane des événements traumatiques vécus = 7 (intervalle interquartile = 4 ; 11). 62,3% des participants ont été victimes d'une situation de combat et 20% ont été victimes d'abus ou de violences sexuelles.

**Détresse psychologique :**

Médiane du score total du SQD = 10 (intervalle interquartile = 6 ; 14). 11% des participants ont eu un score limite/anormale.

Médiane du score totale de l'indice IES = 41 (intervalle interquartile = 32 ; 48). Médiane de la sous-échelle d'intrusion = 18 (intervalle interquartile = 10 ; 23) et score médiane de la sous-échelle d'évitement = 22 (intervalle interquartile 16; 26). 66% des RMNA ont eu un score au-dessus du seuil, indiquant un risque élevé de syndrome de stress post-traumatique.

Médiane du DSRSC = 10 (intervalle interquartile = 6 ; 13). 12% des participants ont eu un score au-dessus du seuil, ce qui indique un risque élevé de dépression.

**Utilisation des services de santé mentale :**

Les scores HTQ et IES ne diffèrent pas de manière significative entre ceux qui ont eu un contact avec un service de santé mentale (médiane 33.5, intervalle interquartile 18.50; 41) et ceux qui n'en ont pas eu (médiane 29, interquartile 20, 35). En considérant les scores de symptômes (variable continue), les scores du SDQ et du DSRSC ne diffèrent pas entre ceux qui ont eu des contacts avec un service de santé mentale et ceux qui n'en ont pas eu. Des associations significatives ont été trouvées lorsqu'il a été étudié en termes de risque élevé de désordre. Les RMNA étaient plus susceptibles d'avoir des scores totaux anormaux au SDQ s'ils avaient des contacts avec un service de santé mentale (4/12, 33%) que s'ils n'en avaient pas (4/59, 6,7%) (Fisher's test 0.024). Les RMNA présentant un risque élevé de dépression étaient plus susceptibles d'avoir un contact avec le service de santé mentale (5/12, 41,6%) que ceux à faible risque de dépression (4/59, 6,7%) (Fisher's test 0.005). La moitié des participants ayant des scores limités/anormaux au SDQ et un peu plus de la moitié de ceux qui étaient au-dessus du score-seuil au DSRSC avaient des contacts avec un service de santé mentale.

**Prédicteurs du contact avec les services de santé mentale :**

Le modèle de régression logistique binaire comprenait trois variables indépendantes (DSRSC, temps au Royaume-Uni et difficultés totales au SDQ), qui étaient précédemment indiqués comme étant liés à l'utilisation des services. Le modèle complet contenant tous les prédicteurs était statistiquement significatif,  $X^2(2, n = 71) = 13,353, P = 0.001$ , ce qui indique que le modèle était capable de distinguer entre les RMNA qui ont cherché de l'aide et ceux qui ne l'ont pas fait. Le modèle a expliqué entre 17,1% (Cox & Snell  $R^2$ ) et 28,7% (Nagelkerke  $R^2$ ) de la variance dans le contact avec un service de santé mentale et classée correctement 85,9% des cas. Seules deux variables indépendantes ont apporté une contribution statistiquement significative (symptômes dépressifs et temps au Royaume-Uni). Le plus fort prédicteur du contact avec un service de santé mentale était la présence de symptômes dépressifs, enregistrant un OR de 13.184 (IC 95% pour OR = 2.397-72.504,  $P = 0.003$ ). Cela indiquait que les RMNA qui avaient un risque élevé de dépression étaient 13 fois plus susceptibles de fréquenter un service de santé mentale que ceux qui avaient un faible risque de dépression.

<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Les participants avaient un niveau élevé de détresse psychologique (auto-déclaré) avec 66% des RMNA à risque élevé de stress post-traumatique et 12% des RMNA à risque élevé de troubles dépressifs. Mais, seulement 17% d'entre eux étaient en contact avec un service de santé mentale, ce qui était prédit par les symptômes dépressifs et le temps passé au Royaume-Uni. Les symptômes dépressifs ont mieux prédit l'utilisation des services de santé mentale que les symptômes post-traumatiques et cela indique que beaucoup de RMNA souffrant de détresse émotionnelle n'avaient pas de suivi. Une des raisons peut être que les symptômes dépressifs sont plus visibles que les symptômes de stress post-traumatique et qu'ils sont associés à un fonctionnement social plus faible et aboutissent donc plus facilement à la recherche d'aide auprès d'un service de santé mentale. De plus, les RMNA ne se plaignent pas des symptômes de stress post-traumatiques car ils pensent que ces symptômes sont une conséquence inévitable de leurs expériences et que rien ne peut être fait pour les atténuer. En effet, certains jeunes ne veulent pas parler de leurs expériences passées, surtout lorsque leur placement est instable et que leur statut juridique est incertain. Les travailleurs sociaux peuvent également avoir des doutes sur le moment où ils doivent référer des enfants et adolescents aux services de santé mentale. Ils peuvent imaginer que l'accès aux traitements efficaces est difficile à atteindre. L'association entre l'utilisation des services de santé mentale et une plus longue période de résidence dans le pays était attendue. Cela pourrait être dû à plusieurs raisons : une meilleure connaissance de l'anglais qui facilite la communication, une plus grande stabilité de placement et une clarification du statut juridique qui permettent l'exploration des difficultés émotionnelles et une meilleure connaissance des propres difficultés émotionnelles et du système de santé qui peut aboutir à la recherche d'aide.</p> <p>L'étude n'a pas trouvé d'association entre le traumatisme passé et l'utilisation des services de santé mentale. Il est possible qu'il existe une association mais cette étude, à cause du petit échantillon composé de RMNA ayant subi de nombreux facteurs de stress et vivant depuis plusieurs mois au Royaume-Uni, ne l'a pas trouvée. De plus, les traumatismes de guerre (comme les combats ou les agressions sexuelles), auraient pu être associés à l'utilisation accrue des services pédiatriques et hospitaliers, mais cela ne faisait pas partie des compétences de cette étude.</p> <p>Les résultats de cette étude sont similaires à ceux de Bean et ses collègues (2006) ; bien qu'il y ait une différence de perception entre les différents informateurs interrogés (adolescents, tuteurs ou enseignants), il existe des besoins de soins de santé mentale non satisfaits. L'internalisation des symptômes sans symptômes d'externalisation était le meilleur prédicteur du contact avec le service de santé mentale. De plus, les RMNA qui avaient vécu plus longtemps dans le pays d'accueil percevaient mieux leurs besoins. Cela pourrait être dû à l'acquisition de compétences leur permettant de savoir quand demander de l'aide et au fait qu'en s'intégrant au pays occidental de réinstallation, les réfugiés peuvent apprendre les croyances et les pratiques en matière de santé de la société d'accueil.</p> <p>Selon certains auteurs, la sous-utilisation des services est causée principalement par le manque de capacité et/ou de volonté de la part des services de répondre aux besoins des populations culturellement et ethniquement diverses. Cependant, cela n'est probablement pas pertinent pour cette étude car il y avait une bonne collaboration entre les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents locaux et les services sociaux s'occupant des RMNA.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p><b>Forces</b> : un échantillon presque complet de tous les RMNA d'une autorité locale a été inclus. <b>Limites</b> : une plus grande taille d'échantillon et l'inclusion d'interviews auraient renforcé l'étude. L'étude étant une étude transversale, est plus faible qu'une étude longitudinale. Les principaux résultats concernant les symptômes dépressifs et le contact avec les services de santé mentale, la causalité inverse que l'utilisation provoquerait des symptômes</p>

	dépressifs plus élevés est invraisemblable. Une collecte de données sur la durée et la fréquence de l'utilisation des services de santé mentale aurait été utile.
Conséquences et recommandations	Comme reconnu par les lignes directrices pour la prise en charge des RMNA, l'amélioration de l'accès aux soins est prioritaire pour répondre aux besoins des RMNA qui souffrent de troubles psychologiques car, la plupart n'utilisent pas les services de santé mentale. Ces dernières années, l'utilisation du SDQ pour le dépistage de la détresse psychologique et les problèmes comportementaux a été mise en place. Par contre, ce questionnaire auto-déclaré, n'identifie pas les sujets à haut risque d'une PTSD et ce n'est pas clair si en faisant compléter le questionnaire à la famille d'accueil, la détection pourrait s'améliorer. Un spécialiste des services de santé mentale des enfants et des adolescents avec une expertise clinique approprié, travaillant avec des personnes avec traumatismes et des comorbidités, devrait être impliqué dans la prise en charge de cette population, en collaboration étroite avec les agences gouvernementales. Une amélioration de la formation en santé mentale pour les travailleurs sociaux et les pédiatres communautaires travaillant avec les RMNA serait appropriée. Pour clarifier les difficultés psychologiques qui peuvent découler de l'exposition à la guerre et aux blessures physiques, des entrevues seraient nécessaires. Enseigner aux RMNA à identifier les émotions pourrait améliorer la gestion des traumatismes et du stress et pourrait conduire à des comportements de recherche d'aide auprès du réseau social, y compris l'utilisation des services de santé mentale. Les recherches futures devraient étudier l'utilisation de ces services au fil du temps ainsi que des facteurs qui améliorent l'utilisation des services de santé mentale.
Commentaires	

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Sanchez-Cao, E., Kramer, T., & Hodes, M. (2013). Psychological distress and mental health service contact of unaccompanied asylum-seeking children. <i>Child: Care, Health and Development</i> , 39(5), 651-659. doi:10.1111/j.1365-2214.2012.01406.x				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	<b>x</b>			Le sujet de l'étude est indiqué, le titre est clair et concis. Le titre ne laisse pas place au doute.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	<b>x</b>			Le résumé contient les principales parties de l'étude : introduction, méthodes, résultats, conclusion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	<b>x</b>			Le problème est clairement formulé : il est prouvé que les requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA) présentent des niveaux d'anxiété post-traumatique et des symptômes dépressifs élevés, ils risquent davantage de développer des problèmes de santé mentale par rapport à leurs pairs accompagnés.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	<b>x</b>			Diverses connaissances sur les enfants demandeurs d'asile non accompagnés sont présentées dans l'introduction. Les termes « réfugié », « demandeur d'asile » et « enfants non accompagnés demandeurs d'asile » sont définis. Les troubles psychiques sont exposés ainsi que les facteurs de risques. Et pour finir, l'utilisation des services de soins en santé mentale est abordée. Plusieurs études sont également citées.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		<b>x</b>		Il n'y a pas de cadre théorique et conceptuel explicite dans l'article.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	<b>x</b>			Les buts sont clairement formulés dans le dernier paragraphe de l'introduction.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?		<b>x</b>		C'est une étude quantitative, cependant aucune autre information n'est explicitée dans l'article.

Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			x	La population n'est pas clairement définie dans cette étude. Nous avons uniquement les informations suivantes : requérants d'asile mineurs non accompagnés âgés de 18 ans ou moins résidant à Londres.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			L'échantillon est détaillé plus précisément. Le chapitre « sujets » explique que 83 RMNA ont été identifiés, un participant a refusé de participer à l'étude et 11 ont été exclues car les données recueillies étaient incomplètes. Le total de participant à l'étude est de 71 RMNA.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		x		L'étude ne présente pas de base statistique sur la taille de l'échantillon.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			Les instruments de collecte de données sont clairement décrits. Les différents questionnaires utilisés pour récolter les données sont expliqués.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			Les instruments de collecte de données sont en lien avec les variables à mesurer.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?	x			La procédure de recherche est clairement décrite dans le paragraphe « Procédures ».
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			L'étude a été approuvée par le Comité local d'éthique de la recherche de St Mary.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			Afin d'analyser les données, les auteurs ont utilisé des statistiques non paramétriques, le test U de Mann-Whitney pour la différence entre les groupes de variables continues et le Fisher ou X <sup>2</sup> -test pour la différence entre les groupes des variables catégoriques. Les prédicteurs de l'utilisation des services de santé mentale ont été examinés en utilisant la régression logistique binaire. Les variables qui ont été significativement corrélées aux variables catégoriques ont été entrées comme prédicteurs en utilisant la méthode Forward: LR. La signification statistique a été fixée à <0,05 et les données ont été analysées à l'aide du SPSS 17.
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont séparés en plusieurs paragraphes et des tableaux sont présents ce qui donne une présentation claire des résultats.



<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		x		L'étude ne comporte pas de cadre théorique ou conceptuel.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			L'interprétation des résultats se fait en regard avec les études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Un paragraphe intitulé « forces et limites de l'étude » est présent dans la discussion.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		Les auteurs ne parlent pas de généralisation.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		x		Les chercheurs mettent en avant qu'un spécialiste des services de santé mentale des enfants et des adolescents avec une expertise clinique approprié travaillant avec des personnes avec des traumatismes et des comorbidités devrait être impliqué dans la prise en charge de cette population en collaboration étroite avec les agences gouvernementales. De plus, une amélioration de la formation en santé mentale pour les travailleurs sociaux et les pédiatres communautaires travaillant avec les RMNA serait appropriée. Et pour finir, enseigner aux RMNA à identifier les émotions pourrait améliorer la gestion des traumatismes et du stress et pourrait conduire à des comportements de recherche d'aide auprès du réseau social, y compris l'utilisation des services de santé mentale.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		x		Les auteurs disent que les recherches futures devraient étudier l'utilisation de ces services au fil du temps ainsi que des facteurs qui améliorent l'utilisation des services de santé mentale.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		x		L'article est bien écrit, bien structuré, et détaillé. Nous avons réussi à faire une analyse critique.
Commentaires :					

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche qualitative**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
<b>Références complètes</b>	Jaeger, F. N., Kiss, L., Hossain, M., & Zimmerman, C. (2013). Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective-improving hospital care for migrant children. <i>BMC health services research</i> , 13, 389. doi:10.1186/1472-6963-13-389
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Aujourd'hui, face à une mobilité croissante de la population, les autorités ont commencé à se pencher sur les divers besoins en soins des populations migrantes. « Migrant-Friendly Hospital » (MFH) est une initiative créée par l'union européenne et introduite en 2002. Elle met en avant la collaboration entre les hôpitaux, les experts et les ONG de douze pays européens dans le but de développer les soins aux migrants. Le développement de recommandations spécifiques pour les soins de santé pour les enfants doit être encore développé car il n'en existe pas encore.
Recension des écrits	<p>Au début de l'initiative européenne MFH, l'institution de coordination scientifique du projet, les experts internationaux et les hôpitaux partenaires, ont mené une évaluation des besoins et ont étudié des interventions qui pourraient améliorer les besoins en soins hospitaliers des patients migrants. Les pistes d'améliorations trouvées sont : les services d'interprétation ; la formation du personnel dans le but d'augmenter les compétences culturelles ; les renseignements sur les patients et la formation parentale pour les mères et les garderies. Ils ont également identifié d'autres besoins prioritaires : la nourriture, une nutrition adéquate, le soutien social et spirituel (Ludwig Boltzmann Institute for the Sociology of Health and Medicine, 2005, p. 2).</p> <p>En suisse, la « stratégie de migration et de santé 2002-2007 » assure le financement de 25 hôpitaux afin qu'ils participent aux projets de soins MFH. Cependant, un seul hôpital s'est penché sur le milieu pédiatrique et plus précisément sur le service d'interprétation. Un deuxième projet (2010-2013) « Swiss MFH » a été réalisé afin de créer des centres de compétences de soins MFH. Ces projets ont pour but de se concentrer sur la compétence transculturelle du personnel, l'utilisation de la traduction transculturelle professionnelle et l'amélioration de la qualité des soins de santé pour les migrants. Les critères de qualité du projet étaient la mise en œuvre et la durabilité des projets.</p> <p>La définition des migrants ressemble à celle de l'Organisation Internationale de Migration qui considère un migrant comme toute personne en dehors du territoire de l'État dont il est ressortissant. Sont considérés comme migrants, tous les mineurs qui ont un arrière-plan migratoire (deuxième génération) comme « enfants migrants » indépendants de la nationalité actuelle de l'enfant, en tenant compte du fait que l'expérience des migrants parentaux et les différences de langue et de culture influenceront probablement les approches de soins pour les enfants nés dans le pays hôte et leurs parents. Tous les mineurs ayant des origines migrantes sont référés comme « migrants pédiatriques » pour les distinguer des migrants adultes (Guerreiro et al., 2006, p. 2).</p> <p>Les migrants pédiatriques sont un groupe important chez les enfants soignés dans les hôpitaux pédiatriques. En suisse, 23.3% des moins de 20 ans n'ont pas la nationalité suisse (Bevölkerungsdienste une Migration ESAdKB-S, 2010, p. 2). De plus, procurer des soins de santé aux migrants pédiatriques est différent que de les procurer aux migrants adultes. En pédiatrie, la relation entre le patient et le professionnel de la santé se transforme en relation parentale mineure/famille-santé. Les prestataires doivent se rapporter à la fois au patient et aux tuteurs. Ce qui démontre</p>

	l'importance d'adapter les services et les professionnels pour offrir des soins adéquats aux jeunes et aux familles migrantes.
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun
Question de recherche/buts	L'article a pour but d'identifier les besoins en soins hospitaliers des migrants pédiatriques ainsi que les soins de qualité. L'objectif de l'étude est d'explorer le concept de MFH, en mettant l'accent sur les aspects de la prestation de services non médicaux (services fournis à l'exclusion des aspects biomédicaux, y compris les processus d'admission, l'hébergement, l'interaction entre chercheurs de personnel, etc.) spécifique aux soins des migrants pédiatriques. Par ailleurs, il vise à identifier les besoins et les défis de la prestation de services dans le traitement des migrants pédiatriques et à explorer la différence des soins par rapport aux migrants adultes.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Étude qualitative et revue de littérature
Population, échantillon et contexte	<b>Population</b> : les six hôpitaux pédiatriques participants au projet MFH. <b>Echantillon</b> : cinq hôpitaux pédiatriques participant au projet MFH. Zurich, Bâle et St-Gall forment le groupe « Allkids » et deux hôpitaux universitaires francophones : Genève et Lausanne. <b>Contexte</b> : Suisse
Méthode de collecte des données	Pour l'étude qualitative des entrevues semi-structurées avec les principaux chefs de projets de cinq hôpitaux pédiatriques participant au projet Swiss MFH ont été réalisées. Les entretiens ont été transcrits et analysés dans la langue réalisée afin d'éviter les erreurs liées à la traduction. Une approche cadre a été choisie pour l'analyse.
Déroulement de l'étude	Six cliniques pédiatriques participantes au projet MFH ont été contactées par téléphone et par e-mail et ont été invitées à participer. Une personne a refusé de prendre part à l'étude. Les cinq participants restants ont pris part à un entretien semi-structuré réalisé par un membre du personnel responsable des activités MFH. Chaque personne qui a participé occupait un poste à haut niveau dans les activités de MFH de sa clinique, la personne faisait également partie de la hiérarchie de décision de l'hôpital et a également travaillé plusieurs années dans le domaine de la santé des migrants. Le milieu professionnel des personnes représentant les hôpitaux varie : trois sont des travailleurs sociaux et deux sont des médecins. Le formulaire de consentement et les questionnaires ont été créés en anglais puis traduits dans les langues locales (français et allemand), et ont été testés auparavant par un médecin afin d'assurer l'acceptabilité et la pertinence des questions. Les entrevues ont été faites en face-à-face dans la langue choisie par le participant (3x en allemand, 1x en français et 1x en anglais). L'entrevue durait en moyenne une heure et demie. Les entretiens ont porté sur les besoins des migrants pédiatriques dans leurs établissements, les défis pour le personnel, les approches existantes et anticipées afin de répondre à leurs besoins et les perspectives des participants

	<p>sur les stratégies actuelles de MFH. Les questions se rapportaient à l'évaluation des besoins menée pour le projet MFH et les efforts existants, prévus ou souhaités pour devenir plus favorable aux migrants. Le questionnaire laissait aux participants le choix d'identifier librement les besoins, les défis, les opportunités et les interventions, mais leur permettait aussi d'identifier d'autres domaines plus spécifiques comme l'hébergement, la nourriture, les visites familiales, les soins aux frères et sœurs, les besoins religieux, les services d'interprétation, les panneaux de signalisation et le matériel d'information, les croyances traditionnelles en matière de santé et l'acculturation, le processus hospitalier, les formations, les groupes de référence, la participation de la communauté migrante. Et pour finir, il permettait une discussion sur la faisabilité des interventions de MFH en fonction de la taille du département, d'une perspective pédiatrique.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Le formulaire de consentement a été rédigé en anglais puis traduit dans les langues locales. L'approbation éthique a été obtenue par le comité d'éthique de l'école d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, et les autorités d'éthique suisses contactées ont toutes confirmé que les entretiens avec le personnel clinique n'avaient pas besoin d'une approbation éthique en Suisse. Les responsables de la clinique ont été informés de la recherche. Les participants ont signé un formulaire de consentement, ont décidé du niveau de confidentialité et ont été encouragés à indiquer toute altération du niveau de confidentialité qu'ils souhaitaient observer pendant ou après l'entrevue, leur permettant de donner des informations supplémentaires qui ne seraient pas citées si désiré.</p>
<p><b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données</p>	<p>L'indexation et le regroupement ont été réalisés avec « Nivivo8 ». Les citations utilisées ont été traduites en anglais par l'intervieweur qui parle couramment chacune des langues.</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Trois travailleurs sociaux et deux médecins ont participé et représentaient leur établissement. Les trois établissements allemands avaient déjà mené des entretiens avec différents professionnels et des parents dans leurs hôpitaux comme première étape dans leur projet MFH. Quatre hôpitaux sur cinq étaient en lien avec des universités locales. Tous offrent des soins pédiatriques et aux nouveau-nés tels que les soins intensifs, urgences ou ambulatoires.</p> <p><b>Besoins de service</b></p> <p><u>Les migrants pédiatriques</u> : étant donné que les migrants pédiatriques sont avant tout des enfants, les participants ont indiqué que beaucoup de leurs besoins de base sont les mêmes que ceux de leurs pairs non-immigrants. Cependant, chez les migrants pédiatriques, il est très important de favoriser le sentiment de sécurité et de renforcer la confiance. Un participant a expliqué que certains migrants pédiatriques se déplacent continuellement entre deux systèmes de valeurs culturelles (domicile contre, par exemple, école). À l'hôpital, ils font face aux deux systèmes simultanément, ce qui peut être source de stress. Quand les chercheurs ont demandé aux participants si des jouets adaptés, des films traduits et d'autres moyens de distraction devraient être fournis, la majorité a jugé cela inutile. Un membre du personnel de l'hôpital a mentionné une salle décorée et une musique africaine pour les enfants africains, mais n'a pas considéré d'autres éléments nécessaires. Un participant a souligné comment les besoins religieux chez les mineurs peuvent être sous-estimés parce que la religion est souvent considérée comme séparée des soins cliniques.</p> <p><u>Les parents</u> : la plupart des participants ont expliqué que les parents jouent un rôle central dans les soins pédiatriques. Selon l'étude, tous les participants ont considéré que les interprètes sont utiles pour parler avec les parents qui ne connaissent pas bien la langue locale. De plus, un participant rappelle l'importance de la vie privée dans certaines</p>

cultures.

Les professionnels de la santé : plusieurs participants ont mentionné la nécessité d'augmenter le temps pour s'occuper des enfants migrants. En effet, un médecin qui participait à l'étude explique : « ils ont besoin de temps. Ils ont besoin de beaucoup plus de temps que d'autres enfants parce que nous devons comprendre leurs antécédents ; nous devons comprendre non seulement leurs contextes aigus, mais aussi leur contexte général. Cela peut être très déroutant, ces histoires familiales et l'impact de ces histoires sur leur santé et sur leur statut général. Nous devons prendre le temps de rencontrer l'enfant et rencontrer les parents et essayer de comprendre ce qui se passe, mais aussi d'accéder à un traducteur et de prendre du temps avec un traducteur » p.6. Les professionnels de la santé ont aussi indiqué que pour fournir des soins de qualité, il est essentiel d'avoir des connaissances culturelles sur la signification des maladies ou des structures familiales. Pour finir, un participant a conclu que les infirmières semblaient se battre plus avec la communication immédiate, tandis que les médecins s'inquiètent plus de la communication des diagnostics et de la compréhension des maladies.

Les interprètes : la plupart des participants à l'étude ont fait part du fait que les interprètes doivent être familiarisés avec le vocabulaire spécifique de la pédiatrie. De plus, les résultats mettent en avant que l'interprétation en pédiatrie peut être émotionnellement très difficile. En effet, un participant a illustré ce fait en soulignant les différentes significations des maladies chroniques et de la mort chez un enfant. Plusieurs participants ont suggéré que les interprètes souhaitent avoir des briefings et des débriefings avant et après des séances d'interprétation difficiles.

Les hôpitaux : les hôpitaux pédiatriques doivent respecter les rôles définis par l'environnement politique et maintenir leurs budgets. La plupart des participants se sont dit préoccupés par la capacité des hôpitaux à maintenir les futures activités de MFH à la lumière de l'évolution des systèmes de paiement par le biais de groupes de diagnostic (DRG) car ce système ne permet pas de rémunération supplémentaire pour le temps supplémentaire passé précédemment. De plus, les interprètes sont payés par les hôpitaux, et non par les patients. Un travailleur social a exprimé l'espoir de pouvoir maintenir ses activités via des dons.

### **Défis globaux**

La langue : tous les participants à l'étude ont convenu que la langue était un défi primordial dans les soins aux migrants. C'est donc un défi qui est basé sur les besoins d'être compris et de comprendre pour toutes les personnes impliquées. Tous les participants ont estimé que l'utilisation des interprètes professionnels était essentielle, même si cela prenait beaucoup de temps. De plus, un hôpital romand a mené une évaluation autocritique sur les compétences linguistiques des parents. L'étude a révélé une utilisation insuffisante des interprètes. Une difficulté commune apparaît et est évoqué par un clinicien : « pour les problèmes d'urgence, vous devez traiter de ce que vous avez. Vous n'attendez pas deux heures pour avoir un interprète pour venir au milieu de la nuit » p.7. Pour finir, l'étude montre que l'interprétation ne peut souvent pas être effectuée par un professionnel et dépend donc d'un membre de la famille ou d'amis. Tous les hôpitaux ont accepté que les enfants ne devraient pas interpréter pour leurs parents. Ils ont également tous déclaré utiliser le personnel pour une interprétation immédiate mais ils sont partagés quant à la qualité et les mauvaises expériences lors de l'utilisation de personnel non qualifié. Un obstacle à l'utilisation de l'interprétation au téléphone est les coûts élevés.

Les défis interculturels en soins pédiatriques : l'étude montre que le simple fait de combler l'écart linguistique a été jugé insuffisant. Les différences interculturelles peuvent entraîner des malentendus et des défis supplémentaires.

Un travailleur social met en évidence que beaucoup de parents migrants ne comprennent pas pourquoi ils sont censés

participer au processus de décision médicale : ils disent : « le médecin doit décider, il est l'expert ! La seule chose qui compte, c'est que l'enfant se passe bien. » Il explique également « qu'il n'est pas évident pour de nombreux parents migrants de comprendre, pourquoi, lorsqu'un enfant a été traité ici, il doit continuer son traitement à la maison ... nous devons travailler dur pour la conformité » p.7. L'étude montre donc que l'adhésion aux recommandations de soins a donc été identifiée comme un défi majeur. Une compréhension et une acceptation différente de la maladie, en particulier en ce qui concerne les incapacités, les affections chroniques ou les problèmes psychosomatiques, ont été considérées comme affectant la conformité et la compréhension. Un clinicien met en évidence que le fait de favoriser une meilleure compréhension, les connaissances du personnel, l'utilisation de médiateurs transculturels et de services spécialisés peuvent être efficaces.

#### **Les différences entre les soins aux migrants pédiatriques et les soins aux adultes migrants**

Les entrevues réalisées avec les participants au cours de l'étude ont mis en évidence leur avis quant aux aspects des soins pédiatriques pouvant se différencier des soins pour adultes ainsi que ce qui doit être pris en compte dans le développement des services pédiatriques pour les enfants migrants. Les points suivants sont ressortis : différents types de maladies surtout les maladies pédiatriques; l'admission se fait souvent par les urgences, l'hospitalisation est plus courte, des décisions immédiates sont souvent requises; un plus grand nombre de personnes sont impliqués dans la planification des soins; les principales décisions et responsabilités sont du ressort de la famille et non pas du patient (dans la plus grande partie du temps); les histoires sont souvent racontées par les parents et non pas les enfants; les soins sont habituellement impossibles sans la famille; présence de différents niveaux de compétences linguistiques et d'acculturation entre les enfants et les parents; différentes positions de l'enfant malade vis-à-vis de l'adulte dans la famille; heures de consultations non seulement déterminées par l'enfant mais aussi par les disponibilités des parents à l'amener à l'hôpital; les soins de la fratrie peuvent être une préoccupation; salle d'hébergement (répartition des salles selon le genre de l'enfant ou du parent restant avec lui); enfant au milieu de son développement, a des vulnérabilités différentes; la pensée de l'enfant se concentre sur le présent; questions juridiques, la vérité de l'histoire n'a pas un intérêt principal.

#### **Approches choisies par les hôpitaux**

Selon cette étude et sur différents besoins, différentes approches sont utilisées afin de répondre aux problèmes de soins spécifiques aux migrants pédiatriques comme l'utilisation de services d'interprètes, de médiateurs transfrontaliers, la formation du personnel, des consultations spécialisées et de la restauration adaptée aux besoins religieux.

L'approche générale : un clinicien a souligné l'importance d'adopter une approche intégrative et accueillante, en mettant l'accent sur les processus quotidiens, les besoins individuels et les adaptations qui profitent à tous, non seulement aux familles migrantes » : Il dit alors : « Nous soulignons que les infirmières – à leur façon – parlent avec les mères des choses qui sont importantes pour elles : la signification du nom, les rituels, et à partir de là, vous pouvez commencer. Avant, c'était la liste de contrôle : le bain, le sein, (...) Maintenant, le fait d'être attentif est souvent suffisant...C'est pour tout le monde ! » p.8.

Il rajoute qu'au cours du briefing du matin, une question standard est posée : y a-t-il un problème de communication ? Si oui, nous commandons un interprète.

Personnel et formation : selon l'étude, les compétences variées des membres du personnel sont considérées comme des ressources de soins pour les migrants pédiatriques et adultes, que ce soit en raison de leur propre expérience personnelle de la migration, des connaissances linguistiques ou des expériences interculturelles. Les attitudes positives

	<p>et la connaissance des soins des patients migrants, autant pédiatriques que pour les adultes, ont été considérées comme essentielles ; cependant, actuellement, la formation sur la façon d'aider les migrants pédiatriques varie d'une formation à l'autre pour des discussions de cas cliniques pour les médecins juniors et des formations de 1.5 jours principalement pour les infirmières. Trois hôpitaux forment régulièrement du personnel junior dans l'utilisation d'interprètes. Les cliniciens ont souligné l'importance de la formation dans les compétences de prise en charge des besoins des migrants.</p> <p>Pour finir, tous les participants de cette étude ont estimé essentiel la création d'un groupe de référence interdisciplinaire composé de tous les niveaux de personnel afin de favoriser le développement hospitalier et le soutien du personnel plus amical pour les migrants.</p> <p><u>Adaptations structurelles et de service</u> : l'infrastructure est souvent limitante et difficile à modifier. Un participant met en avant l'importance de l'adaptation de la structure ou du décor. Il a expliqué que le code de couleurs, les images et les panneaux d'affichage dans plusieurs langues devraient être utilisés. Cependant, un autre participant n'est pas du même avis, il dit que les pictogrammes existants et la libeller dans la langue locale suffit car tout le monde comprend « l'urgence ». Tous les participants ont mentionné l'importance des services sociaux pour divers services tels que l'aide pour l'organisation des soins à la fratrie, l'assurance maladie pour les sans-papiers ou encore l'aide financière.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p><u>Besoins en services pédiatriques non médicaux</u> : cette étude a identifié des besoins nécessaires en matière de prestation de services non médicaux et les défis associés aux soins des migrants pédiatriques rencontrés par ceux qui ont le mandat de participer au programme de soins hospitaliers « migrant friendly » en Suisse. La recherche met en avant ces résultats : les résultats indiquent que les acteurs clés (migrant pédiatrique, différents membres de la famille, personnel de santé, interprètes, hôpitaux / gestion, société) ont tous des besoins individuels, mais font face à des défis communs (barrières linguistiques, différences culturelles, contraintes de service, etc.) dans la poursuite d'une livraison de service appropriée aux enfants et à leurs familles. De plus, l'étude met en évidence les besoins supplémentaires spécifiques aux migrants pédiatriques, à la famille et au personnel de soins comme la sécurité, une approche accueillante ou la prise en charge des frères et sœurs en bonne santé. Les obstacles linguistiques et les différences culturelles sont un défi majeur pour la prise en charge adaptée. Le manque de temps est aussi relevé, en effet il reste peu abordé dans l'étude mais il peut engendrer des erreurs de diagnostic et de non-conformité. Plusieurs besoins spécifiques à la pédiatrie ont été mis en évidence tels que la considération de différents niveaux d'acculturation, les compétences linguistiques des migrants pédiatriques, de leurs parents ou de leurs tuteurs et de leurs proches. Néanmoins, certains besoins de soins sont semblables à ceux des adultes comme l'information et une approche accueillante.</p> <p>La recherche montre que les besoins du personnel et des traducteurs, tels que le soutien affectif et la formation, ont également été identifiés. En effet, le personnel est affecté par les contraintes de temps, des obstacles de langage, les sentiments d'insécurité (inquiétudes concernant les résultats médiocres en matière de santé en raison de malentendus culturels ou linguistiques), informations qui restent peu abordés, ils peuvent évoluer vers des sentiments négatifs à propos de leur travail et des patients.</p> <p><u>Définition des P-MFH</u> : les entrevues mettent en avant un large éventail d'approche pour répondre aux besoins de tous les acteurs concernés comme par exemple, les interprètes, les médiateurs culturels et la formation, les adaptations de l'alimentation et de l'infrastructure. Les opinions divergentes des participants en ce qui concerne la mise en place de</p>

	<p>stratégies favorables pour les migrants comme les jouets spéciaux, les panneaux de signalisation multilingue, la prise en charge de la fratrie ou ses parents du même sexe qui passe la nuit à l'hôpital. Malgré ces désaccords, ils restent attentifs à la reconnaissance des besoins et ont la volonté de les aborder. Cependant, la manière dépend de l'information, de la faisabilité, des valeurs, de l'expérience, la population migrante desservie et le niveau d'acculturation attendu de la population migrante. Pour finir, les participants mettent en évidence l'importance d'utiliser des interprètes.</p>
Forces et limites	<p>La majorité des résultats de cette étude sont alignées sur la plupart des résultats précédents. Même avec un petit nombre d'entrevues réalisées, en sélectionnant les participants en raison de leur rôle central dans l'étude, ces personnes peuvent offrir un aperçu unique de toute une série de problèmes concernant les besoins en soins de santé de l'enfant migrant. Les priorités mentionnées dans cette petite cohorte demeurent un renforcement constant de leur validité. Malgré le petit nombre de cliniques pédiatriques impliqués dans ce projet MFH, le fait que cinq cliniques pédiatriques sur six soient prêtes à participer, ont permis la meilleure couverture possible des hôpitaux sur le projet. Les besoins et les approches identifiés dans les entretiens sont pertinents pour la Suisse et sa population migrante. De plus, les recommandations, en particulier celles des hôpitaux, sont pertinentes pour la Suisse. Les hôpitaux prenant en charge les petites communautés de migrants et les petites unités pédiatriques n'ont pas été interviewés. Aucune entrevue avec les parents des migrants pédiatriques, les migrants pédiatriques eux-mêmes, les infirmières, les administrateurs ou les médecins juniors n'a été réalisée.</p>
Conséquences et recommandations	<p><b>Recommandations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifiez une équipe de référence composée de différents professionnels, y compris des cadres supérieurs et des professionnels de première ligne pour assurer la mise en œuvre des soins de santé qui s'harmonisent avec la réalité quotidienne.</li> <li>• Élaborer une stratégie de soins pédiatrique MFH basée sur une évaluation des besoins des migrants pédiatriques, des parents et des frères et sœurs, ressources humaines, interprètes. Les principaux défis sont les différences linguistiques et culturelles, les limites de temps, le niveau d'acculturation de migrants pédiatriques et de leurs parents.</li> <li>• Réviser les processus hospitaliers de l'admission à la sortie adaptés aux besoins des enfants migrants et de leurs familles (p. ex., enregistrez différents niveaux de compétence linguistique / niveau d'acculturation, correspondant éventuellement au personnel congruent linguistique, aux signatures codées par couleur).</li> <li>• Réviser les composantes structurelles liées à : l'infrastructure (vie privée pour l'allaitement maternel, espace réservé aux visiteurs / frères et sœurs) ; aux différents services (services sociaux, médiateurs transculturels, services d'interprétation facilement accessibles, contacts pour le soutien religieux / linguistique congruent); aux ressources humaines.</li> <li>• Rendre disponible des traductions immédiates pour les parents et les migrants pédiatriques pour éviter les coûts potentiels, comme par exemple, la diminution du coût de l'interprétation par téléphone.</li> <li>• Reconnaître les compétences diversifiées du personnel et leur motivation en tant que ressource.</li> <li>• Fournir une formation professionnelle des soins de santé interculturels aux migrants pédiatriques (par ex. les croyances en matière de santé infantile, les structures familiales, etc.).</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réaliser des consultations plus longues en prenant en compte les besoins spécifiques des migrants pédiatriques (par ex. les traductions) même si cela augmente la durée.</li> <li>• Envisagez des approches novatrices pour résoudre des problèmes (par exemple, les salles familiales pour permettre aux frères et sœurs de rester au-dessus).</li> <li>• Impliquer les partenaires (groupes de migrants, autres hôpitaux, etc.).</li> <li>• Les organismes pédiatriques peuvent offrir des cours sur les problèmes de santé des migrants pédiatriques et s'impliquer dans la formulation des recommandations et des politiques.</li> <li>• Une recherche plus poussée devrait évaluer les besoins non seulement des infirmières, mais aussi des migrants pédiatriques, de leurs familles et des pédiatres et évaluer les approches pédiatrique MFH. Il devrait reconnaître différents groupes de migrants pour assurer la comparabilité et éviter de masquer les besoins potentiels en matière de services de santé.</li> <li>• Les plates-formes pour échanger des idées et des ressources pédiatriques MFH peuvent accroître la collaboration (par exemple <a href="http://www.Mighealth.net">www.Mighealth.net</a>, HPH, hôpitaux pédiatriques travaillant à améliorer la santé des migrants et les organismes pédiatriques).</li> <li>• Les futures politiques et programmes de santé favorables aux migrants devraient tenir compte des besoins particuliers des migrants pédiatriques et considérer les préoccupations spécifiques des hôpitaux pédiatriques liées à des structures de département souvent plus petites et dépendantes et favoriser l'échange entre elles.</li> <li>• Les évaluations des besoins, l'élaboration d'approches de soins et la prestation de soins aux migrants pédiatriques devraient être reconnues comme une opportunité pour réfléchir sur nos services de santé, nos tendances et nos besoins en matière de santé, ainsi que sur une possibilité d'améliorer encore les services de santé pour tous les migrants et non migrants.</li> </ul>
Commentaires	Pour réaliser notre grille de résumé, nous avons décidé de ne pas prendre en compte la partie sur la revue de littérature car elle ne répondait pas à nos besoins.

## Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche qualitative**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Jaeger, F. N., Kiss, L., Hossain, M., & Zimmerman, C. (2013). Migrant-friendly hospitals: a paediatric perspective-improving hospital care for migrant children. <i>BMC health services research</i> , 13, 389. doi:10.1186/1472-6963-13-389				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	x			L'énoncé du problème est clair ainsi que les problèmes et les concepts. La population est également définie. Le titre ne laisse pas place au doute.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Le résumé contient les différentes parties de l'étude : l'introduction, la méthode, les résultats et la discussion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			Le problème est clairement formulé, c'est-à-dire : le manque de recommandations spécifiques pour la prise en charge des enfants migrants
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			La recension des écrits est présente dans l'introduction, il y a des informations sur l'initiative « Migrant-Friendly Hospitals » et sur les soins hospitaliers pour les migrants pédiatriques. Plusieurs études sont également citées.
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		x		On ne trouve nulle part les cadres théoriques ou conceptuels explicités dans cet article.
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			Le but et les objectifs de l'étude sont clairement formulés dans l'introduction.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?			x	C'est une étude qualitative qui contient une partie de revue de littérature cependant les auteurs ne donnent pas d'informations sur le devis.
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à	x			Oui car les auteurs expliquent que la méthodologie qualitative mise en œuvre par des entretiens semi-

	l'étude ?				structurés permet d'explorer les perspectives et les pratiques des praticiens.
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			La population de l'étude est clairement définie : les six hôpitaux pédiatriques participant au projet MFH.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			L'échantillon est décrit de façon détaillé : cinq hôpitaux pédiatriques participantes au projet MFH. Zurich, Bâle et St-Gall forment le groupe « Allkids » et deux hôpitaux universitaires francophones : Genève et Lausanne.
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x			Les données sur la méthode de collecte de données sont explicitées. Les informations sur l'endroit, le temps, les participants et la transcription sont expliqués.
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x			Le déroulement de l'étude est clairement expliqué.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			L'approbation éthique a été obtenue par le comité d'éthique de l'école d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, et les autorités d'éthique suisses contactées. De plus, les participants ont signé un formulaire de consentement.
<b>Résultats</b> Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?			x	L'analyse des données n'est pas vraiment détaillée. En effet, dans la chapitre « méthodes », les auteurs expliquent que l'indexation et le regroupement ont été réalisés avec « Nivivo8 » et que les citations utilisées ont été traduites en anglais par l'intervieweur qui parle couramment chacune des langues. Cependant nous avons aucune autre information.
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?		x		Les auteurs ne parlent pas de ce sujet dans l'article.
Présentation des résultats	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x			Le résumé des résultats est compréhensible et contient les dires des participants.

	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x			Les principaux thèmes repris dans les résultats représentent de façon logique le phénomène/problèmes de recherche.
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?		x		L'auteur ne fait pas évaluer les données.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x			Les principaux résultats sont discutés en regard avec les études antérieures.
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?	x			La question a été abordé par les auteurs.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	x			Les recommandations pour la pratique sont discutées dans l'article. En effet, un chapitre est intitulé « recommandations ». L'article met également en évidence les recherches futures nécessaire.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			L'article est bien écrit, bien structuré, et détaillé. Nous avons réussi à faire une analyse critique.
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de résumé d'un article scientifique  
Approche quantitative et mixte**

<b>Éléments du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b>
Références complètes	Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C., & Neri, S. (2009). Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 41(2), 220-227. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x
<b>Introduction</b> Problème de recherche	<p>Au cours des 15 dernières années, l'Italie est devenue une société multiculturelle et les soins transculturels sont donc un concept relativement nouveau auquel les sciences infirmières ne lui confèrent pas assez d'attentions (Dal Lago, 2003; Leoni, 2004, p. 221). Par conséquent, la plupart des infirmiers italiens doivent s'occuper de patients étrangers sans avoir les bases théoriques nécessaires, ce qui pourrait conduire à une prise en charge inappropriée et incompatible avec la culture du patient ainsi qu'au sentiment d'impuissance et de frustration chez les infirmières (Leininger &amp; McFarland, 2002, p. 221). De plus, aucune étude n'a rapporté les effets de la prise en charge d'enfants et de familles étrangères sur les infirmiers italiens.</p>
Recension des écrits	<p>L'intégration, dans le contexte européen, des traditions et de la culture des immigrants n'a pas été facile en raison des différences dans les modes de vie, les valeurs, les habitudes alimentaires, l'éducation et les relations humaines (King, 2001, p. 221). Cette diversité peut amener à l'isolement des immigrants qui recherchent uniquement le confort dans leur nouveau pays. Dans le même temps, les immigrants doivent souvent faire face à des préjugés du pays d'accueil. En effet, en milieu hospitalier, traiter avec des patients de différents contextes culturels et ethniques est un défi important pour les professionnels de la santé qui cherchent à prodiguer des soins culturellement de bonne qualité (Leininger, 1993, p. 221).</p> <p>De plus, la pédiatrie est un domaine de soins infirmiers où la prestation de soins culturellement compétents est particulièrement importante et est centrée sur la famille (Alsop-Shields, 1998; Mattson &amp; Lew, 1992; Mountain, 2002; Seideman, Jacobson, Primeaux, Burns &amp; Weatherby, 1996, p. 221). En Italie, en 2007, le nombre total de mineurs d'origine étrangère était de 698'501 ; c'est-à-dire environ 1,2% de la population italienne et 7,1% des mineurs (Italian National Institute of Statistics, 2008, p. 221). Actuellement, les immigrants légaux représentent environ 5% de la population italienne. La population étrangère la plus nombreuse est celle des Albanais (0,64%) suivis par les Marocains et Roumains (0,58%), les Chinois (0,25%) et les Ukrainiens (0,20%). Le nombre estimé d'immigrants illégaux est de 357 000. Particulièrement représentées sont des populations nomades comme les Roms et les Sinti.</p> <p>Selon la législation italienne, les enfants de moins de 18 ans ont le droit d'accéder gratuitement au système de santé publique.</p> <p>Dans la prise en charge des patients étrangers, l'utilisation d'une langue maternelle différente est l'un des problèmes les plus fréquemment rapportés (Grant, 2006; Jones, 2008, p. 221). Dans le domaine pédiatrique, la diversité culturelle a été signalée comme une cause possible de conflit dans les soins infirmiers (Hart, 1999, p. 221).</p>

Cadre théorique ou conceptuel	Cadre théorique de soins infirmiers transculturels / The theoretical framework of transcultural nursing (Giger & Davidhizar, 2002 ; Leininger & McFarland, 2002)
Hypothèses/question de recherche/buts	Les objectifs étaient d'estimer la fréquence des problèmes perçus par une population d'infirmiers d'un grand hôpital pédiatrique italien dans la prise en charge des enfants immigrants et de leurs familles ainsi qu'explorer leurs perceptions.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Étude descriptive exploratoire, méthodologie mixte
Population, échantillon et contexte	<b>Contexte</b> : Hôpital Meyer Children de Florence. Il s'agit d'un des hôpitaux pédiatriques les plus renommés d'Italie. <b>Population</b> : Les 201 infirmiers de l'hôpital en service de mai à juillet 2007. <b>Echantillon</b> : 129 infirmiers ont répondu au questionnaire
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Un questionnaire adapté aux objectifs de cette étude a été élaborée en examinant la littérature sur les soins transculturels. Plus de 50 instruments ont été établis mais les auteurs n'y ont pas trouvé de rapport concernant une population d'infirmiers italiens. Les auteurs ont décidé de limiter l'étude à une exploration préliminaire concernant la fréquence à laquelle les infirmiers perçoivent des aspects de la prise en charge des étrangers comme problématiques. Pour ce faire, les auteurs ont entamé des discussions informelles avec un nombre limité d'infirmiers spécialisés de l'hôpital, parmi les personnes ayant la plus longue expérience des soins aux enfants. Cette première étape a permis de recueillir des informations sur de nombreux aspects de la prise en charge des enfants immigrants perçus comme critiques par les infirmiers. Par la suite, deux groupes de discussion ont été menés et les domaines critiques ont été discutés. Les domaines de difficulté concernant les soins infirmiers aux enfants étrangers ont été identifiés : les barrières de communication et de langue ; les habitudes alimentaires ; habitudes d'hygiène personnelle ; la douleur et la souffrance ; habitudes religieuses ; et points de vue négatifs sur les infirmiers. En ce qui concerne les émotions et les attitudes des infirmières envers les familles étrangères, deux concepts particuliers ont émergé : l'embarras (ou inconfort) et la désapprobation (ou attitude négative). Sur la base des résultats des groupes de discussion, un questionnaire de 11 items avec des questions ouvertes et fermées a été développé. Le questionnaire a été administré à 15 infirmiers pour évaluer la validité et la compréhension. La fiabilité du questionnaire a été évaluée sur les questions fermées avec le test alpha de Cronbach (0.68). En excluant les questions du point 3 du questionnaire, alpha de Cronbach à 0,76. Une étude de fiabilité test-retest a été effectuée ; 17 infirmiers choisis au hasard parmi les participants ont rempli le questionnaire un an et demi après la première fois. Deux semaines plus tard, ils l'ont rempli à nouveau. La statistique kappa de Cohen pour la corrélation intra-classe a été effectuée pour chaque question fermée et se situait entre 0.74 et 1.
Déroulement de l'étude	La participation était volontaire et a été proposée personnellement à chaque infirmier par un chercheur externe. Ceux qui ont accepté, ont rempli le questionnaire.

Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Pour les questions fermées, la fréquence relative a été calculée. Pour les questions ouvertes, le contenu a été analysé et les thèmes récurrents ont été identifiés et répertoriés. Pour ce faire, un enseignant de langue italienne de niveau secondaire a aidé à assurer l'interprétation sémantique correcte de chaque mot et expression lors de l'évaluation pour l'homogénéité, l'analogie ou la similarité des significations.
Présentation des résultats	<p>129 infirmiers qui travaillent en moyenne depuis 9,8 ans (DS 7,8) ont répondu au questionnaire. Parmi ceux qui connaissaient une langue étrangère, 58,1% parlaient anglais, 18,6% parlaient français et 4,7% parlaient espagnol. Néanmoins, 78,3% des infirmiers ont rapporté avoir des difficultés dans la prise en charge des enfants étrangers et de leurs familles.</p> <p>Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre la moyenne des années de service des infirmiers qui ont signalé des difficultés et la moyenne des années de service des infirmiers qui n'en ont pas signalées (t-test <math>p &gt; 0.05</math>). Aucune association significative n'a été trouvée entre la connaissance d'une langue étrangère et la perception des difficultés à s'occuper d'enfants immigrés (Chisquare <math>p &gt; 0,05</math>).</p> <p>Parmi les infirmiers qui ont rapporté avoir des difficultés avec la prise en charge de la population étrangère, 51,2 % déclarent avoir plus de problèmes avec des nationalités spécifiques et 83,7% déclarent avoir rencontré différents types de problèmes dans la relation infirmier-patient : problèmes de communication (37,9%), problèmes de langue (25%) et problèmes liés aux différences culturelles (16,7%).</p> <p>Concernant les problèmes de communication, 87,6% des participants ont vécu des situations dans lesquelles ni l'enfant ni les parents ne parlaient italien. Cela était problématique surtout lorsque l'infirmier devait expliquer le traitement à suivre à domicile. Pour gérer ces situations, plusieurs solutions ont été signalées. La solution la plus utilisée était d'appeler des médiateurs culturels bénévoles. Leurs interventions n'étaient cependant disponibles que dans 66,6% des cas. L'intervention d'un médiateur culturel était, dans 52% des cas, difficile à coordonner avec les besoins des clients et la disponibilité des autres professionnels, surtout dans les situations d'urgence (56,7%).</p> <p>86% des participants reconnaissaient l'importance de connaître au moins une langue étrangère. Parmi les infirmiers qui parlaient au moins une langue étrangère, 93,8% étaient convaincus de l'importance de connaître une autre langue, tandis que parmi ceux qui ne parlaient que l'italien ce pourcentage était de 72,9% (Chi-carré <math>p = 0,009</math>).</p> <p>La moyenne des années de service était de 8 ans pour les infirmiers qui connaissaient au moins une langue étrangère et de 12,3 ans pour les infirmiers qui ne parlaient que l'italien (t test <math>p = 0.04</math>). 54,2% des infirmiers ont rapporté des difficultés dans la prise en charge en raison de la nutrition et des habitudes alimentaires ; selon les participants, cela était dû principalement à la non-acceptation des aliments disponibles en raison des préférences culturelles (34,8%) ou des règles religieuses (11,4%) mais aussi aux repas inappropriés pour un enfant et une famille étrangère.</p> <p>58,1% des infirmiers ont rapporté des difficultés par rapport aux habitudes d'hygiène personnelle ; plus particulièrement dans 42,6% des cas, les infirmiers ont signalé des niveaux d'hygiène insuffisants ou une perception différente des normes d'hygiène personnelle. De plus, 44,9% des participants ont signalé percevoir une attitude des enfants étrangers et de leur famille face aux procédures douloureuses différentes par rapport aux enfants italiens et leurs familles ; ils estiment notamment que certains enfants étrangers ont une plus grande tolérance à la douleur (20,7%), que les</p>

	<p>manifestations comportementales des enfants sont moins nombreuses et plus discrètes (18,9%) et que les parents étrangers ont une attitude plus tolérante en ce qui concerne la douleur de leur enfant (5,4%). Au contraire, 5,4% des infirmiers ont signalé des comportements excessifs des patients étrangers concernant les procédures douloureuses.</p> <p>26,3% des participantes ont déclaré avoir rencontré des problèmes dans la prise en charge en raison des pratiques religieuses ou des habitudes des patients : le plus souvent les infirmiers ont signalé la difficulté de donner aux parents la possibilité de pratiquer leurs croyances tout en aidant leurs enfants au moment de l'admission (14,7%). De plus, 5,4% des participants trouvaient particulièrement difficile de soutenir les parents pendant leur chagrin. 13 infirmiers pensaient que l'opinion que les familles ont des infirmiers diffère selon les cultures ; 30,7% ont perçu que les familles étrangères avaient une opinion moins bonne des infirmiers par rapport aux Italiens et 15,3% ont perçu que les pères musulmans avaient des difficultés à considérer les infirmières comme soignants pour leurs enfants.</p> <p>44,6% des participants ont déclaré devoir faire face à des situations de soins dans lesquelles ils se sentaient embarrassés ou mal à l'aise. De plus, 43,4% des participants ont signalé être impliqués dans des situations de soins dans lesquelles ils éprouvaient une désapprobation par rapport aux comportements ou les habitudes des parents d'enfants étrangers.</p>
<p><b>Discussion</b> Interprétation des résultats</p>	<p>Cette étude montre qu'un pourcentage élevé d'infirmiers pédiatriques italiens perçoit des difficultés dans la prise en charge des enfants immigrants et de leurs familles. Ce qui est particulièrement intéressant c'est que plus de 40% des infirmiers se sentaient mal à l'aise ou éprouvaient des sentiments de désapprobation concernant les habitudes, les croyances ou les comportements de leurs clients. L'immigration et le multiculturalisme sont relativement récents dans la société italienne et l'adaptation sociale à cette nouvelle réalité est en cours. Bien que les résultats soient limités à une population bien définie d'infirmiers, les données semblent montrer que des cours sur les soins infirmiers transculturels pourraient constituer une partie utile de la formation en sciences infirmières car la majorité des infirmiers italiens n'en a pas eu.</p> <p>La barrière de la langue a été perçue par les participants comme un problème majeur car elle compromet non seulement la transmission d'informations médicales mais aussi la relation d'aide infirmier-patient. La connaissance des langues étrangères est répandue parmi les infirmières italiennes (surtout anglais et français) mais cela est peu utile car les enfants étrangers proviennent principalement de pays arabes, chinois, albanais ou slaves. Pour surmonter la barrière de la langue, le travail effectué par les médiateurs culturels et l'utilisation des gestes a été perçu comme utile.</p> <p>Les habitudes alimentaires ont été considérées comme un problème par la moitié des infirmiers participants car les habitudes nutritionnelles italiennes sont différentes de celles des étrangers (régime méditerranéen, horaires des repas stricts).</p> <p>L'allaitement a aussi été considéré comme un problème. En Italie, l'allaitement maternel exclusif est encouragé au moins jusqu'au 6ème mois de vie. Si cela n'est pas possible, le lait humain provenant d'une banque de lait humain est une option. Cela est refusé par certains groupes ethniques car ils pensent que la femme qui allaite un enfant qui n'est pas le sien doit connaître la mère de l'enfant et sa famille.</p> <p>Des difficultés en lien avec des différentes habitudes d'hygiène personnelle ont été rapportées car cela pouvait affecter la prise en charge. Par exemple, dans certaines cultures, le fait de renoncer au lavage et aux soins est une manière d'exprimer le chagrin.</p> <p>Plusieurs infirmiers ont signalé être mal-à-l'aise ou éprouver des sentiments de désapprobation dans les situations où</p>



	le rôle social de la femme dans la culture du patient était contraire aux valeurs personnelles de l'infirmier. En fait, dans certaines cultures, la femme est considérée comme inférieure par rapport à l'homme tandis qu'en Italie il y a la parité des sexes.
Forces et limites	Etant une étude exploratoire, les résultats ne permettent pas de tirer des conclusions sur la situation générale des infirmiers italiens. D'autres études sur les infirmiers italiens sont nécessaires pour mesurer le niveau de compétence culturelle, la connaissance des différentes cultures et les compétences nécessaires pour dispenser des soins à des personnes culturellement différentes dans divers contextes de santé en utilisant l'un des outils existants. Cependant, cette étude fournit un rapport sur les attitudes des infirmières envers les soins infirmiers transculturels en Italie. Les limites de cette étude sont principalement un petit échantillon et l'utilisation d'un questionnaire exploratoire "ad hoc". Ces limitations diminuent la force et l'effet des résultats. Cependant, ces résultats peuvent être utiles pour la planification des recherches futures dans ce domaine et des stratégies visant à améliorer les compétences culturelles des infirmières en Italie.
Conséquences et recommandations	Les problèmes dans la prise en charge des enfants étrangers et de leurs familles rapportées par les participants pourraient être surmontés en introduisant l'apprentissage des diversités culturelles et des cadres théoriques concernant les soins infirmiers transculturels dans la formation infirmière universitaire et la formation continue.
Commentaires	

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique**  
**Approche quantitative et mixte**

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Références complètes</b>	Festini, F., Focardi, S., Bisogni, S., Mannini, C., & Neri, S. (2009). Providing transcultural to children and parents: an exploratory study from Italy. <i>Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing</i> , 41(2), 220-227. doi:10.1111/j.1547-5069.2009.01274.x				
<b>Titre</b>	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			L'énoncé du problème est clair ainsi que les problèmes et les concepts. La population est également définie. Le titre ne laisse pas place au doute.
<b>Résumé</b>	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			Le résumé contient les principales parties de l'étude : introduction, méthodes, résultats, conclusion.
<b>Introduction</b> Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			Le problème est clairement formulé : l'arrivée depuis quelques années des soins transculturels dans les soins infirmiers en Italie. Ce concept relativement nouveau n'a pas reçu l'attention nécessaire des sciences infirmières pour la bonne prise en charge de cette nouvelle population de la part des infirmiers. De plus, aucune autre étude sur la prise en charge des enfants et des familles étrangères, en Italie, n'a été trouvée.
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			Des connaissances sur le domaine de la pédiatrie et des soins infirmiers sont mentionnées ainsi que sur la population étrangère en Italie. Plusieurs études sont également citées.
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	x			Les auteurs utilisent le cadre théorique de soins infirmiers transculturels (The theoretical framework of transcultural nursing)
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses/question de recherche/buts sont-ils clairement formulés ?	x			Les objectifs sont clairement formulés dans l'introduction : estimer la fréquence des problèmes perçus par une population d'infirmiers d'un grand hôpital pédiatrique italien dans la prise en charge des enfants immigrants et de leurs familles ainsi qu'explorer leurs perceptions.

<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicite ?	x			Étude descriptive exploratoire et méthodologie mixte
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?			x	Les auteurs donnent quelques informations sur la population concernée : 201 infirmiers de l'hôpital en service de mai à juillet 2007. Cependant, le nombre est seulement indiqué dans le résumé, il ne figure pas dans la méthode.
	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?			x	La taille de l'échantillon est de 129 infirmiers ayant répondu au questionnaire. Néanmoins, ce chiffre est indiqué dans les résultats. Les auteurs ne donnent aucune autre information sur l'échantillon dans la méthode.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		x		La taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			L'instrument de collecte de données est clairement décrit. Un questionnaire de 11 items a été créé spécialement pour l'étude, à partir de groupe de discussion avec des infirmiers de l'hôpital ayant de l'expérience dans le domaine. Il est présenté à la page 223 de l'article.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			Les instruments de collecte de données sont en lien avec les variables à mesurer c'est-à-dire : permet d'explorer les perceptions des infirmiers.
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement ?			x	Les auteurs ne donnent pas beaucoup d'informations quant au déroulement de l'étude. En effet, ils expliquent que la participation était volontaire et qu'elle était proposée par un chercheur externe. Lorsque les participants acceptaient, il devait remplir le questionnaire. Cependant, nous n'avons pas d'information sur la date à laquelle le questionnaire a été rempli par les infirmiers.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'hôpital.
<b>Résultats</b> Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			Pour les questions fermées, la fréquence relative a été calculée.

Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont présentés de manière compréhensible, néanmoins les auteurs auraient pu classer les résultats et les écrire par paragraphe pour une compréhension encore plus facile. De plus, les tableaux présents dans le texte sont clairs et pertinents.
<b>Discussion</b> Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			Les résultats sont interprétés en fonction du cadre théorique, dans cet article, avec le cadre théorique des soins infirmiers transculturels.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			L'interprétation des résultats se fait en regard avec les études antérieures.
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Les principales limites de cette étude sont un petit échantillon et l'utilisation d'un questionnaire exploratoire "ad hoc". Ces limitations diminuent la force et l'effet des résultats.
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Les auteurs mettent en avant le fait que l'étude est exploratrice de ce fait les résultats ne permettent pas de tirer des conclusions sur la situation générale des infirmiers italiens.
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			Les auteurs recommandent fortement la formation des infirmiers sur la prise en charge et les soins transculturels.
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			Comme mentionné précédemment, les auteurs mettent en avant les problèmes dans la prise en charge des enfants étrangers et de leurs familles qui a été rapportées par les participants. Ces problèmes pourraient être surmontés en introduisant l'apprentissage des diversités culturelles et des cadres théoriques concernant les soins infirmiers transculturels dans la formation infirmière universitaire et la formation continue.
<b>Questions générales</b> Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			L'article est bien écrit, bien structuré, et détaillé. Nous avons réussi à faire une analyse critique.
Commentaires :					

## Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3<sup>ème</sup> éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.