

Actes du HUB du 21 janvier 2025

"(Ex-)MENA, quelles possibilités de prise en charge en santé mentale ?"

Mardi 21 janvier 2025 a eu lieu le hub : "(Ex-)MENA, quelles possibilités de prise en charge en santé mentale ?" au Campus du Sart Tilman. La matinée a débuté en plénière avec un mot d'introduction des responsables du CRIPEL et du REALISM. Ensuite, une représentante du Service des Tutelles a fait une présentation sur le parcours « typique » d'un.e jeune MENA ainsi que les obligations des tuteur.rice.s en termes de santé mentale. Dans un deuxième temps, les participant.e.s se sont réparti.e.s entre les quatre ateliers pour des échanges de deux fois une heure. A la fin de la matinée, les intervenant.e.s de chaque atelier sont venu.e.s présenter un résumé des échanges et des grandes réflexions des ateliers en plénière. Les responsables du REALISM et du CRIPEL ont clôturé la matinée. Rappelons que l'objectif de cette journée était de favoriser le réseautage dans le cadre d'un processus d'intelligence collective.

Introduction et clôture :

- Christophe MAIRESSE, directeur adjoint, CRIPEL asbl, christophe.mairesse@cripel.be
- Sara BEN MERHNIA, Chargée de projet, REALISM, Sara.BenMerhnia@uliege.be

Etat des lieux :

- Cassandra PIRON, Experte sociale, Service des Tutelles, Cassandra.PIRON@just.fgov.be

Atelier 1 : « Réseau en santé mentale, une approche intersectorielle » - REALISM et MOBILEA

- Christel NIHOUL, Interface MobiLea, Christel.Nihoul@citadelle.be
- Stéphanie HALIN, Coordinatrice de réseau & Coordinatrice locale pour les soins psychologiques de première ligne, REALISM, stephanie.halin@realism0-18.be

Atelier 2 : « Vie en centre et santé mentale » - Centre CARDA

- Margarida SILVA, Psychologue, Centre CARDA, margarida.silva@croix-rouge.be
- Bruno Cabral, Responsable du service MeNA, Croix-Rouge de Belgique, bruno.cabral@croix-rouge.be

Atelier 3 : « Ethnopsychologie et psychiatrie » - SSM ACCoLADE

- Benjamin DE ROUBAIX, Directeur thérapeutique (pédopsychiatre), b.deroubaix@isosl.be
- Virginie KOLELA, psychologue clinicienne dans l'équipe enfant et adolescent, SSM Accolade v.kolela@isosl.be

Atelier 4 : « Santé mentale et milieu scolaire » - CPMS

- Fanny IULIANO, Auxiliaire psychopédagogique, Centre PMS 2 Ville de Liège, fiuliano@ecl.be
- France HENRY, Conseillère psychopédagogue Centre PMS Traversière, fhenry@pmstraversiere.be

**Etat des lieux : Cassandra PIRON, Experte sociale, Service des Tutelles
(présentation PowerPoint en annexe) :**

Le Service des Tutelles est joignable par toute personne via son numéro de permanence : 078 15 43 24 ou son adresse email : tutelles@just.fgov.be.

Ce service travaille selon le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant, de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant (CIDE, 20 novembre 1989), repris dans la loi tutelle.

Il regroupe chaque mois un ensemble de chiffres concernant notamment :

- Les signalements, principalement par l'Office des Etrangers
- Les principales nationalités : afghans, érythréens, syriens, marocains et algériens
- L'âge au moment du signalement : majoritairement entre 16 et 17 ans, même s'il y a des changements et qu'on constate une évolution du nombre de jeunes âgés de 11 à 15 ans. Ce sont principalement des garçons mais il y a une augmentation du nombre de filles.

Pourquoi et comment les MeNA viennent en Belgique ?

- Pour des raisons économiques, une vie meilleure
- Suite à des persécutions, des guerres ou un mal-être, lorsqu'il n'y a pas d'avenir
- Des jeunes mandatés par la famille
- Des jeunes qui ne font que passer par la Belgique
- Des jeunes victimes de traite et de trafic

Ils viennent par tous les moyens possibles, avion, train, bus, bateau, etc.

La définition d'un MeNA, c'est un.e jeune qui a/est :

- Moins de 18 ans
- Non accompagné par parent ou tuteur
- Ressortissant.e d'un pays non-membre de l'Espace Economique Européen (28 pays de l'UE + Norvège, Liechtenstein et Islande ou situation spécifique de vulnérabilité)
- En demande de protection internationale ou ne remplit pas les conditions d'accès et de séjour au territoire

Deux phases du processus de tutelle :

- **Prise en charge du service des Tutelles**
Recevoir et traiter les signalements (7 jours sur 7)
Prendre contact avec les autorités compétentes pour l'accueil (FEDASIL ou les Communautés)
Identification (test d'âge)
- **Désignation du/de la tuteur.rice.**
La désignation sera plus rapide dans le cas d'une grande vulnérabilité du/de la jeune.

Il existe des tuteur.rice.s volontaires, privé.e.s indépendant.e.s/en société ou employé.e.s. Ils/elles ont différentes missions légales dont les trois principales sont :

- Être le/la garant.e du bien-être général de l'enfant ;
- Être le/la représentant.e légal.e de l'enfant ;
- Travailler à une solution durable dans l'intérêt de l'enfant.

Ces missions sont définies par le Service des Tutelles dans les Directives générales pour les tuteurs.

Le/la tuteur.rice a des contacts réguliers avec le/la mineur.e et s'entretient avec lui/elle afin de développer une relation de confiance. Au niveau de la santé mentale, il/elle veille à ce que le/la mineur.e reçoive un soutien psychologique et des soins médicaux appropriés (art. 10 §1 Loi).

- Les MENA ont un risque plus élevé de subir des traumatismes (avant et/ou pendant leur voyage, déracinement et rupture avec leur milieu familial). Le/la tuteur.rice est attentif.ve aux signaux ou plaintes du/de la jeune et oriente le/la jeune vers le/la médecin du centre.
- Les soins médicaux classiques sont pris en charge par les centres d'accueil (Fedasil ou Croix Rouge).
- Les MENA ont droit à une assurance maladie invalidité. Le/la tuteur.rice doit inscrire le/la mineur.e à la mutuelle (à partir du 3ème mois de scolarité).
- Le/la tuteur.rice prend contact avec les services d'aide professionnels (asbl Solentra, asbl Exil, Ulysse et autres services de santé mentale...).

Le/la tuteur.rice exerce ses missions sous le contrôle du service des Tutelles et du/de la juge de paix. La tutelle prend fin :

- Lorsque le/la mineur.e atteint l'âge de 18 ans
- Lorsque le/la mineur.e a été confié.e à la personne qui exerce l'autorité parentale ou la tutelle - Le/la tuteur.rice informe le service des tutelles de la présence d'un parent en Belgique
- En cas de décès, d'émancipation, d'adoption, de mariage
- En cas d'éloignement du/de la mineur.e du territoire
- En cas d'obtention de la nationalité belge
- En cas de disparition du/de la MENA - Signaler la disparition à la police locale et éventuellement Child Focus
- Lorsque le/la mineur.e, ressortissant.e d'un pays membre de l'Espace économique européen ou de la Suisse, ne se trouve plus dans une situation vulnérable

Atelier 1 - « Réseau en santé mentale, une approche intersectorielle » - REALISM et MOBILEA (Présentation Powerpoint en annexe)

Le Réseau REALISM : Le réseau d'aide et de soin pour le bien-être et la santé mentale pour enfants et adolescents (0-23 ans inclus) en province de Liège

Il rassemble tous.les les professionnel.le.s concerné.e.s par le bien-être et la santé mentale des jeunes, de la promotion de la santé au rétablissement, ainsi que les associations de proches et d'usager.ère.s. C'est un réseau intersectoriel dans lequel on retrouve :

- Les soins spécialisés en santé mentale (ex : pédopsychiatres, SSM, hôpitaux, ...) ;
- L'aide aux personnes, l'action sociale et les soins de santé (ONE, PSE, médecine de première ligne, pédiatrie, services sociaux, aide à la jeunesse, AViQ branche handicap, urgences, soutien à la parentalité) ;
- La société (enseignement, formation, culture, loisirs, sport, accueil de la petite enfance, justice, police).

Il existe un Comité de Réseau Stratégique, qui :

- Est intersectoriel ;
- Est représentatif des 3 zones de soin (Liège, Verviers, Huy-Waremme) ;
- Valide les décisions ;
- Est reconnu par le SPF Santé Publique.

Il est assisté par la coordination de réseau, les pédopsychiatres de réseau, les comités (Comité des Employeurs, Comité de Financement) et les groupes opérationnels (Mise en Réseau/GOMER & Aide et Soin/GOAS).

REALISM n'est pas une entité administrative. Le réseau fonctionne avec des employeur.euse.s qui mettent à disposition du personnel pour travailler dans le réseau, pour le réseau.

Différents dispositifs sont mis en place pour renforcer l'offre locale et soutenir les partenaires :

Les projets chantiers

En 2022, le SPF Santé Publique libère une enveloppe pour le renforcement de l'offre de soins spécialisés pour enfants et adolescents en Belgique sur base du constat d'un manque de lits pédopsychiatriques. Or, un moratoire empêche d'augmenter le nombre de lits pédopsychiatriques en Belgique.

Les projets en province de Liège :

- Renforcement des maternités
- Renforcement des lits pédopsychiatriques à raison d'1 ETP/8 lits
- Création de 3 centres de jour pour adolescents
- Renforcement de l'équipe mobile "sur la route"
- Création de 3 équipes mobiles double diagnostic 0-5 ans
- Renforcement du pôle Case Manager

MOBILEA

Equipe pluridisciplinaire en santé mentale (sur toute la province de Liège).

Critères d'inclusion de Mobilea :

- Enfant et adolescent.e de 0 à 18 ans (jusqu'à 23 ans, si suivi antérieur)
- Problématique en santé mentale
- Immobilisme (aller vers un.e jeune qui ne va pas vers la santé mentale)

Comment faire une demande :

- Par téléphone avec l'interface (tout professionnel, familial, jeune)
- Analyse de la demande, lien avec le réseau, réorientation ou validation EM
- Essentiellement par téléphone et participation aux réunions Mobilea
- Un seul numéro pour les demandes : 0499/51.91.28 (répondeur)

Si la demande est validée :

- Soit orientation de crise : plutôt externalisation des symptômes (TS - mise en danger grave, changement de comportement) - intervention rapide (dans la semaine qui suit la demande), intensive (au min 1 fois semaine) - court terme (1 mois - renouvelable 2 fois). Objectif : apaiser la crise - permettre à la famille de comprendre le sens des symptômes - prendre conscience des difficultés et besoins du jeune et de la famille – etc.
- Soit orientation de longue durée : plutôt internalisation des symptômes (jeune replié.e sur lui/elle-même) - intervention 3 mois (renouvelable 2 fois) - rythme plus adapté (toutes les 2 semaines en moyenne) accroche avec le/la jeune et la famille (plus long car situation plus enkystée) - Refaire confiance ! - aider à prendre conscience des freins qui ont mis en difficulté (« en échec ») le réseau - sortir le/la jeune de l'isolement à favoriser la mobilité psychique et la remise en mouvement – etc.
- Soit orientation vers les équipes spécialisées : périnatalité ; double diagnostic (jeune avec déficience modérée à sévère et trouble de santé mentale associé ; médico-légal (jeune avec dossier 56 - juge de la jeunesse - travaille uniquement sous mandat.)

Types d'interventions				
	Intervention de l'équipe EMU	Intervention du pôle Crise Durée d'intervention 3 mois (1 mois renouvelable 2 fois) Intervention dans les 48h	Intervention du pôle Langue Française Durée d'intervention 9 mois (3 mois renouvelable 2 fois)	Intervention du pôle Double Diagnostique
Antennes « Généralistes » 0-18 (23)	Une seule équipe Province de Liège	Antenne Huy-Waremme Antenne Liège Antenne Verviers	Antenne Huy-Waremme Antenne Liège Antenne Verviers	Une seule équipe Province de Liège
Spécialités	/////	Perinat et 0-3 ans	Médico-Légal Périnatalité et 0-3 ans	/////
ETP	3 ETP	13,5 ETP	10,5 ETP	2,5 ETP

Equipe EMU (Equipe Mobile Urgence)

- Nouveau (mise en œuvre fin 2023) – pour renforcer les services d'urgence des hôpitaux périphériques pour les jeunes entre 0 et 18 ans.
- Interpellable par les services d'urgence qui réalisent le 1^{er} accueil
- Intervention dans la journée ou le lendemain matin (horaire de jour)
- Coordonnées : 04/321.83.98 – emu@citadelle.be

Soins psychologiques de première ligne

- Une offre complémentaire à ce qui existe déjà
- Une offre intégrée dans les réseaux
- Public vulnérable, problématiques légères à modérées
- Depuis janvier 2024, entièrement financé par l'INAMI jusqu'à 23 ans inclus (et donc gratuit pour les familles)

Les missions du psychologue* conventionné

**Psychologue, Neuropsychologue, orthopédagogue clinicien*

FONCTION 1
Interventions communautaires

- Grands groupes
- Avec ou sans demande de soins explicites
- Selon les besoins
- Résilience, soutien, psychoéducation

Le nombre de séances n'est pas limité

FONCTION 2
Soutien psychologique de première ligne

- Courte durée
- Problématique légère à modérée
- Séances individuelles
- OU séances en petits groupes
- Promotion de la santé mentale, résilience, psychoéducation, prévention et/ou détection précoce de problèmes psychiques.

• Max 10 séances individuelles
• Pas de limite pour les séances de groupe

FONCTION 3
Traitement psychologique de première ligne

- Séances individuelles
- OU séances en petits groupes
- Traitement à court terme

• Max 20 séances individuelles, avec une moyenne de 10 séances
• Pas de limite pour les séances de groupe

Financé par l'INAMI à 100% -> jusqu'à 23 ans inclus

Mission de soutien aux prestataires d'aide et de soin de première ligne

Travail en lieu d'accroche
Lieu fréquenté par les jeunes et les familles, non connoté santé mentale

COORDONNÉES DES COORDINATEURS LOCAUX

R.E.A.L.I.S.M. Province de Liège 0-23 ans inclus

Stéphanie HALIN, Camille VANDE CRAEN, Louise MOOS & Florence Guiliams

Coordonnées : <https://realism0-18.be/contact/>

Répertoire : <https://realism0-18.be/soins-psychologiques/>

PSY-FUSION LIEGE Liège-Huy-Waremme 15 ans et +

Stéphane HOYUX et Caroline JANSEN

ppl.coordination.hoyoux@psy107liege.be
0499/538.976

ppl.coordination.jansen@psy107liege.be
0492/084389

<https://psyfusionliege.be/>

NETZWERK MENTALE GESONDHEIT OOSTBELGIËN Communauté germanophone Toutes tranches d'âge

Anja BOFFENRATH

0487/87.47.87

<https://www.mentale-gesundheit.be/erste-linie-psylogen/einen-psychologen-finden/>

RÉSME Verviers 15 ans et +

Jonathan BOUVY

jonathan.bouvy@resme.be
0472/98.96.98

<https://www.resme.be/fr/trouver-un-psychologue.html>

Quel accompagnement pour les MeNA ?

- Par les psychologues conventionné.e.s
- Par MobiLea
- Par d'autres partenaires du réseau

La détection et l'intervention précoce des difficultés de santé mentale chez les jeunes permet un meilleur accompagnement et diminue le risque de voir la problématique de santé mentale devenir chronique et complexe. Or, certains partenaires font le constat que, dans la première année qui suit l'arrivée des MENA, ceux/celles-ci sont dans des préoccupations liées à leur survie et sont peu disponibles pour poursuivre une scolarité en Belgique, et encore moins pour bénéficier d'un soutien psychologique.

Certain.e.s jeunes vivent en semi-autonomie en ILA et vivent des situations de crise, ce qui les empêche d'adhérer à un suivi. Une équipe mobile de crise peut être aidante dans ce type de situation, où le/la jeune nécessite des soins psychologiques mais ne parvient pas à "aller vers" et à s'inscrire durablement dans un suivi. Un problème de santé mentale peut être un frein à l'autonomie d'un.e jeune.

Atelier 2 - « Vie en centre et santé mentale » - Centre CARDA

Vidéos :

- > Bienvenue dans un centre : <https://youtu.be/aZglDNosdhs?feature=shared>
- > Carda, c'est quoi ? : https://youtu.be/HNKauxTWggE?si=NKbieNtRhv0_Mtsr

L'accueil des demandeurs de protection internationale est régi par :

- La Loi 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- La Loi Accueil 2007
- Les normes minimales pour l'accueil
- La Loi de tutelle

Quand un centre d'accueil ouvre une aile MeNA, il faut qu'elle réponde aux normes. Un accompagnement spécifique doit être proposé aux jeunes : vie quotidienne, scolarité, sécurité, autonomie, etc. Et aussi, un accompagnement du projet du/de la jeune, quel que soit ce projet (DPI, regroupement familial, transmigration, vivre dans l'illégalité sur le territoire, etc.). Il faut donc l'informer de manière exhaustive.

La taille des groupes varie : les ailes MeNA dans les centres d'accueil de la Croix-Rouge accueillent entre 16 et 24 jeunes idéalement (sauf à Uccle qui est un centre uniquement MeNA). Dans les centres Fedasil il y a 40 jeunes/aile en moyenne actuellement. Les normes prévoient que les ailes MeNA soient séparées de celles des adultes. Un service médical et social est proposé dans le centre.

On observe que le parcours d'exil est de plus en plus violent : 9/10 filles ont subi des violences sexuelles durant le parcours d'exil. Selon MSF 80% des jeunes subissent des violences sexuelles, un enfermement arbitraire, des violences commises par des adultes, etc. Cela entraîne des traumatismes, une méfiance vis-à-vis de l'adulte et d'autres problématiques de santé mentale. De plus, une majorité de jeunes ont des mandats : économique, scolarité, regroupement familial, etc. Ils vivent donc une énorme pression familiale.

Les nationalités les plus présentes dans les signalements sont : Erythrée, Afghanistan, Syrie, Maroc, Algérie. Parmi ceux-ci, 25% des signalements sont des jeunes non-demandeurs de protection internationale qui ont donc des besoins spécifiques. Ils sont présents de manière illégale sur le territoire mais ont droit d'accueil jusqu'à leurs 18 ans. Les principaux pays d'origine sont : Algérie, Maroc, Guinée. Ces jeunes ont un ensemble de vulnérabilités : assuétudes, santé mentale, etc.

CARDA (Centre d'Accompagnement Rapproché des Demandeurs d'Asile)

Ce centre est né en 2007 car la Croix-Rouge a constaté plusieurs vulnérabilités au sein du public auxquelles les centres ne pouvaient pas répondre. Le centre CARDA possède 40 places pour des familles, hommes et femmes isolé-e-s. L'accueil est résidentiel à partir de 18 ans. Il offre également un soutien aux équipes des centres. Son équipe est composée de 23 collaborateurs-rices (psy, médecins, infirmiers-ères, éducateurs-rices, comptable, direction...). C'est le seul centre de ce type en Fédération Wallonie-Bruxelles. Le public accueilli est DPI et volontaire. Une fois qu'une personne obtient un titre de séjour, elle a accès au système belge.

Deux missions :

1. Accompagnement thérapeutique des résident-e-s.
2. Soutien aux équipes (expertise spécifique) via :
 - Le Helpdesk santé mentale : un numéro helpdesk est disponible pour tout le réseau et les partenaires (0499/71.62.69, LU – VEN 9H30 à 16H30)
 - Des formations
 - Des équipes mobiles (pas dans l'objectif de faire un suivi en ambulatoire mais d'apporter un soutien à l'équipe du centre et d'évaluer la situation)
 - La diffusion du 4A4 : brochure d'informations sur différentes thématiques

Modalités d'intervention :

1. Suivi en résidentiel : suivi psychologique 1x/semaine avec interprète. Un.e éducateur.rice référent.e s'occupe de suivre les ateliers. Par exemple, 1x/semaine, un atelier cuisine est organisé avec l'ensemble des résidents.es. C'est un moment de partage très important. Pour chaque résident.e, un plan thérapeutique individuel est mis en place, où l'on fixe des objectifs. Il est évalué au bout de 3 mois, prolongeable encore 3 mois. Après 3 ou 6 mois, le lien thérapeutique étant déjà créé, on peut aussi prolonger avec un retour au centre mais un suivi ambulatoire et/ou centre de jour. Les MeNA n'ont pas accès au résidentiel.
2. Ambulatoire : pour les MeNA également, même si la question des trajets peut être problématique. Les personnes peuvent venir 2x/mois. Quand une personne a obtenu un statut, on continue parfois le suivi en ambulatoire durant une période brève pour soigner la transition.
3. Centre de jour : la personne peut venir à CARDA pour participer à des activités et suivre ses rendez-vous psychologiques. C'est aussi disponible pour les MeNA.

Les centres d'accueil CR, Fedasil et partenaires peuvent remplir le document de demande d'intervention au Centre CARDA. Un psychologue est alors désigné. Il y aura 2 rendez-vous minimum pour l'évaluation et l'analyse de la demande. Si c'est pertinent, on décide de la

modalité d'intervention. Le centre peut refuser certaines situations, par exemple, si le/la résident.e est en décompensation psychiatrique ou s'il y a un problème d'assuétudes que la personne ne veut pas prendre en charge.

Le centre CARDA n'est pas un hôpital psychiatrique mais ce sont les personnes les plus vulnérables du réseau qui y sont accueillies. C'est un petit centre qui essaye de créer ce sentiment de sécurité et d'écoute dont les personnes ont besoin, avec une équipe multidisciplinaire.

En effet, le parcours migratoire peut engendrer des traumatismes complexes. On peut considérer que toutes les personnes sont traumatisées à cause de différents facteurs (violence, rupture pays d'origine, etc.). Certaines font preuve de beaucoup de résilience mais elles n'ont pas toutes la même réaction face à un « même » événement vécu. Les personnes ont besoin qu'on leur explique ce qui leur arrive. Par exemple, un MeNA qui nous dit qu'il devient fou doit entendre qu'il s'agit d'une réaction 'normale' face à un vécu qui ne l'est pas.

Le centre CARDA fait face à plusieurs freins :

- Croyance répandue que les psychologues sont des médecins pour les fous. Il y a la nécessité de déconstruire les projections sur la santé mentale et de s'adapter au langage des personnes accompagnées : « cœur cassé ».
- L'offre est fort différente selon la zone géographique.
- Ruptures vs suivi et continuité des soins (lors d'un déménagement par exemple).

Spécificité de l'accompagnement des jeunes et MeNA:

- Ce sont des adolescents en pleine construction identitaire, qui veulent faire leurs expériences mais ils/elles sont seul.e.s, sans parents, et dans des environnements parfois peu sécurisants pour vivre cette période de leur vie.
 - Ces jeunes emportent avec eux/elles tout leur parcours, leurs expériences (rupture avec le pays et la famille, les raisons qui ont poussé au départ, deuil, traumatismes, etc.).
 - L'accompagnement psychologique n'est pas la seule réponse thérapeutique, c'est tout autour du/de la jeune qu'il faut que les personnes qui l'entourent créent du lien. Tout.e collaborateur.rice peut être tuteur.rice de résilience. Les jeunes ont besoin de créer ce lien. Le lien a une véritable portée thérapeutique et il y a un rôle multifactoriel de l'encadrement : redonner confiance en l'adulte, créer ce lien qui soigne l'autre, etc. Besoin du 'cure' et du 'care', être présent à leur côté avec notre humanité.
 - Pouvoir adapter son approche : travailler le groupe (approche collective) et l'individuel. Apporter à chacun.e ce dont il/elle a besoin. Les jeunes ont conscience des difficultés individuelles et peuvent accepter les différences de traitement entre eux/elles.
- > Tenir compte des besoins du/de la jeune. Attention à ne pas se frustrer et à ne pas être dans

une posture de rejet parce qu'un.e jeune refuse l'aide pendant un temps. C'est important de respecter la demande et le rythme de la personne.

- Privilégier une approche restauratrice et préventive.
- Travailler en collaboration avec le/la tuteur.rice.
- Laisser le temps au/à la jeune de se poser. Ne pas amener le suivi thérapeutique de manière très abrupte dès l'arrivée au centre sans ne plus y revenir ensuite.
- Prendre aussi le temps d'un 1^{er} rendez-vous pour expliquer le travail du/de la psychologue, ce qu'est le traumatisme. Permettre au/à la jeune d'être accompagné.e d'une personne de confiance si nécessaire.
- Les jeunes fonctionnent avec une logique coût-bénéfice : créer un lieu d'accroche, un lien de résilience... Amener ce qu'on peut amener avec les limites institutionnelles qui sont la nôtre.
- Préparer et soigner les transitions. Quid de l'accompagnement lorsqu'ils/elles ont un statut et qu'ils/elles vivent seuls ? D'autres asbl peuvent prendre le relais en 4^{ème} phase : Mentor Jeunes, Live In Color, Duo for a job, Droits des jeunes, etc.

Contacts :

> **Helpdesk CARDA** : 0499/71.62.69, LU → VEN 9H30 à 16H30

> **Helpdesk Coordination MeNA CR** : ada.mena@croix-rouge.be ou 0491/37.71.21, LU → VEN 9H00 à 17H00 (sauf le mercredi matin).

Atelier 3 « Ethnopsychologie et psychiatrie » - SSM ACCoLADE

La posture générale est d'être attentif.ve à l'adaptation du système de soins en santé mentale aux jeunes, et non l'inverse. L'adéquation entre besoins et réponses apportées par nos services ne va pas de soi, nous sommes dans l'obligation d'innover et d'adopter une posture créative.

L'ADN du soignant en santé-mentale étant de fournir de l'aide, le risque est de glisser vers une attitude stigmatisante face à des jeunes qui, du fait de leurs multiples particularités (socio-culturelles, psychopathologiques, développementales) ne parviennent pas à se saisir de l'aide telle qu'elle est proposée. Dès lors qu'il/elle ne nous permet pas d'effectuer notre travail et rejette ou se détourne de l'aide proposée, il/elle prend la figure du/de la « mauvais.e jeune », qui « ne veut pas s'en sortir », etc.

Nous proposons une lecture déstigmatisante de ces jeunes. Qu'est-ce qui peut expliquer ce « refus » de l'aide proposée, ou cette difficulté à s'y inscrire dans la continuité ?

Sont cités et mis en avant les facteurs explicatifs suivants :

1) L'aspect confrontant des consultations psychologiques, qui va à l'encontre d'un des symptômes majeurs du trauma, à savoir l'évitement. **L'évitement** est à la fois une défense et un des effets involontaires du trouble de stress post-traumatique. Dans les pathologies du stress et du trauma (pathologies principales des MeNA), le fait de se raconter constitue à la fois une injonction dans le cadre des procédures de demande de protection internationale et de régularisation et une menace d'un point de vue psychique. Pour les jeunes, se voir proposer comme une aide une situation de « récit », similaire à celle des auditions auprès des autorités est contradictoire et insécurisant.

Ajoutons à ces freins la dimension culturelle, qui connote la santé mentale, au mieux comme un aspect superflu, ou pire, comme stigmatisant face aux représentations attachées à la maladie mentale, à la folie, etc.

Les jeunes dont il est question ont à gérer le double défi de la différence culturelle et du traumatisme à une période de développement où l'enjeu identitaire est très présent, et ce en dehors de leur groupe d'appartenance. La question est de voir comment ne pas stigmatiser la non-demande d'aide ou son refus.

Ceci nous invite à travailler la demande du/de la jeune en amont de la prise en charge psy, dans les services de première ligne (centres d'accueil, PMS, etc.)

2) La mise à mal de **la relation de confiance** à l'adulte est une autre entrave qui nécessite un travail continu et en « bordure du cadre psy ». Les traumatismes, généralement intentionnels, vécus par les jeunes depuis leur pays d'origine, durant leur trajet d'exil et parfois à l'arrivée en Europe, a laissé des traces dans leur capacité à faire confiance dans l'adulte. Ces jeunes craignent également d'être marginalisés auprès de leur pairs et/ou de leur communauté d'origine.

3) La santé mentale ne doit pas être réservée aux systèmes de santé spécialisés (SSM, Carda, psy...). Elle gagne à être prise en charge de manière diffuse dans les différents lieux de vie des jeunes (école, centre d'accueil, associations). Ceci est congruent avec le modèle de la pyramide de réponses en santé mentale :



A titre d'exemple, le collectif UMOYA à Bruxelles propose une **porte d'entrée collective**. Ils proposent un **travail de lien** important. Les jeunes rencontrent les thérapeutes dans des ateliers. Par ce biais et la création d'un lien de confiance, la prise en charge individuelle peut suivre. Est aussi mentionnée la **Pair-aidance**, moyen par lequel les jeunes peuvent être guidé.e.s par la

communauté du/de la jeune, ils/elles se donnent des conseils. Mobilea relève le refus de leur intervention de la part de certain.e.s jeunes, invitant les professionnels à d'autres modalités de prise de contact, de développement et de maintien du lien.

L'importance de laisser au/à la jeune un maximum de maîtrise et de reprise de contrôle sur sa vie, ainsi que de lui rendre son espace d'intimité, en lui permettant de ne pas tout dévoiler et raconter. En effet, ils/elles en ont souvent été privés.

La question de l'**interprétariat** est également soulevée, avec parfois un.e interprète qui suit le jeune face à plusieurs professionnels.le.s (frein vs facilitateur). Parfois le fait d'avoir un.e interprète par téléphone peut faciliter les choses.

La notion d'**anonymat** est aussi questionnée, ainsi que celle du **consentement** lors du partage d'informations entre professionnels.

4) Le **lieu de délivrance des soins** est aussi questionné durant cet atelier. Un membre d'un centre d'accueil Fedasil souligne l'impact positif lorsque le/la pédopsychiatre ou le/la psychologue se rendent sur place, dans le centre, au plus près du/de la jeune pour qui se déplacer en rendez-vous à un moment donné constitue un frein important. La confiance du/de la jeune est plus grande car le/la professionnel.le s'est déplacé.e, est venu.e vers lui/elle pour le/la trouver **dans son cadre de vie**.

A l'opposé, dans d'autres cas, le fait de se déplacer, d'aller ailleurs, permet de déposer dans un **autre lieu** les difficultés et de sortir un peu plus aisément du problème. « *Mes problèmes sont dans votre bureau et plus dans ma chambre* ». L'éloignement géographique permet dans ces cas-là une mise à distance psychique. Cela permet aussi de réduire l'aspect « totalisant » du centre d'accueil, lequel assume déjà le logement, la nourriture, la gestion socio-administrative et médicale en permettant la différenciation avec le psychologue/Psychiatre.

L'accompagnement psychologique pourrait ainsi se déployer en deux temps, via une première accroche dans le lieu de vie des jeunes puis en l'invitant à venir au Service de santé mentale.

5) Les **comportements de mise en danger** ont été abordés. La difficulté des jeunes à refaire confiance peut être travaillée avec son éducateur.rice référent.e, ou un.e autre adulte avec qui un lien est déjà présent. En accompagnant le/la jeune chez le psy, quand et s'il/elle en fait la demande, la création du lien avec lui/elle peut être facilitée.

6) Le fait d'utiliser un média et de ne pas se centrer uniquement sur la parole est également un élément de réponse. Et au-delà, le fait d'avoir un espace permettant le développement de liens plus informels est perçu comme nécessaire pour travailler avec ce public. C'est souvent dans les

moments de partage informels que les jeunes s'autorisent à questionner les adultes et à se livrer à eux. La réduction de l'asymétrie entre le/la jeune et le/la professionnel.le est valorisée. Permettre au/à la jeune de quitter une posture de « demandeur.euse d'aide » lui permettra de pouvoir renouer avec ses ressources et de lui/elle-même expérimenter le fait de donner, de questionner l'adulte et de reprendre un rôle valorisant. Ils/elles peuvent dès lors quitter le triangle de Karpman Bourreau/Victime/ Sauveur.

L'utilisation de la musique, par exemple, a été mentionnée par plusieurs participants, ainsi que l'organisation de moments festifs permettant aux jeunes une mise en valeur de leur culture (via la nourriture, la musique et la danse...). Ils/elles se trouvent alors dans une posture de transmettre quelque chose.

De la même manière, leur permettre d'organiser eux/elles-mêmes les activités leur permet de reprendre du pouvoir d'action et sortir du rôle de « victime ».

Faire appel aux ressources de la culture d'origine peut aussi être une façon de rendre la personne active dans son parcours de soins, elle peut décider de « ce qui fait soin » pour elle. Certaines pratiques culturelles traditionnelles peuvent lui apporter un soulagement qu'on ne considérerait pas proprement thérapeutique. Il faut pouvoir sortir de nos conceptions.

7) L'importance de **temps de recul pour les intervenant.e.s** via des moments de réflexion/supervision et nécessité de sortir d'un sentiment d'urgence à agir. C'est en valorisant un temps de « lenteur réflexive » que les équipes peuvent se dégager de dynamiques relationnelles conflictuelles et figées rejouées par les jeunes au sein des équipes.

8) Au niveau scolaire, l'idée **d'aménagements raisonnables** et la nécessité de laisser la possibilité aux MeNA d'être des ados comme les autres est aussi mentionnée.

A l'inverse, il ne faut pas non plus oublier que même s'ils/elles sont mineur.e.s, les jeunes ont un droit de regard sur les informations les concernant et que la construction d'un réseau de professionnel.le.s le plus large possible autour de ces jeunes reste leur meilleure garantie d'autonomie.

L'atelier s'est voulu être une mise en abîme des difficultés et obstacles aux soins souvent observés par le public plutôt qu'un exposé où seraient données des solutions « clé sur porte ». L'idée qui est ressortie de façon générale est de sortir des positions figées et de s'adapter à chaque jeune au cours de son accompagnement.

Atelier 4 : « Santé mentale et milieu scolaire » - CPMS

Vidéo de présentation des PMS (qui existe dans plusieurs langues)

1. Cadre des Centres Psycho-Médico-Sociaux
 - Secret professionnel
 - Indépendance vis-à-vis de l'école
 - Accompagnement sur base volontaire
 - Travail en équipe pluridisciplinaire
 - Gratuité
 - Toutes les demandes sont accueillies (demandes spontanées par les jeunes, mais surtout via les équipes éducatives)
 - Mission d'un service de première ligne, pas mandaté pour faire de la thérapie mais plutôt comme un médecin généraliste, pour diagnostiquer le problème et envoyer vers un spécialiste. Dans les faits on garde fréquemment des suivis à plus long terme vu les difficultés de réorientation.
 - Aspect famille important, on ne travaille pas qu'avec le/la jeune.

2. Particularités du travail avec les MeNA, santé mentale et scolarité

- Impact du trauma sur la sphère scolaire et les apprentissages

Le parcours migratoire et les expériences qui sont liées, sont très souvent ponctués d'événements traumatisants (nombre d'agressions élevé durant le voyage). Les symptômes qui apparaissent et peuvent être observés à l'école sont nombreux : maux de tête, addiction, jeux en ligne, idées suicidaires, etc. L'état émotionnel des jeunes implique un travail avec l'école sur les attentes des enseignants, pour les sensibiliser sur les difficultés des jeunes et le sentiment de sécurité à créer. Le premier défi est la présence des jeunes à l'école, des aménagements sont à envisager pour créer ce sentiment de sécurité.

Spécificité de la classe DASPA : c'est un dispositif d'accueil et de socialisation. Accueil qui doit dépasser le côté normatif tel que le décompte des absences, les envoyer à l'étude si on n'a pas le matériel, etc. Il faut aussi développer les marqueurs temporels et visuels (utilisation des pictogrammes pour les toilettes, les bureaux).

Le PMS peut aider les profs à comprendre qu'il s'agit de problème de communication et à développer une autre lecture de leur comportement, qu'il n'y a pas forcément de volonté de la part de ces jeunes à défier l'autorité des profs. Le trauma met le cerveau du jeune en mode « hyperadolescent ».

- Quand le/la jeune est en insécurité majeure et en état de choc, il lui est impossible de se projeter dans l'avenir. Leur demander ce qu'ils/elles veulent faire plus tard est totalement vain. Leurs fonctions exécutives sont en panne (cerveau préfrontal – dvt) et ils/elles n'ont

pas de filtre au niveau émotionnel, donc pas d'anticipation des risques et il est donc inutile de les avertir des conséquences.

- Les distracteurs ne sont plus tenus en laisse (job du cerveau pariétal), l'interférence l'emporte sur la focalisation. Cela implique la difficulté de concentration.
- Les récepteurs de dopamine liés à la récompense immédiate sont intenses à l'adolescence. Tout paraît lourd s'il n'y a pas de récompense immédiate, « la flemme ».
- Mémoire à l'adolescence : exceptionnelle, surtout la mémoire épisodique. Dans le trauma, les images traumatiques sont indécrochables !
- Inversion des rythmes de sommeil : le rythme de l'école n'est pas toujours en phase.
- Atteinte inhibition et flexibilité : faible mémoire verbale, pas d'encodage des mots.
- Mémoire associative : pas d'intégration, pas de lien.
- Encodage : les nouvelles informations sont très peu prises, c'est plutôt la mémoire à long terme qui est davantage sollicitée, la mémoire s'organise sur le repli.
- **La vraie chance, c'est de pouvoir rester dans le groupe. Pas encore la chance, le plaisir de pouvoir rester assis sur une chaise, de maîtriser ses tables de multiplication.**
- Timing dans la prise en charge de la santé mentale : tendance à vouloir travailler le trauma de manière urgente or ce n'est pas possible s'il n'y a pas de sécurité installée au préalable. Il faut éviter de réactiver le trauma, ne pas aller sur ce terrain si le/la jeune n'y va pas lui/elle-même.

- Défi lié au parcours d'accueil

Les réalités sont multiples, le/la jeune peut se retrouver seul.e ou avec d'autres jeunes, dans la famille éloignée ou dans un centre. Il y a l'incertitude de l'avenir, la peur de recevoir un refus. Tout cela implique la nécessité de créer une collaboration avec un réseau comprenant des intervenants spécialisés dans la prise en charge de jeunes issus d'autres cultures : Caritas, SAM asbl, Tabane, SSM Accolade, Live in color, Interra. Le travail en réseau est nécessaire.

- Particularité du travail dans un contexte de diversité culturelle très importante

Actuellement, les écoles accueillent beaucoup de jeunes venant d'Amérique du sud, mais aussi les profils plus « classiques » des jeunes afghans, syriens, etc. Il y a une grande diversité entre ces jeunes qui se retrouvent dans les mêmes classes, mais qui sont aussi confrontés à la réalité culturelle belge. Ces jeunes font la découverte des règles de l'école, et souvent, en cas de sanctions, l'élève ne revient pas. Il faut donc pouvoir créer des adaptations et des repères en termes d'espace-temps : grille horaire adaptée, rituels de rentrée scolaire, de remise de bulletins (aménagés). C'est là que le rôle de l'éducateur.rice, qui travaille les problèmes relationnels au sein du groupe classe et sur le sentiment de sécurité, est essentiel.

Ces prises en charge impliquent pour les agents PMS de sortir de notre cadre de travail habituel, les codes de communication différents, par exemple parler des émotions n'est pas ok dans les

cultures de l'honneur. Il faut aussi souvent éviter d'évoquer le parcours migratoire qui est susceptible de faire émerger le trauma ou prendre en compte la notion de transfert du/de la jeune à l'égard des intervenants du PMS (rôle qui n'existe pas toujours dans le pays d'origine).

- Et après la classe DASPA (durée de 18 à 24 mois).

Les classes DASPA permettent un cadre plus souple mais ensuite, cette souplesse est plus compliquée à mettre en place (ouverture des enseignants, sentiment d'injustice par rapport aux autres de la classe, ...). La classe DASPA, c'est aussi un temps pour le/la jeune pour travailler son projet mais il/elle n'est pas forcément disponible pour ce travail, ou pas tout le temps.

Le problème qui se pose souvent est celui de l'apprentissage de la langue. Intégrer une nouvelle langue peut prendre un temps différent d'une personne à l'autre, il est important de respecter ce rythme et donner du temps plutôt que de sanctionner.

Le travail d'orientation est aussi un vrai défi. Il faut réfléchir à l'utilisation de nos outils habituels, tels que les tests de QI. Que faire des résultats qui ne permettent pas d'expliquer l'origine des difficultés et nous paraissent parfois connotés au niveau culturel. Face aux demandes des profs inquiet.e.s en termes de limites intellectuelles, d'orientation vers l'enseignement spécialisé, il faut savoir répondre non et recadrer les objectifs à poursuivre avec ces jeunes. Ce travail d'orientation nécessite de donner des infos sur les filières et les parcours scolaires mais attention à la difficulté pour le/la jeune de se projeter dans l'avenir. Ce n'est pas toujours assez concret. Une idée serait d'aller sur place avec eux/elles ou de faire appel à des ressources comme Cripel, Alterform, Forem, EFT... L'orientation est en lien avec la notion d'autonomie. L'objectif est de rendre le/la jeune acteur.rice de son projet et pas d'en faire un.e assisté.e.

Autres points d'attention liés à la particularité des situations des MeNA et de jeunes issus de l'immigration :

- Travail avec la famille à construire : tisser du lien, faire venir le parent vers l'école, communiquer (utilité des interprètes).

- Problématiques spécifiques : excisions des jeunes élèves guinéennes. Trauma versus banalisation car c'est perçu comme un rite de passage, appartenant à leurs traditions. Attention de ne pas intervenir avec nos jugements mais rejoindre le/la jeune dans sa réalité sans tomber dans le relativisme culturel et en tenant compte des lois.

- Situation de jeunes à la rue, venus dans le cadre d'un regroupement familial qui tourne mal. Que travailler en priorité ? Toute la sphère administrative prend le pas sur le reste (favoriser le travail en réseau, avec Point d'Appui par exemple). Il y a un vide au niveau des services ressources dans ces situations, un sentiment d'impuissance, de problème insoluble, on ne sait pas par où commencer d'autant que ces jeunes sont souvent en décrochage scolaire.

- Concernant le décrochage, à Liège, il y a un manque dans les possibilités d'orientation quand l'école n'est pas ce qui correspond au/à la jeune. Les formations des CISP et de la promotion sociale sont malgré tout de très chouettes possibilités pour de nombreux.ses jeunes.

Conclusions :

Atelier 1 :

- Être MeNA est une situation à risques pour la santé mentale. Une approche préventive est essentielle pour limiter les risques de voir des problématiques de santé mentale se dégrader et devenir chroniques.
- Les MeNA ont des préoccupations liées à l'adolescence comme n'importe quel jeune qui n'a pas le même parcours. Il est important de pouvoir en tenir compte également.
- Le travail en réseau est essentiel.
- MobiLea reçoit peu de demandes pour des situations de MeNA, car un circuit de soins est déjà organisé et leur permet d'avoir accès aux soins ; pour les situations qui le nécessitent, il est possible de faire appel à MobiLea.
- Les psychologues conventionnés ne peuvent faire de séances individuelles avec des MeNA car ils/elles ne disposent pas de NISS belge permanent. Ils/elles peuvent proposer des séances de groupe et des interventions communautaires. Ils /elles peuvent également proposer des missions de soutien (sensibilisation, formation) aux professionnels qui travaillent avec des MeNA.

Atelier 2

- Le parcours d'exil est de plus en plus violent. La grande majorité des jeunes subissent des violences, notamment sexuelles, durant ce parcours. Cela entraîne un ensemble de problématique de santé mentale, notamment des traumatismes et une méfiance à l'égard des adultes.
- Le centre CARDA a deux missions : l'accompagnement thérapeutique des résident-e-s et le soutien aux équipes. 3 modalités d'intervention : le suivi en résidentiel, l'ambulatoire et le centre de jour. Le public accueilli doit être DPI et volontaire.
- L'accompagnement psychologique n'est pas la seule réponse thérapeutique, l'ensemble des personnes qui accompagnent le/la jeune participent à son bien-être en l'entourant et en créant du lien. Sans cela, un accompagnement psychologique seul ne peut pas fonctionner.
- Laisser le temps au/à la jeune de se poser. Ne pas amener le suivi thérapeutique de manière très abrupte dès l'arrivée au centre sans ne plus y revenir ensuite.
- Tenir compte des besoins du/de la jeune. Attention à ne pas se frustrer et à ne pas être dans une posture de rejet parce qu'un.e jeune refuse l'aide pendant un temps. C'est important de respecter la demande et le rythme de la personne.

Atelier 3

Comment comprendre qu'un.e jeune refuse l'aide proposée afin de ne pas le/la stigmatiser ?

- Prendre en compte la stratégie d'évitement ainsi que l'image négative que peut avoir l'accompagnement psychologique dans certaines cultures.
- La perte de confiance en l'adulte.
- La nécessité d'envisager la prise en charge thérapeutique de façon plus large tant en termes d'acteurs que de méthodes.
- L'attention portée aux lieux de délivrance des soins.
- La possibilité d'accompagnement.
- Les moments et technique informelles, qui permettent au/à la jeune de reprendre une part active dans ses soins et son bien-être.
- L'importance de sortir de la prise en charge d'urgence.
- L'équilibre à trouver entre laisser ces jeunes être des adolescent.e.s et leur permettre d'être acteur/rice et autonomes.

Atelier 4

- L'importance du travail en réseau et de la triangulation.
- La nécessité pour les professionnel.le.s d'acquérir un certain savoir spécifique pour avoir une lecture des comportements des jeunes et des besoins spécifiques des MeNA.
- Sortir du cadre rigide de l'école.
- Ne pas oublier d'où vient le/la jeune et l'impact du trauma sur les apprentissages.
- Le fait que le timing de l'école n'est pas forcément en adéquation avec celui du/de la jeune.
- Sortir du cadre, être créatif, travailler la socialisation.