

Faculté de santé publique

**Santé mentale des mineurs étrangers non
accompagnés (MENA) en transition vers
l'âge adulte :**

**Etat des lieux et pistes de solution pour une
prise en charge adéquate**

Mémoire réalisé par
Alika Aka

Promoteur
Brice Lepière

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

**Santé mentale des mineurs étrangers non
accompagnés (MENA) en transition vers
l'âge adulte :**

**Etat des lieux et pistes de solution pour une
prise en charge adéquate.**

Mémoire réalisé par
Alika AKA

Promoteur
Brice Lepière

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

J'adresse mes remerciements à toutes les personnes qui m'ont apporté de l'aide pour la réalisation de ce mémoire.

Je tiens à remercier en premier lieu mon promoteur Monsieur Brice Lepièce pour sa disponibilité, ses précieux conseils, ses remarques et ses encouragements tout au long de la réalisation de ce mémoire, particulièrement dans les moments difficiles.

Mes remerciements s'adressent aussi à Madame Marie Dauvrin, qui a accepté d'être lectrice de ce mémoire.

Merci à tous les professionnels (psychologues, assistantes sociales et éducatrice) que j'ai pu contacter et qui ont répondu favorablement à la réalisation des entretiens semi-directifs. Merci pour vos réponses qui m'ont permis d'enrichir ce mémoire.

Mes remerciements vont également à ma famille, belle-famille et mes amis pour leur soutien et leurs encouragements, tout particulièrement à Goossens Marie-Pierre, Lequeux Maurice, Miezán Véronique et Aboua Joseph.

Enfin je remercie mon cher époux qui a fait preuve de beaucoup de patience, et qui s'est surpassé en prenant soin de notre petit Syméon pour me permettre d'avancer sereinement dans la réalisation de ce travail.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Tables des matières

Lexique

Introduction.....	1
A. Cadre théorique.....	5
1 Mineurs étrangers non accompagnés (MENA).....	5
1.1 MENA en transition vers l'âge adulte	5
1.2 Expériences vécues.....	5
1.2.1 Dans le pays d'origine.....	6
1.2.2 Sur la route de l'exil	6
1.2.3 L'arrivée en Belgique.....	7
1.3 Limites et insuffisances du système de santé dans l'encadrement des MENA souffrant de problèmes de santé mentale.....	9
1.4 Ressources disponibles pour aider les MENA (en transition vers l'âge adulte).....	10
1.4.1 Aide matérielle de Fedasil.....	10
1.4.2 Aide médicale urgente (AMU).....	11
1.4.3 Aide juridique.....	11
1.5 Quelques chiffres sur les MENA en Belgique.....	12
1.6 Législation belge et internationale.....	13
2 La santé mentale.....	14
2.1 L'état de santé mentale des MENA.....	14
2.2 Trouble de stress post-traumatique (PTSD)	14
2.3 Prévalence	15
2.4 Les symptômes	16
2.5 Facteurs de stress spécifiques auxquels les MENA en transition vers l'âge adulte sont confrontés pouvant aggraver leur état de santé mentale.....	17
2.5.1 Le passage à l'âge adulte.....	17
2.5.2 Le stress d'acculturation.....	18
2.5.3 Les difficultés d'accès aux droits	18
2.6 Le lien subtil entre sentiment d'appartenance et bonne santé mentale.....	20
2.7 Interventions pour améliorer la santé mentale des MENA.....	21
2.7.1 Intervention axée sur les déterminants sociaux de la santé	21
2.7.2 Interventions psychothérapeutiques basées sur des preuves	23
2.7.2.1 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)	23

2.7.2.2	Thérapie d'exposition narrative (NET)	24
2.7.2.3	Désensibilisation et Retraitement des Mouvements Oculaires (EMDR)	25
2.7.3	Traitement pharmacologie	25
3	Conclusion du cadre théorique	26
B.	Cadre pratique	26
4	Question de recherche	26
5	Caractéristiques du chercheur	27
6	Matériels et méthode	28
6.1	Collecte de données	28
6.1.1	Stratégie de l'échantillonnage	28
6.1.2	Outils	31
6.1.3	Déroulement de la collecte des données	32
6.2	Analyse des données recueillies	32
7	Comité d'éthique	33
8	Résultats	34
9	Discussion	46
9.1	Analyse des résultats récoltés sur le terrain	46
9.2	Réflexion sur la problématique lors des entretiens	53
9.3	Limites du travail	54
9.4	Pistes d'actions et perspectives de recherche	55
10	Conclusion générale	57
	Bibliographie	60
	Annexes	65
	Annexe 1_Protection internationale	65
	Annexe 2_Protection internationale	65
	Annexe 3_Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post-traumatique	66
	Annexe 4_Modèle d'Ehlers et Clark	68
	Annexe 5_Guide d'entretien	68
	Annexe 6_Unités d'analyses prédéfinies	71
	Listes des annexes disponibles en ligne	73

Lexique

AMU : Aide Médicale Urgente

CDE : Convention relative aux droits de l'enfant

CCE : Conseil du Contentieux des Étrangers

CGRA : Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides

CPAS : Centre public d'action sociale

CPI : Comité permanent interorganisations

DAES : Département des affaires économiques et sociales

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux, cinquième édition

DPI : Demande de protection internationale = Demande d'asile

EMDR : Désensibilisation et Retraitement des Mouvements Oculaires

FEDASIL : Agence Fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile

HCDH : Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

MYRIA : Centre fédéral Migration

MENA : Mineurs étrangers non accompagnés

NET : Thérapie d'exposition narrative

OE : Office des étrangers

ONU : Organisation des Nations Unies

OMS : Organisation mondiale de la santé

RHM : Résumé hospitalier minimum

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

TCC-T : Thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatisme

UNHCR : Agence des Nations Unies pour les Réfugiés

UE : Union Européenne

Demande d’asile ou demande de protection internationale¹ : « Demande introduite par un ressortissant étranger qui arrive sur le territoire ou à la frontière. À l’issue de l’examen de la demande, le Commissariat Général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) ou le Conseil du Contentieux des Étrangers (CCE) peuvent décider d’accorder ou non une protection internationale. La loi belge prévoit deux statuts de protection : le statut de réfugié et celui de protection subsidiaire. »

Migrant² : « Désigne toute personne qui quitte ou a quitté son pays volontairement ou de manière forcée et se retrouve dans un autre pays de manière temporaire ou durable. Ce terme générique désigne toutes les personnes qui migrent, quel que soit leur statut de séjour ou la raison de leur départ : demandeurs d’asile, réfugiés, personnes sans papiers, étudiants, expatriés, travailleurs étrangers... »

Refugié³ : « Personne qui a fui son pays craignant avec raison d’être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays. Lorsqu’une personne reçoit cette protection au terme de la procédure de protection internationale, elle est protégée contre un renvoi vers son pays d’origine. En Belgique, ce statut donne droit à un séjour limité à 5 ans et qui peut devenir illimité ensuite. »

¹ Définition consultée et disponible sur le lien suivant : <https://www.cire.be/publication/refugie-demandeur-dasile-migrant-lexique-et-definitions/#:~:text=Toute%20personne%20qui%20a%20fui,part%20d'un%20autre%20%C3%89tat.>

² Définition consultée et disponible sur le lien suivant : <https://www.cire.be/publication/refugie-demandeur-dasile-migrant-lexique-et-definitions/#:~:text=Toute%20personne%20qui%20a%20fui,part%20d'un%20autre%20%C3%89tat.>

³ Définition consultée et disponible sur le lien suivant : <https://www.cire.be/publication/refugie-demandeur-dasile-migrant-lexique-et-definitions/#:~:text=Toute%20personne%20qui%20a%20fui,part%20d'un%20autre%20%C3%89tat.>

Introduction

De nombreux pays occidentaux sont témoins depuis plusieurs années d'un afflux massif de réfugiés [1]. Selon l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), 79,5 millions de personnes dans le monde ont été contraintes de fuir leur pays et parmi elles près de 26 millions sont des réfugiés [2]. L'année 2015 a été particulièrement marquante en termes de flux migratoires. En effet, durant cette année il y a eu une augmentation sans précédent du nombre de personnes qui ont été forcées d'arriver en Belgique et dans les autres pays de l'Union européenne (UE) [3, 4]. Selon Eurostat, cette augmentation s'est manifestée par près de 1,3 million de demandeurs d'asile [5]. En 2016, ce nombre s'élevait à environ 1,2 million. L'année 2017 a été marquée par une baisse significative de 44,5 % comparé à 2016, et en 2018 cette baisse a également continué [5]. Toujours selon Eurostat « En 2019, près de 676 300 demandeurs d'asile ont introduit une demande de protection internationale (DPI) dans les 27 États membres de l'Union européenne (UE-27) avant le brexit, soit une augmentation de 11,2 % par rapport à 2018. » [5] Plusieurs causes sont responsables de cet afflux de personnes provenant majoritairement d'Afrique subsaharienne, d'Afghanistan et de Syrie. Les causes sont notamment liées à des difficultés économiques extrêmes, des conflits armés, la recherche d'une vie meilleure [1]. Le département des affaires économiques et sociales (DAES) de l'Organisation des Nations Unies (l'ONU) a estimé que les jeunes migrants (âgés de 15 à 24 ans) sont passés de 22,1 millions en 1990 à 31,7 millions en 2020. Ils représentaient donc 11,3% du total de la population migrante dans le monde durant l'année 2020. [6] En 2019, 14 100 demandeurs d'asile ayant sollicité une DPI dans l'UE étaient considérés comme des mineurs étrangers non accompagnés (MENA) [7]. Plus précisément en Belgique, le nombre de demandeurs d'asile considérés comme MENA était estimé à 1 200, soit un taux de 9% de l'ensemble des MENA enregistrés dans les États membres de l'UE en 2019. [7] Ces jeunes MENA sont des enfants ou plus souvent des adolescents qui ont été confrontés à des événements potentiellement tragiques liés aux mésaventures du voyage qu'ils ont dû subir pour arriver jusqu'en Europe. Ils figurent donc parmi les catégories les plus vulnérables en raison de cette expérience et d'un risque continu de violation de leurs droits et libertés fondamentaux [8].

En Belgique, pour répondre au mieux aux particularités de ces jeunes, leur accueil se fait dans des structures distinctes de celles réservées aux adultes [9]. Un parcours d'accueil en trois phases est prévu (une phase d'observation, une phase de stabilisation et une phase d'autonomie accompagnée) [9]. On observe que de nombreuses politiques internationales et

nationales en faveur des demandeurs d'asile et des réfugiés accordent aux jeunes de moins de 18 ans plus de protection et de soutien qu'à ceux de plus de 18 ans [10]: ainsi en Belgique, une fois que les MENA atteignent 18 ans, ils voient du jour au lendemain s'évaporer la protection de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant qui leur était précédemment accordée; ils n'ont donc plus accès aux mêmes droits et possibilités que lorsqu'ils étaient enfants; ils sont considérés comme autonomes et doivent se débrouiller seuls [9,11,12]. L'expérience montre qu'ils ne sont pas encore capables de réaliser leurs projets de vie sans un accompagnement spécifique, et beaucoup d'entre eux sont susceptibles, en tant qu'adultes, d'être confrontés à de nombreux obstacles, notamment dans la possibilité d'accès à des services et à une assistance dans bon nombre de secteurs, comme par exemple les soins de santé, l'aide psychosociale, la protection sociale, l'éducation, le logement, les informations sur les procédures administratives pertinentes [8]. Ce qui peut augmenter leur sentiment d'incertitude quant à l'avenir. En effet, certains auteurs montrent que ces jeunes ayant été exposés à des conflits armés, ou à un autre traumatisme potentiellement redoutable sont susceptibles de développer des symptômes de stress post-traumatique (PTSD), d'anxiété et de dépression [9,12,13]. Ces symptômes pourraient être exacerbés par le stress lié au manque de soutien et aux difficultés que ce public rencontre sur la voie d'une réinsertion réussie dans une nouvelle société d'accueil. Malheureusement, dans cette nouvelle société, le processus d'insertion de ces jeunes MENA est souvent rendu difficile par l'existence de discriminations [8]. Sachant que l'expérience de la migration peut avoir un impact considérable sur la santé mentale des jeunes MENA, les données disponibles à ce jour suggèrent qu'ils ont donc des besoins en santé mentale plus élevés que la population générale du pays d'accueil [14]. D'autres auteurs montrent qu'à l'heure actuelle, l'accueil de ces MENA est parfois empreint de violence, ce qui renforce les traumatismes qu'ils ont vécus et les facteurs de stress post-migration auxquels ils continuent d'être exposés [9, 15]. La pandémie du coronavirus est venue aggraver leur situation qui était déjà précaire. Elle a frappé à un moment critique lorsque le réseau d'accueil de Fedasil était à la limite de la saturation. [16]. La fermeture pendant un certain temps des bureaux de l'OE et des réseaux d'hébergement de Fedasil due au confinement, a fait que les demandeurs d'asile se sont retrouvés à la rue livrés à leur sort sans possibilité de déposer une DPI. [16] Ce qui les rendait encore plus vulnérables. C'est ainsi que bon nombre de professionnels se demandent comment accompagner au mieux les MENA afin que leurs ressources puissent émerger et que leur parcours migratoire soit porteur de sens [15]. C'est dans cette optique que les professionnels, travaillant avec les MENA et avec le soutien des autorités, doivent veiller à ce

que ce groupe reçoive une prise en charge adéquate et de qualité, dès leur arrivée dans le pays d'accueil. [17] Cela permettrait, nous semble-t-il, de limiter les inégalités sociales de santé et, dans la mesure du possible, d'améliorer leur santé mentale et leurs conditions de vie. En effet, la bonne santé mentale, physique et sociale de ces jeunes demandeurs d'asile est, selon nous, un vrai problème éthique, social et de santé publique, auquel il faudrait être davantage attentif. C'est donc une nécessité pour les États de trouver des « solutions durables » pour les mineurs non accompagnés une fois devenus majeurs [9]. Si ces jeunes pouvaient continuer à bénéficier d'un encadrement spécifique, ils réussiraient plus facilement à s'épanouir au sein du pays d'accueil [9]. Or certains auteurs trouvent que les politiques migratoires actuelles dans la plupart des pays européens sont généralement très restrictives, ce qui conduit les travailleurs psychosociaux à se retrouver souvent tiraillés entre les besoins réels des MENA et les politiques migratoires qui limitent le soutien qu'ils peuvent leur apporter [17]. D'autres auteurs soutiennent l'importance de reconnaître et d'aborder le contexte sociopolitique de la réinstallation. Ils suggèrent que les services de santé mentale pour les réfugiés seraient plus efficaces s'ils mettaient l'accent sur les déterminants sociaux de la santé physique et mentale [13,18]. D'autres encore émettent l'idée que le meilleur moyen pour améliorer l'accès aux différents services est d'éliminer les contraintes juridiques et toutes les pratiques inéquitables et discriminatoires qui entravent l'accès aux soins de santé [19]. Pour terminer, en ce qui concerne les interventions pour améliorer la santé mentale des MENA, beaucoup d'études ont mis en lumière l'approche psychothérapeutique, mais aussi des interventions préventives axées sur l'amélioration de leurs conditions sociales dans le pays d'accueil [4, 11, 14, 18, 20].

Mais pourquoi me suis-je intéressée aux MENA en transition vers l'âge adulte ?

Tout simplement parce qu'un soir de Noël, mon mari et moi avons décidé d'inviter une ou deux personnes défavorisées pour partager le repas avec nous. C'est ainsi que nous avons rencontré à la gare du nord deux jeunes MENA, qui n'avaient rien à manger et qui préparaient leurs cartons dans une sorte d'abri pour se protéger comme ils pouvaient des intempéries, avec autour d'eux des sacs poubelles noirs. Le fait d'avoir vu de mes propres yeux les conditions dans lesquelles ces jeunes vivaient, et d'avoir passé une soirée remplie d'émotions avec eux autour d'un bon repas qui leur faisait chaud au cœur, cela m'a beaucoup interpellée et je me suis de plus en plus intéressée à ce public particulier.

Ce mémoire vise donc à dresser un état des lieux de la santé mentale des MENA, particulièrement ceux en transition vers l'âge adulte (16-25 ans). Ce groupe est connu pour avoir une vulnérabilité au niveau de leur santé mentale. C'est dans ce contexte que nous nous

concentrerons spécifiquement sur le trouble du stress post-traumatique (PTSD), car il s'agit de la problématique la plus prévalente. Nous évaluerons l'encadrement, la prise en charge médico-psychologique et l'accompagnement social existant pour ce groupe depuis l'arrivée en Belgique jusqu'à la transition vers l'âge adulte. L'objectif est donc de déterminer quelles sont les difficultés spécifiques à ce groupe ? Comment sont-ils accompagnés une fois arrivés dans le pays d'accueil ? Quelles sont les forces et les faiblesses de l'encadrement de ces MENA présentant des difficultés de santé mentale ? Qu'est-ce qui est mis en place comme interventions probantes pour améliorer leur santé mentale ? Et ainsi au travers de ce travail ouvrir un débat nécessaire quant aux pistes d'amélioration de l'accompagnement des problématiques de santé mentale pour les MENA en transition vers l'âge adulte.

Ce mémoire sera constitué de deux parties.

La première partie, qui est le cadre théorique, consistera à définir dans un premier chapitre la notion de MENA, de définir brièvement ce que nous entendons par transition vers l'âge adulte, d'expliquer de manière générale les expériences vécues par les MENA, de parler brièvement de leur accueil et des barrières liées au parcours institutionnel en Belgique, de mentionner les limites et insuffisances du système de santé dans l'encadrement des MENA avec un problème de santé mentale. Nous présenterons ensuite les ressources disponibles pour aider ces jeunes MENA. Nous terminerons en donnant quelques chiffres et en expliquant la législation belge et internationale à leur égard.

Dans le second chapitre nous décrirons la santé mentale des MENA en général, puis nous parlerons spécifiquement des troubles de stress post-traumatique (PTSD), nous indiquerons aussi quelques facteurs de stress auxquels ces MENA en transition vers l'âge adulte sont confrontés et qui peuvent aggraver leur état de santé mentale, nous mettrons en lumière le lien subtil entre sentiment d'appartenance et bonne santé mentale, nous parlerons ensuite des interventions efficaces qui peuvent améliorer leur santé mentale fragilisée, nous terminerons par une brève conclusion de la partie théorique.

La deuxième partie constitue le cadre pratique. Nous décrirons dans un premier temps la question de recherche et nous en expliciterons la méthodologie. Dans un second temps, nous présenterons les résultats, nous les discuterons et nous terminerons par une conclusion.

A. Cadre théorique

1 Mineurs étrangers non accompagnés (MENA)

Définition d'un MENA

Dans l'article 5 de la loi sur la tutelle, les MENA sont définis comme toute personne « de moins de dix-huit ans, non accompagnée par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle, ressortissante d'un pays non membre de l'Espace Économique Européen et étant dans une des deux situations suivantes : avoir demandé la reconnaissance de la qualité de réfugié; ou ne pas satisfaire aux conditions d'accès au territoire et de séjour déterminées par les lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers » [21].

1.1 MENA en transition vers l'âge adulte

Selon Elder, la transition des jeunes vers l'âge adulte est marquée par une période où les jeunes acquièrent de nouveaux rôles et responsabilités. C'est un processus qui prend la forme d'une autosuffisance financière, sociale, professionnelle et fonctionnelle [22]. Étant confrontés à de nombreux changements sur les plans biologique, académique, professionnel et psychologique, cela engendre un questionnement existentiel sur l'identité, les origines, le sens de la vie, la mort, mais aussi la sexualité. Il s'agit d'une période critique [23]. En faisant le lien avec les MENA, dès qu'ils ont dépassé l'âge de 16 ans ils doivent déjà apprendre à vivre de façon autonome. Et donc ce temps de transition devrait permettre à chacun de trouver sa place dans un discours et un lien sociaux [24]. Malheureusement, du fait de leur condition difficile, c'est un sujet qui est en dehors de leurs repères habituels ; ce processus de transition est donc ralenti pour ce public [24]. L'approche de l'âge de 18 ans est une période très angoissante pour ces jeunes. En effet comme dit ci-dessus, cette période de transition vers l'âge adulte entraîne plusieurs changements au niveau de la scolarité, du séjour, de l'accueil et de la tutelle qui vont s'opérer [25, 26]

1.2 Expériences vécues

En termes d'expérience vécue, nombreux sont les MENA qui arrivent sur le territoire belge et dans bien d'autre pays de l'UE après un long parcours migratoire. Ils sont souvent sans repère ni géographique ni socioculturel, et séparés de leur famille [27]. Ils ont pour la plupart été exposés à la guerre, aux inégalités, à l'insécurité, à la pauvreté et aux discriminations. Très souvent la cause de leur exil est liée à une expérience traumatisante [28]. Il est important de

noter que même si les MENA ont leur propre histoire, des chercheurs ont tenté d'élaborer des typologies [1] de MENA. Cette approche est par essence réductrice et ne peut rendre compte des itinéraires individuels [29, 30]. Certains auteurs justifient cette approche en mettant en lumière que leur volonté n'est pas de mettre ces jeunes dans des cases bien définies, mais plutôt de travailler avec précaution et souplesse, ce qui permet d'éclairer plus finement notre compréhension des parcours migratoires, afin de déterminer au mieux des pistes pour l'accompagnement [30]. Ainsi les professionnels travaillant avec ces jeunes pourront se construire une première représentation de différents parcours possibles avant d'entrer dans la complexité individuelle de chaque situation [29, 30] .

1.2.1 Dans le pays d'origine

Comme mentionné plus haut, les MENA fuient en général leur pays d'origine à cause de situations dangereuses qui sont ou qui peuvent être potentiellement nuisibles à leur développement [31]. En effet, selon le Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF Belgique), ces jeunes sont souvent contraints de quitter leur famille pour fuir la guerre, des situations de maltraitance physique ou sexuelle, un mariage forcé précoce ou le recrutement d'enfants soldats... [28]. Cela permet de comprendre que beaucoup d'entre eux « ont vu le sang, la mort, la peur, ont connu la faim et ont perdu des proches » [28]. D'autres enfants n'ont pas vécu dans des pays en guerre mais ils ont décidé de partir ailleurs à la recherche d'une vie meilleure, tandis que d'autres sont poussés par leurs parents ou la famille à se rendre en Europe afin de travailler et de leur apporter de l'argent pour faire vivre la famille restée au pays [28, 31]. Certains encore, dans la majorité des cas, ont une famille dans leur pays d'origine ou des membres de leur famille qui se retrouvent éparpillés dans différentes parties du monde par obligation de survie [28].

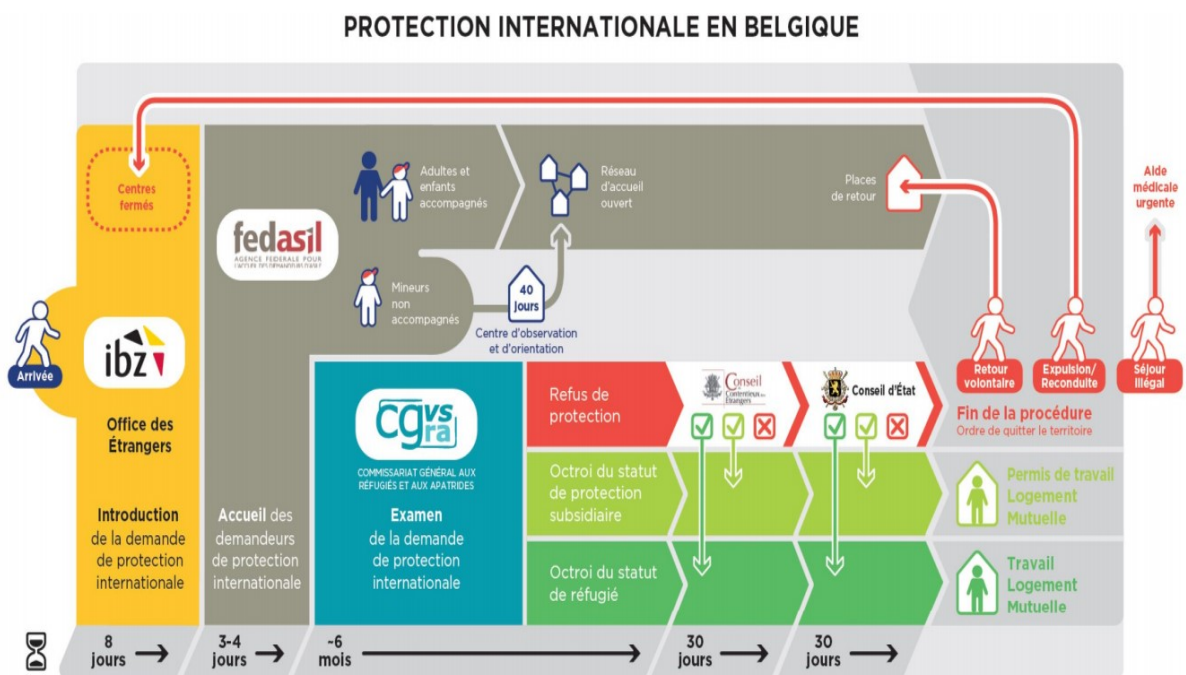
1.2.2 Sur la route de l'exil

La littérature et les médias montrent que le voyage que font ces jeunes pour arriver jusqu'en Europe est dans la plupart des cas brutal et périlleux. L'accès aux visas pour rejoindre l'Europe est souvent difficile, voire quasi impossible, ce qui pousse ces jeunes à emprunter la voie de l'illégalité [32]. Or les chemins empruntés par ces jeunes MENA pour quitter leurs pays et rejoindre l'Europe sont souvent très dangereux. UNICEF Belgique met en lumière que certains d'entre eux y laissent leur vie et d'autres leur liberté et sont victimes de réseaux mafieux qui organisent les passages dans des conditions inhumaines et dangereuses [28]. En effet, ceux qui rançonnent profitent de leur vulnérabilité en les exploitant, en les forçant

parfois à se prostituer ou à travailler comme des esclaves. Leurs papiers personnels sont souvent confisqués par ces ravisseurs, perdus ou volés. [28, 31]. La durée du périple est considérablement différente d'un enfant à l'autre ; cela peut durer quelques mois voire des années. Malgré les abus et les traumatismes qu'ils ont subis, beaucoup d'entre eux arrivent sains et saufs dans le pays d'accueil [31].

1.2.3 L'arrivée en Belgique

Une fois arrivés en Belgique, les MENA peuvent être signalés par toute autorité comme l'OE ou la police, ainsi que n'importe quel particulier ou avocat au service des tutelles. [15] C'est à ce service des tutelles que les jeunes sont identifiés après signalement, et ce service vérifie s'ils remplissent bien toutes les conditions permettant de les considérer comme mineurs étrangers et non accompagnés. [33]. L'OE quant à lui enregistre la demande de protection internationale du jeune. Si l'OE déclare recevable cette demande, elle est transférée au CGRA. Et dans les 3 jours, le demandeur d'asile est reçu au Dispatching de Fedasil et se voit assigner un lieu de résidence obligatoire. [34]. (Figure 1 ; p7)



**Figure 1* graphique montrant le parcours institutionnel des mena demandeur d'asile. L'original de ce graphique se trouve à l'adresse suivante : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/431-la-procedure-d-asile-en-belgique.html> [34]

Ensuite, un parcours d'accueil en 3 phases est prévu pour le MENA demandeur d'asile. [34] Dans la première phase, ils sont accueillis dans un centre d'observation et d'orientation

(COO) ; c'est dans cette phase que le Service des tutelles vérifie si le jeune est véritablement mineur et non accompagné ; il décèle aussi d'éventuelles vulnérabilités[25]. Dans la deuxième phase, ils sont aiguillés vers des structures d'accueil (comme un centre d'accueil fédéral, Croix-Rouge, famille d'accueil...) [25] La troisième phase correspond à ce qu'on appelle l'autonomie accompagnée, où les jeunes peuvent être orientés, lorsqu'ils ont plus de 16 ans, vers une structure d'accueil individuelle [25]. Dans cette dernière phase les jeunes doivent se trouver un logement et se gérer de manière autonome [3]. L'âge a donc des conséquences importantes pour ces jeunes demandeurs d'asile.

S'il existe un doute quant à l'âge du mineur, le Service des tutelles mènera une enquête en procédant à un test médicale qui déterminera l'âge du MENA. Il s'agit d'un triple test qui comporte « un test osseux du poignet, une radiographie de la clavicule et un test de la dentition » [33]. Cette procédure est remise en question par de nombreux scientifiques et beaucoup de pays occidentaux y ont déjà renoncé comme la Grande Bretagne et l'Australie [35]. En effet ces pratiques sont jugées non seulement imprécises, mais aussi contraires à l'éthique et potentiellement dangereuses, aussi minimales soient-elles, pour la santé de ces jeunes à cause de l'utilisation de rayons X [35] Pour les MENA qui sont déclarés majeurs par erreur, les conséquences de cette conclusion erronée peuvent être gravissimes et la plupart du temps irréversibles [33]. « Ils ne pourront pas être accompagnés d'un tuteur, leur demande d'asile sera analysée de manière sévère car ils ont menti sur l'âge, leur accès à la protection peut être mis en danger, les jeunes peuvent être transférés vers un autre pays, et tout cela avec souvent un impact très important sur la santé mentale et les questions identitaires » [33]. Malgré ce parcours institutionnel pas toujours évident, UNICEF Belgique a montré dans son rapport qu'une fois arrivés en Belgique, les enfants se sentent en sûreté, apaisés. Ils tiennent à cette nouvelle liberté. Ils sont joyeux de pouvoir être scolarisés et de pouvoir, enfin, « espérer construire une nouvelle vie », avoir un avenir meilleur [28]. Mais ce qui touche considérablement ces jeunes MENA, c'est le manque de clairvoyance quant à leur séjour en Belgique. Ils ne savent pas s'ils vont rester dans le pays d'accueil ou s'ils devront quitter le territoire [28]. Ils sont confrontés à de multiples démarches administratives.[28] Pour ceux qui vont atteindre la majorité, l'attente d'une décision les soumet à un stress permanent et représente pour eux un fardeau supplémentaire [9,31].

1.3 Limites et insuffisances du système de santé dans l'encadrement des MENA souffrant de problèmes de santé mentale

Des recherches ont montré qu'il y a un manque d'accord entre les pays européens dans la gestion de la problématique de l'accueil et de l'encadrement des MENA de manière globale et en matière de santé [19, 31, 36]. Ce manque d'accord entre les États européens permet à chacun d'agir selon sa guise. Et donc beaucoup de pays font le choix de privilégier le contrôle de l'immigration au détriment de la protection de l'enfant [30]. En ce qui concerne la Belgique, actuellement le système de distribution des soins en matière de santé aux demandeurs d'asile est très complexe et engendre des problèmes d'équité et d'efficacité [34]. En effet les MENA demandeurs d'asile ont un accès médiocre aux soins de santé mentale et bien d'autres comme les services de prévention et de promotion de la santé, aux interprètes et aux soins spécialisés tels que les soins dentaires et l'ophtalmologie [34]. Ces mêmes auteurs dénoncent que cette inégalité d'accès aux soins est en partie associée à des caractéristiques culturelles préexistantes, mais aussi aux limites et insuffisances de l'organisation du système de soins [34]. On peut observer cette limite par le fait que les soins de santé mentale dispensés aux MENA et autres réfugiés ne sont pas toujours pris en compte rapidement, voire non détectés à cause de l'insuffisance d'encadrement, mais aussi du manque de services hospitaliers spécialisés aptes à prendre en charge les problèmes de santé mentale les plus graves et du fait qu'ils manquent de familiarité avec ce public [34, 37]. On constate la même chose pour les autres soins, par exemple les soins dentaires, les urgences dentaires étant surchargées et assez sélectives. « La permanence dentaire de Médecins du Monde est débordée et manque de dentistes bénévoles. Il faut consulter un médecin généraliste au préalable afin de pouvoir y accéder, ce qui décourage certains MENA en rue ou en hébergement précaire. » [37] Pour les MENA qui vivent dans les centres d'accueil, les soins de première ligne sont donnés au sein du centre. Cependant, il existe très peu de partenariats, chaque institution organise son système de manière indépendante et les informations ne sont pas centralisées. [38] Même chose au niveau des entités fédérées néerlandophone et francophone, il y a un vrai manque de collaboration et de coordination. Car les autorités de santé flamandes et wallonnes ne sont pas sur la même longueur d'onde en matière de soins de santé concernant les demandeurs d'asile.[34] En effet, en Flandre les autorités ont choisi de couvrir toutes les activités de soins de santé qui relèvent de leur pouvoir, alors que les autorités wallonnes quant à elles jugent que l'ensemble des questions concernant les demandeurs d'asile sont de l'ordre du fédéral, même la question de la vaccination et de la

santé mentale qui relèvent pourtant de la compétence régionale [34]. Pour les auteurs consultés, ce manque de collaboration et de coordination a un effet négatif sur la continuité des soins, notamment quand un demandeur d'asile change de région d'hébergement [34]. Concernant le financement des soins liés au demandeur d'asile, les auteurs Dauvrin M et al. mettent en lumière que malheureusement il n'existe pas suffisamment de données disponibles à ce jour pour élaborer une vue d'ensemble complète sur l'utilisation et les coûts des soins de santé accordés aux demandeurs d'asile en Belgique [34]. Car selon eux il n'existe pas de base de données centralisée, ni de base de données des mutualités (Agence Inter-mutualiste), ni de données hospitalières (RHM) [34]. Pour terminer, certains auteurs ont souligné que l'amélioration de l'accès et de la qualité des soins de santé pour les migrants et réfugiés demandeurs d'asile est une responsabilité première des organisations et des systèmes de santé [39, 40]. D'autres auteurs ont indiqué qu'une solution efficace serait l'adoption d'une « approche organisationnelle globale » capable de mettre en œuvre un processus global de changement [40]. Dans ce cadre, les organisations de soins de santé doivent développer des programmes spécifiques qui répondent aux priorités des réfugiés et des migrants, adapter les processus et les services et former efficacement le personnel à tous les niveaux afin de fournir des services de santé de qualité de manière coordonnée et équitable [39].

1.4 Ressources disponibles pour aider les MENA (en transition vers l'âge adulte)

1.4.1 Aide matérielle de Fedasil

En Belgique, les MENA demandeurs d'asile reçoivent une aide en nature uniquement. Celle-ci correspond à l'aide matérielle, qui repose sur la mise à disposition d'une place d'hébergement dans le réseau d'accueil de Fedasil pendant la durée de l'examen de leur demande de protection internationale. [24, 41] Fedasil organise donc cette aide matérielle via son réseau d'accueil qui comprend les centres collectifs (de Fedasil, la croix-rouge, ou autre partenaire) ou des places d'accueil individuel gérées par les centres publics d'action sociale (CPAS), sans que cela ne rentre dans le cadre de l'aide sociale des CPAS.[41] Cette aide matérielle implique plusieurs éléments essentiels pour pouvoir mener une vie conforme à la dignité humaine. Elle comprend la réponse aux besoins primaires comme l'accès à l'hébergement, la nourriture, l'habillement dans une structure d'accueil [24]. S'y ajoute un accompagnement social individuel durant tout le séjour dans la structure d'accueil. Cet accompagnement se fait par un travailleur social qui a pour rôle d'assurer « l'accès à l'information (droits et obligations, procédure d'asile, possibilités de formation, programme

de retour volontaire...) » et à l'aide spécialisée d'un avocat, souvent par le biais du service d'aide juridique, d'un interprète social qualifié etc... [24]. Il y a un accompagnement médical et/ou psychologique (pour les MENA souffrant de problèmes de santé mentale) nécessaire à leur bonne santé physique et psychique [24].

Le MENA peut refuser le lieu d'hébergement désigné par Fedasil s'il a la possibilité d'être hébergé par un proche. Il devient un « No Show », jargon utilisé par Fedasil pour dire que ce MENA renonce à l'accompagnement social qui lui était proposé via l'aide matérielle. Mais cela ne lui enlève en aucun cas le droit à la prise en charge de ses frais médicaux [24].

1.4.2 Aide médicale urgente (AMU)

La seule aide à laquelle ont droit les MENA en séjour illégal est l'AMU. C'est une aide financière octroyée par le CPAS uniquement pour les dépenses en soins de santé repris dans la nomenclature de l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) [42]. Le terme 'urgent' peut faire croire qu'il ne s'agit que des soins du service des urgences, mais ce n'est pas le cas. Cette aide va bien au-delà de l'urgence médicale [42]. En effet l'Arrêté Royal du 12 décembre 1996 stipule notamment que l'aide médicale urgente peut comprendre tant les soins curatifs que préventifs, administrés en ambulatoire ou dans un établissement de soins [43]. Une prise en charge psychiatrique dans un hôpital spécialisé ou une institution de soins peut également être considérée comme une aide médicale urgente [24]. « Le CPAS peut aussi prendre à sa charge les médicaments, les consultations et les traitements, y compris les soins de santé mentale » [42].

1.4.3 Aide juridique

Les MENA ont droit à une aide juridique gratuite pour les procédures liées à leur séjour à cause de leur statut de mineur étranger et non accompagné. [44] Ce jeune public vulnérable bénéficie « de la gratuité totale d'un avocat pour sa défense ainsi que des frais de justice. Pour cela, les jeunes doivent présenter leur carte d'identité ou, à défaut, tout autre document établissant leur état et prouvant leur qualité d'étranger en demande de protection internationale ou d'autorisation de séjour. » [44]

Pour terminer à propos des ressources disponibles, il faut savoir qu'en fin de procédure et lors du passage à la majorité, le MENA demandeur d'asile qui a atteint l'âge de 18 ans, si sa demande de protection internationale est rejetée et que son permis de séjour a expiré, doit quitter le réseau d'accueil. Alors il sera expulsé, ou il choisira un retour volontaire, ou son

séjour devient illégal. Dans ce dernier cas, il n'aura que droit à l'AMU comme mentionné plus haut. [24] En cas de décision positive dans sa demande de protection internationale, et s'il obtient ses papiers, il a droit à une aide financière d'un CPAS. Cela lui permet d'aller vivre en autonomie ou dans des structures plus petites comme des Initiatives Locales d'Accueil [24].

1.5 Quelques chiffres sur les MENA en Belgique

Selon MYRIA, 23.379 personnes ont introduit une première demande de protection internationale sur le territoire de la Belgique dans le courant de l'année 2019 [16]. Durant cette même année le commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA), recensait 1.220 MENA qui avaient introduit une demande de protection internationale (**Annexe 1 et 2**). Cela représente une nette augmentation par rapport à l'année 2018 (811 demandes). Mais ce nombre reste moins important qu'en 2015 (3.099 demandes) [32]. Concernant la répartition de ces MENA par sexe et par tranche d'âge, l'Office des étrangers (OE), dans son rapport statistique de 2019, recensait parmi ceux-ci 1013 hommes âgés de 0-17 ans et 562 hommes âgés de 18 et plus ; il dénombrait 155 femmes âgées de 0-17 ans et 31 femmes âgées de 18 ans et plus. [46] En ce qui concerne l'accueil des MENA, Fedasil recensait dans son rapport annuel de 2019 une capacité d'accueil de 1692 places. Le taux de MENA masculins était de 91% contre 9% de filles [47]. Au niveau des pays les plus représentés, selon CGRA, l'Afghanistan (649 individus) et la Guinée (73 individus) figuraient en tête des pays d'origine des MENA demandeurs d'asile, devant la Syrie (72 individus), la Somalie (63 individus) et l'Erythrée (53 individus) [45]. (**Figure 2 ; p12**)

Évolution du nombre de demandes d'asile de mineurs étrangers non accompagnés / 2012 > 2019
source : Office des étrangers

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Mineurs étrangers non accompagnés	977	468	496	3.099	1.021	769	811	1.220

* **Figure 2** : Ce tableau montre l'évolution des demandes de protection internationale par MENA entre 2012 et 2020. (Tableau tiré du rapport annuel 2019 du CGRA)

1.6 Législation belge et internationale

La loi belge du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, mentionne dans son chapitre VII que le MENA peut entamer toutes les procédures prévues par cette loi. Notamment une demande d'asile ou de protection subsidiaire ; une demande d'autorisation de séjour pour motifs humanitaires ou médicaux ; un statut de victime de traite des êtres humains [48]. En complémentarité, selon la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers, dont les MENA, ils ont droit à l'accueil dès l'introduction de leur demande et pendant toute la durée de la procédure. Cette loi prévoit « une aide matérielle qui comprend l'hébergement, les repas, l'habillement, l'accompagnement médical, social et psychologique, l'octroi d'une allocation journalière ainsi que l'accès à l'aide juridique, à des services tels que l'interprétariat et à des formations » [49]. Les MENA ont aussi droit à l'éducation, ils sont donc soumis à l'obligation scolaire comme tout mineur belge. Cette obligation émane de la loi du 29 juin 1983 [50]. Si en Belgique c'est une obligation, au niveau international (selon l'article 28 de la convention relative aux droits de l'enfant (CDE)) c'est un droit que tous les pays membres sont tenus de respecter [51]. Ainsi tous les enfants, y compris les MENA, se voient ainsi garantir un droit effectif à l'éducation. Le rapport de Claire Bivort et Clément Valentin [15], met en lumière qu'en Belgique « un soutien est accordé à certaines écoles souhaitant mettre en place un Dispositif d'Accueil et de Scolarisation des élèves Primo-Arrivants, baptisé DASPA ». Ce dispositif permet aux mineurs de reprendre le chemin de l'école de manière moins abrupte, en se familiarisant avec la culture belge et en apprenant le français. » Selon l'article 39 de la CDE, ces jeunes MENA comme tous les enfants migrants devraient avoir accès à des mesures adaptées pendant la réinstallation, qui visent à promouvoir leur bien-être physique, psychologique et social [51]. En Belgique dans l' [Art. 3](#) de la loi du 24 décembre 2002 sur la tutelle des MENA, il ressort que le service de tutelle a pour mission de désigner un tuteur aux MENA demandeurs de protection internationale, dans le but d'assurer leur représentation, de procéder à leur identification, de « s'assurer qu'une solution durable conforme à l'intérêt du mineur est recherchée » ; de manière générale, ce service a pour mission de prendre en charge ces MENA [52]. Il s'agit d'un service indépendant, attaché au Service public fédéral (SPF) Justice. Cette tutelle se termine quand le MENA atteint l'âge de la majorité, c'est à dire 18 ans [26].

2 La santé mentale

2.1 L'état de santé mentale des MENA

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), « une bonne santé mentale correspond à un état de bien-être mental et psychologique » [53]. Toujours selon l'OMS, cet état de bien-être est un état « dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté » [54]. En faisant le lien avec les MENA, des études ont montré que ces jeunes sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale [14, 55]. Ils ont une prévalence élevée de dépression, d'anxiété, de PTSD, de somatisation (douleur musculaire, fatigue...) et le stress psychosocial lorsqu'ils sont réinstallés dans un pays à revenu élevé. [14, 56]. Mais le PTSD reste le problème de santé mentale le plus rencontré chez les MENA [14, 56, 57, 58]. Ces mauvais résultats en matière de santé mentale sont liés aux facteurs de stress des différentes étapes de la fuite et des facteurs de stress post-migratoire liés à la réinstallation dans le pays d'accueil. [56, 57] Fazel, dans son étude sur la santé mentale des MENA, fait comprendre qu'il faut prendre en considération qu'il existe une hétérogénéité importante par rapport au problème de santé mentale, compte tenu des expériences radicalement différentes que ces enfants pourraient avoir vécues dans leur pays d'origine, ainsi que durant leur voyage pour arriver dans le pays d'accueil. [14] C'est ainsi que d'autres auteurs ont marqué qu'il était important de garder à l'esprit que les MENA ne développent pas tous des problèmes de santé mentale ou somatiques, et que des taux élevés de résilience sont également rapportés [59, 60].

2.2 Trouble de stress post-traumatique (PTSD)

Selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), le trouble de stress post-traumatique est une affection de la catégorie « Troubles liés à des traumatismes et des facteurs de stress » [58]. C'est donc un trouble qui résulte d'une expérience ou d'un événement vécu comme traumatisant. Cette réaction psychologique est due à une situation durant laquelle l'individu sent sa vie ou son intégrité physique et/ou psychique menacée ou atteinte [61]. Toutes sortes d'événements peuvent être potentiellement traumatiques, notamment en cas de maltraitance, agression, viol, désastres naturels, guerres, témoins d'une mort violente et bien d'autres [61, 62]. Selon sa durée, le PTSD peut être classé en deux types : aigu et chronique. Ces deux types de PTSD se distinguent par le fait que si les

symptômes persistent pendant moins de trois mois, on parle de « PTSD aigu », sinon on l'appelle « PTSD chronique ». [61]

Pour pouvoir poser un diagnostic de PTSD, selon le DSM-5 certains critères sont indispensables (A, B, C, D, E, F), d'autres sont optionnels, ou à choisir parmi un ensemble de symptômes [58]. (**Annexe 3**)

2.3 Prévalence

La plupart des études visant à évaluer la prévalence du PTSD au sein de la population des mineurs et adolescents réfugiés et demandeurs d'asile, rapportent des taux élevés pouvant varier de 10 à 31,5% dans les études des pays à revenu élevé et jusqu'à 75% voir plus dans les études des pays à revenu faible ou intermédiaire. [14, 63, 64, 65] Il existe donc une hétérogénéité importante de la prévalence du PTSD en fonction des études, compte tenu du sexe, du type d'événement traumatique, des expériences radicalement différentes que ces enfants pourraient avoir vécues depuis leurs pays d'origines jusqu'à l'arrivée dans le pays d'accueil. [14, 66, 67]. Certaines études ont montré qu'au niveau du sexe dans la population générale, la prévalence du PTSD est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes, de sorte que les femmes sont doublement susceptibles de développer ce trouble que les hommes [61, 65]. En période de conflit, les femmes sont beaucoup plus confrontées à un risque accru de violence sexuelle, qui est considérée comme conférant un risque élevé de développer un PTSD. Mais quel que soit le sexe, il y a d'autres risques associés aux traumatismes liés à la migration tels que les problèmes de sécurité, l'exploitation et la traite et bien d'autres qui les rendent plus vulnérables à ce syndrome [61, 65]. Au niveau des États membres de l'Union européenne, dans une revue systématique incluant 47 études, 19,0 à 52,7% des jeunes réfugiés et demandeurs d'asile souffraient de trouble de stress post-traumatique contre 10,3 à 32,8% de dépression et 8,7 à 31,6% de trouble anxieux [65]. Il y a donc une nette prédominance du PTSD chez les réfugiés par rapport à la population générale du pays d'accueil qui a un taux de 1 à 2% [65]. Au-delà de cette variabilité, la plupart des études ont montré que les MENA ont une prévalence élevée de problèmes de santé mentale tels que le trouble de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété [14, 55, 56, 57, 65, 67]. Cette prédominance élevée du PTSD chez ce public, de même que le lien entre les différents symptômes et/ou réactions problématiques et des événements pré/post migratoires qu'ils ont subis ou continuent de subir, tout cela montre la nécessité de se pencher davantage sur leur santé mentale.

2.4 Les symptômes

Dans le trouble de stress post-traumatique, les symptômes commencent généralement dans les 3 premiers mois qui précèdent le traumatisme. Néanmoins, il peut parfois se passer quelques mois ou même quelques années avant que les symptômes apparaissent, tout en sachant que les symptômes peuvent non seulement disparaître, mais aussi s'aggraver chez certaines des victimes [56, 61, 68]. Dans le cas où les symptômes ne disparaissent pas, ils peuvent se manifester cliniquement de différentes manières :

Au niveau des émotions par exemple, la détresse ressentie revient en force. Un sentiment de peur intense, de la difficulté à ressentir certaines émotions, comme la tendresse et le désir sexuel. Un sentiment d'horreur et d'impuissance accompagné d'un ou de plusieurs des symptômes suivants : palpitations cardiaques, respiration rapide, tremblements, frissons, transpiration excessive [68].

Au niveau de la mémoire : il peut y avoir des épisodes de *flash-back*, qui ramènent la personne dans la situation vécue, comme si elle y était de nouveau. Des pensées peuvent s'imposer à l'esprit et devenir incontrôlables. Par ces pensées, la personne atteinte ressent de la détresse, qui se manifeste par de l'anxiété et de la dépression [68].

Les symptômes peuvent se manifester par des troubles de l'humeur, irritabilité, colère soudaine, insomnies, difficultés de concentration. On observe aussi un état d'hyperactivité et d'hypervigilance (incapacité à baisser la garde même lorsque le traumatisme s'est atténué) et certaines réactions de sursaut. [56, 68]

D'autres effets cognitifs pertinents du PTSD entraînent une difficulté ou une l'incapacité à se souvenir des détails spécifiques de l'événement et une compréhension déformée des causes ou des conséquences d'un événement traumatique (conduisant parfois les individus à se blâmer) [61, 68] Ces symptômes peuvent perturber la vie normale, rendant difficile la poursuite des activités quotidiennes. Ils peuvent donc entraîner des conséquences désastreuses sur le processus de demande d'asile [56, 61, 68].

2.5 Facteurs de stress spécifiques auxquels les MENA en transition vers l'âge adulte sont confrontés pouvant aggraver leur état de santé mentale

2.5.1 Le passage à l'âge adulte

Le passage à l'âge adulte est une étape critique pour ces jeunes MENA quel que soit leur statut. En effet, avant leur dix-huitième anniversaire, ils sont entourés par tout un réseau de professionnels ou d'intervenants et puis, du jour au lendemain, tout s'arrête [24]. Les conséquences de ce passage à la majorité sont des facteurs de stress très lourds pour ces MENA demandeurs de protection internationale [24]. Car cela entraîne pour eux un changement radical dans leur encadrement, leur accompagnement et leur statut administratif, qui implique la responsabilité de se prendre en charge financièrement, d'être capable de gérer son budget, de faire soi-même ses démarches juridiques et sociales, de poursuivre sa scolarité, de trouver un emploi [9, 24]. Ceux pour qui la demande d'asile a été refusée, pâtissent d'une perte de statut et de leur droit de rester sur le territoire belge s'ils ont atteint 18 ans. Ils n'ont plus rien [24]. La société d'accueil devient donc pour eux inaccessible et il leur est quasi impossible de construire un avenir pour avoir une vie meilleure, ce qui peut entraîner des idées suicidaires puisqu'ils ne voient plus d'issue. Cela aggrave leur état de santé mentale déjà fragilisé [24]. Pour ceux dont la demande a été acceptée, ils vivent une situation différente, mais ils doivent aussi se débrouiller seuls, ils n'ont plus de tuteur pour les épauler, ils passent dans un autre centre où ils peuvent se retrouver dans une chambre collective avec des adultes [24]. Ils vont désormais être eux-mêmes responsables du suivi de leur demande de protection internationale, ils devront eux-mêmes se trouver un logement et assumer seuls bien d'autres responsabilités. Puisque la scolarité n'est plus obligatoire ni gratuite après 18 ans, beaucoup de centres pour adultes ayant eux-mêmes des moyens financiers limités ne s'engagent pas à payer la scolarité de ces jeunes MENA qui ont atteint la majorité, pour qu'ils continuent leur parcours scolaire [9]. Et puisqu'ils sont considérés comme autonomes, ils sont censés comprendre le système belge et construire leur projet de vie de façon autonome ou du moins avec un minimum d'accompagnement, ce qui génère chez eux un stress continu [9]. Pour terminer, quel que soit leur statut, ces jeunes forment un public particulièrement vulnérable par leur vécu et cette transition les rend encore plus vulnérables [9].

2.5.2 Le stress d'acculturation

L'acculturation est définie par certains auteurs comme les changements qui surviennent chez un individu ou un groupe d'individus à la suite du contact avec des cultures et des systèmes sociaux différents [69, 70, 71]. C'est donc un processus complexe et dynamique de changements à plusieurs niveaux, notamment individuel, familial et culturel par lequel l'individu ou le groupe d'individus adopte une culture étrangère à la sienne [69]. Pour un MENA, l'acculturation n'est pas chose aisée, surtout quand ils sont en transition vers l'âge adulte, puisque le passage à l'âge adulte est une étape-clé, importante, dans le processus de construction identitaire. [15]. En effet, les défis post-migratoires auxquels ces jeunes sont confrontés sont souvent liés à l'acculturation [71]. Ce qui nous laisse penser qu'il y a donc un énorme stress acculturatif pesant sur ces MENA.

Pour épingler cette situation particulière qu'ils vivent, les auteurs Kartal et al. mettent en lumière que le stress acculturatif est lié à des événements de vie stressants qui sont associés au processus d'acculturation et qui conduisent à des difficultés psychologiques, résultant de la tension psychique que vivent ces jeunes étrangers qui se retrouvent face à des modes de vie, de valeurs, de modèles éducatifs différents de ce qu'ils connaissaient [71]. Aussi les politiques migratoires restrictives, le manque de soutien social, certaines discriminations engendrées par des politiques hostiles et la barrière linguistique font que ces jeunes migrants manquent de choix dans leur stratégie d'acculturation et éprouvent un sentiment de rejet et d'aliénation, avec des implications négatives pour leur santé mentale [71]. D'autres auteurs expliquent qu'une plus forte capacité d'adaptation psychologique et une plus grande estime de soi peuvent atténuer la tension entre le stress d'acculturation et le bien-être psychologique [69].

2.5.3 Les difficultés d'accès aux droits

Vu que les MENA sont un public vulnérable par le fait qu'ils sont à la fois des enfants et des migrants, cela leur permet de bénéficier de droits plus larges pour les protéger [15]. Toutefois la réalité est plus nuancée, du fait que les Etats européens et autres pays à revenu élevé sont soumis à une forte pression migratoire, ce qui engendre un affaiblissement de la protection de leurs droits, car les politiques migratoires restrictives font de la légalité du séjour un facteur discriminant. [72] En effet, les conditions qui permettent aux MENA d'accéder à leurs droits ne sont pas toujours réunies. « Le manque de papiers d'identité, la réalisation du test d'âge, les délais d'identification par le Service des Tutelles, les délais de désignation d'un tuteur et le

refus d'une place d'accueil » sont des éléments qui rendent difficile l'accès à leurs droits. [37]. Les recherches ont montré qu'il existe un fossé entre le besoin et l'utilisation de services de santé mentale par les MENA, particulièrement pour les plus âgés [73, 32]. Car ils manquent souvent de soutien adéquat des services sociaux, qui les laissent souvent naviguer seuls dans des systèmes de santé mentale complexes, et ce faisant, prolongent et exacerbent leur risque de problèmes de santé mentale. [32]. Aussi les défis pratiques et structurels, y compris l'expertise clinique insuffisante au sein des services, la connaissance limitée de ces services par ces jeunes, les déménagements fréquents, les problèmes d'inscription auprès des médecins généralistes, les barrières linguistiques et l'utilisation inappropriée des interprètes compliquent inévitablement les voies d'accès aux soins de santé. [32]. L'hébergement, l'éducation et l'emploi sont aussi des points essentiels à mettre en avant. Car les jeunes MENA qui sont en période de transition vers l'âge adulte connaissent plus particulièrement des difficultés d'accès à un hébergement adapté, une faiblesse de l'aide financière accordée pour ceux dont la DPI a été acceptée et une insuffisance d'encadrement social et psychologique [37]. Cette difficulté d'accès à un logement fait vivre à ce groupe de MENA une situation de forte précarité, ce qui a des conséquences sur leur santé physique et mentale, leur sécurité, la possibilité d'être scolarisé. L'inadaptation de l'offre d'hébergement à ce groupe de MENA et la saturation des dispositifs d'aide à la jeunesse rendent leur situation encore plus complexe [37]. Les difficultés d'accès à l'éducation sont aussi liées à une diversité de facteurs, notamment des difficultés d'inscription, difficulté à trouver un dispositif adapté, discriminations, et le fait de vivre en hébergement inadapté et temporaire complique leur scolarisation et engendre souvent le décrochage scolaire [37]. Toutes ces difficultés d'accès à leurs droits fondamentaux font que certains MENA, surtout ceux dont la DPI n'a pas été accordée, se voient dans l'impossibilité de travailler de manière régulière et cela peut les emmener à s'insérer dans l'économie parallèle, ce qui les rend encore plus vulnérables [37].

La crise du covid-19 a encore plus accentué ces facteurs de stress auxquels les MENA sont confrontés. Cette pandémie a révélé au grand jour les insuffisances du système [74]. Les mesures prises par le gouvernement fédéral face à cette pandémie posaient un certain nombre de problèmes liés aux droits humains, mais aussi au niveau des politiques migratoires [74]. En effet, à la suite de la fermeture des bureaux de dépôt des demandes d'asile, la fermeture de nombreux squats et foyers, des centaines de personnes ont ainsi été temporairement privées d'accès à la procédure d'asile, et de ce fait à une aide alimentaire et un hébergement [74].

Bien que beaucoup de jeunes migrants dont les MENA aient été logés dans des hôtels ou des auberges de jeunesse à l'occasion du confinement, un grand nombre d'entre eux ont été livrés à eux-mêmes [74]. Les autorités ont mis en place un formulaire en ligne pour les personnes souhaitant présenter une DPI, mais cela s'est révélé insatisfaisant [16]. Leur prise en charge sociale et sanitaire n'a pas été pensée pour ces lieux d'accueil précaires et plusieurs ont vu leur situation de santé mentale s'aggraver [74]. Ces problèmes sont liés aux parcours et conditions de vie des MENA ainsi qu'à des obstacles matériels, institutionnels et culturels [37].

2.6 Le lien subtil entre sentiment d'appartenance et bonne santé mentale

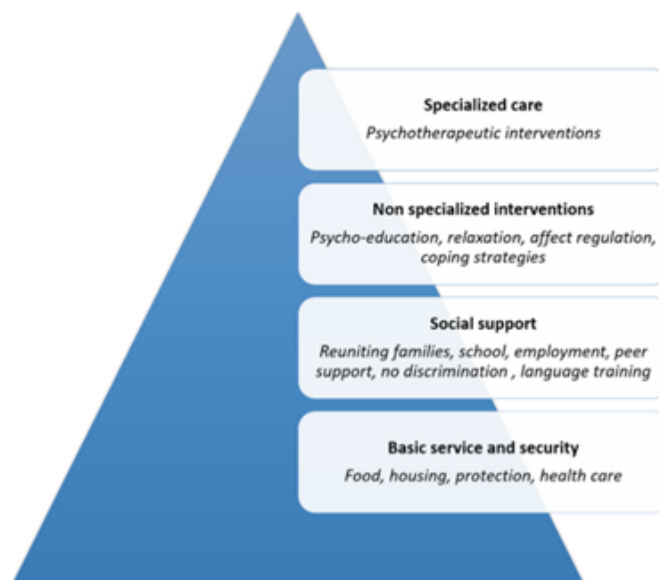
Les auteurs de l'article [75] ont montré que « le sentiment d'appartenance d'un individu à une société se développe de pair avec la capacité qu'il a de pouvoir exprimer ses besoins, ses attentes, ses suggestions et le sentiment d'être reconnu dans la contribution qu'il peut apporter quelque chose à cette société » [75]. C'est un sentiment qui renvoie inévitablement à la notion d'identité et s'inscrit dans des logiques sociales, culturelles et qui se construit à travers une acculturation réussie. [75] Les processus sociaux tels que la citoyenneté, l'inclusion sociale et l'absence de discrimination sont également des éléments importants pour aider les jeunes migrants et réfugiés à s'intégrer dans leur nouveau pays [76, 77]. De plus, l'inclusion dans la société et l'absence d'expériences de discrimination sont associées à des niveaux plus élevés de satisfaction à l'égard de la vie et de bien-être individuel des jeunes migrants et réfugiés. [76,77] C'est dans ce sens que d'autres auteurs ont démontré que le sentiment d'appartenance est une composante cruciale de la santé mentale [78]. Pour eux, pouvoir accéder aux soins de santé, à l'emploi, à la vie publique, c'est-à-dire l'inclusion des migrants et des réfugiés avec, par exemple, le même degré d'accès aux soins de santé que tous les membres de la communauté du nouveau pays d'accueil, sans barrières, indiquent un sentiment d'appartenance qui est nécessaire au bien-être physique et mental. [78, 17] En effet, se sentir appartenir au pays d'accueil a un effet positif sur la santé mentale. L'individu se sent en sécurité et en harmonie avec son nouvel environnement, le fait d'avoir un accès facile à des soins de santé mentale adéquats va aider à améliorer rapidement cet état de santé [17]. Or si l'individu ou le jeune MENA souffrant de problèmes de santé mentale n'a pas accès aux soins, cela crée un écart entre le besoin de soins et le traitement efficace disponible, et lorsque les soins de santé mentale sont disponibles pour les citoyens mais pas pour eux, la congruence avec les autres personnes de leur l'environnement, nécessaire pour le sentiment

d'appartenance, ne se réalisera malheureusement pas [18]. Donc s'il n'y a pas de sentiment d'appartenance cela peut influencer négativement la santé mentale [78].

2.7 Interventions pour améliorer la santé mentale des MENA

2.7.1 Intervention axée sur les déterminants sociaux de la santé

En termes de santé publique, sous l'angle de la promotion de la santé, les interventions en santé (mentale) ciblent le mieux-être en s'attardant particulièrement aux déterminants socio-économiques de la santé, notamment le logement, l'éducation, le travail, l'immigration et les politiques. [79, 80] Intervenir sur ces déterminants réduit les inégalités sociales en matière de santé et renforce la résilience des groupes de migrants, ce qui présente l'avantage supplémentaire de limiter le nombre de personnes qui pourront développer des troubles de santé mentale. [79, 81] C'est dans ce cadre que certains auteurs mettent en lumière que pour garantir la réussite du traitement des problèmes de santé mentale des migrants et demandeurs d'asile, il est essentiel que leur santé mentale soit traitée de façon holistique [79, 80]. Le Comité Permanent Interorganisations (CPI) recommande de mettre au point un système à plusieurs niveaux pour les soins de santé mentale et le soutien psychosocial au demandeur d'asile, il est aussi adapté au MENA. [73] (**Figure 3 ; p21**)



**Figure 3 : Pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Tiré de l'article des auteurs Horlings A et Hein I. [73]*

Le premier niveau correspond au service de base et de sécurité. C'est-à-dire que le bien-être des migrants et demandeurs d'asile devrait être assuré par « l'établissement ou le

rétablissement de la sécurité », par une bonne gouvernance des politiques sans discrimination et des services permettant de satisfaire les besoins physiologiques et matériels de base comme « alimentation, logement, soins de santé de base ». [73, 82]

Dans la deuxième couche, la santé mentale et le bien-être psychosocial des migrants et des demandeurs d'asile pourrait être amélioré s'ils vivent dans un environnement sécurisé et ont accès à des procédés de soutien familiaux et communautaires. Pour répondre au mieux à ce niveau d'intervention, il faudrait inclure « la recherche et la réunification des familles, des cérémonies communautaires de conciliation, la diffusion d'informations sur les méthodes positives d'adaptation, un accès renforcé à une éducation non formelle et formelle protectrice et adaptée, la création d'emplois ». [73, 82]

Le troisième étage nécessite des interventions non spécialisées plus centrées sur l'individu. Ce niveau comporte aussi les soins de santé mentale de base fourni par des professionnels de santé de première ligne et les premiers secours psychologiques [73, 82]

Le sommet de la pyramide comprend l'aide additionnelle à fournir à ceux dont la souffrance est inacceptable, malgré les dispositifs de soutien évoqués dans la première et la deuxième couche, et qui peuvent connaître de grandes difficultés au quotidien. Cette aide supplémentaire doit leur permettre d'avoir accès à des services de santé mentale spécialisés pour favoriser l'amélioration de leur santé mentale, lorsque les autres services généraux et de première ligne ne sont pas capables de couvrir leurs besoins. [73, 82]

Cette pyramide à plusieurs niveaux signifie que les interventions réussies chez les MENA et autres migrants nécessitent non seulement un traitement psychothérapeutique, mais aussi des facteurs individuels et de soutien social tels que la famille (réunification), la possibilité d'aller à l'école, l'intégration des soins de santé traditionnels, la formation linguistique et aide en matière d'emploi et de logement [73, 82]. Les données de certaines recherches indiquent que les MENA vivant seuls ou dans des centres de détention ont une moins bonne santé mentale que ceux qui sont placés dans des logements avec un soutien spécifique, comme les foyers d'accueil ou des logements d'autonomie adéquats et adaptés avec soutien social [65, 69] La constance des soins et l'établissement de nouvelles relations et de réseaux de soutien social peuvent aider les jeunes à surmonter les traumatismes passés et les problèmes de santé mentale [69].

Pour terminer, des interventions à plusieurs niveaux flexibles et multimodales, basées sur la communauté et les déterminants socio-économiques de santé sont donc nécessaires pour le bien-être psychosocial et les conditions de vie des MÉNA [83]. Le développement de ces types d'interventions nécessite une coordination entre les individus, les communautés et les prestataires de services, y compris les décideurs politiques, ce qui est difficile en raison du manque de ressources [83].

2.7.2 Interventions psychothérapeutiques basées sur des preuves

Il est important de souligner qu'en ce qui concerne les interventions psychothérapeutiques les plus efficaces pour améliorer la santé mentale des MENA, beaucoup d'études montrent que parmi ces interventions la thérapie d'exposition narrative (NET) adaptée en KIDNET pour les enfants est l'intervention qui s'avère la plus solide à ce jour [4,16] et la plus sûre pour traiter les personnes souffrant de multiples traumatismes liés à la violence, comme les troubles de stress post-traumatique [20].

Lors de nos recherches nous avons constaté qu'il existait plusieurs types d'interventions psychothérapeutiques et traitements pharmacologiques utilisés dans le traitement des troubles de stress post-traumatique. Pour certains auteurs, la psychothérapie est considérée comme l'étalon d'or, alors que le traitement pharmacologique est considéré comme une forme de contrôle des symptômes. [84, 85] Parmi les interventions psychothérapeutiques axées sur le traumatisme, il semblerait que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la désensibilisation et le retraitement des mouvements oculaires (EMDR), et la thérapie d'exposition narrative (NET) sont des interventions efficaces les plus largement utilisées et basées sur des preuves. [4, 14, 20]. Pour rester prudent : ce mémoire juge essentiel de préciser qu'il ne remet pas en question l'efficacité potentielle de certaines autres interventions psychothérapeutiques.

2.7.2.1 Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

Les thérapies cognitivo-comportementales sont un éventail de différentes approches thérapeutiques qui utilisent des techniques intervenant au niveau du comportement, du cognitif et des émotions.[84] Ces trois niveaux sont interreliés de telle manière qu'agir sur un seul de ces niveaux a des répercussions sur les deux autres [84]. Je ne m'attarderai ici que sur la thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes (TCC-T). Cette thérapie est

recommandée comme principal traitement du PTSD pour les adultes et les enfants dans plusieurs pays [4]. Elle vise à modifier les pensées et les comportements problématiques de l'individu liés à l'événement traumatique et à les remplacer par des pensées et des réactions adéquates à la réalité. Ainsi la TCC-T permet à la personne de se souvenir et de parler du traumatisme qu'elle a vécu sans que cela ne la bouleverse grandement, en la conduisant à l'accoutumance et à la normalisation des souvenirs de traumatisme. [84] La TCC-T permet aussi à la personne de retrouver les activités qu'elle avait arrêtées à cause du traumatisme. Ainsi graduellement la personne est capable de faire face à ses souvenirs traumatisants et aux situations stressantes qui peuvent y être associées [84, 85] Les auteurs Marin, Crevier et Juster mettent en lumière que la TCC-T assurerait une amélioration de longue durée en termes d'année après l'intervention [85].

2.7.2.2 Thérapie d'exposition narrative (NET)

La thérapie d'exposition narrative est basée sur les théories neurobiologiques du traumatisme et de la mémoire et utilise les principes de la thérapie cognitivo-comportementale et de la thérapie par témoignage [86, 87]. Selon certains auteurs, NET est l'intervention qui possède la base de preuves la plus solide à ce jour et la plus sûre pour traiter les enfants souffrant de multiples traumatismes liés à la violence [4,14]. Il s'agit d'une thérapie individuelle et à court terme développée par le Dr. Maggie Schauer et Prof. Dr. Frank Neuner en 2002, qui consiste à amener le patient à raconter de manière chronologique les événements marquants de sa vie. Il est invité par les questions du professionnel de la santé conformément au modèle d'Ehlers et Clark (**Annexe 4**), à revivre par la narration chacun de ces événements dans les moindres détails, y compris comment il s'est senti sur le plan psychologique et physique. [87] L'individu souffrant de PTSD est ainsi exposé à une élaboration répétée et détaillée de ce qui s'est passé pendant les événements traumatisants et peut devenir désensibilisé aux rappels de traumatisme.[87] Une autre particularité du NET est qu'il est conçu pour être une approche interculturelle et a été mis en œuvre avec succès dans un certain nombre de cultures et de contextes différents [88] KidNET est une version adaptée aux enfants avec quelques adaptations du modèle original pour aider les enfants à construire leur histoire et à exprimer leurs émotions [14, 20]. NET et KidNET pour beaucoup d'auteurs réduisent considérablement les symptômes du PTSD, même chez les enfants gravement traumatisés par la guerre.[14, 20, 88] KidNET semble également avoir un effet significatif sur les symptômes de dépression et idées suicidaires [88].

2.7.2.3 Désensibilisation et Retraitement des Mouvements Oculaires (EMDR)

La désensibilisation et le retraitement par les mouvements oculaires (EMDR) est une méthode de la TCC. Elle est aussi reconnue efficace dans le traitement des PTSD. C'est une thérapie qui a beaucoup de similitudes avec la TCC-T, notamment au niveau de l'accoutumance et de la normalisation des souvenirs de traumatisme, de la gestion des émotions, des informations sur les réactions post-traumatiques etc... [84] De manière différente, l'EMDR utilise la stimulation sensorielle par des mouvements oculaires, des stimuli cutanés ou bien auditifs. Pendant l'EMDR, l'individu focalise mentalement une image, une mémoire, une émotion ou une cognition dérangeante associée à un traumatisme. L'exposition aux stimuli externes est généralement courte et mélangée à des mouvements oculaires saccadiques initiés par le professionnel de la santé [89]. Les mouvements oculaires saccadiques ou autre forme de stimulus utilisés dans l'EMDR facilitent l'intégration de l'information par l'individu [89]. Il est important de noter que cette approche ne fait pas l'unanimité. En effet le ou les mécanisme(s) neurophysiologique(s) derrière l'effet des mouvements saccadiques ne sont pas clairs. Certains chercheurs jugent l'utilisation des mouvements oculaires non nécessaire. [84] Néanmoins des données des méta-analyses et des essais contrôlés randomisés de quelques études solides démontrent l'efficacité du traitement EMDR en tant que traitement du PTSD [90, 91].

2.7.3 Traitement pharmacologie

On peut constater qu'il y a peu de recherches axées sur les problèmes psychopharmacologiques spécifiques aux populations de migrants et réfugiés. Les praticiens utilisent la même gamme de médicaments psychotropes que ceux utilisés dans la pratique psychiatrique courante [92]. Ainsi les médicaments les plus couramment utilisés dans le PTSD sont les antidépresseurs tels que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (la paroxétine®, la fluoxétine®, la sertraline®, ...), les inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine (venlafaxine®, duloxétine®,...), et leurs variantes (reboxetine®) [92,93] Ces traitements se sont montrés utiles pour diminuer les symptômes de stress post-traumatique [85] Pour terminer, les auteurs Marin et Crever mettent en lumière qu'il faut cependant savoir qu'en générale, « l'amélioration associée à la prise d'un médicament (seul) est souvent inférieure à celle produite par la psychothérapie » [85].

3 Conclusion du cadre théorique

Nous pouvons constater au travers de ce cadre théorique que les MENA sont un public vulnérable auquel il faut être particulièrement attentif parmi la population des migrants et réfugiés. Car ils sont non seulement mineurs étrangers non accompagnés mais aussi mineurs souffrant de problèmes de santé mentale (PTSD, anxiété, dépression, ...) pour la plupart. Parmi eux, les plus âgés qui sont en transition vers l'âge adulte sont confrontés à de nombreuses difficultés liées au climat social peu favorable à l'accueil des migrants et aux politiques restrictives qui en découlent ; dans la majorité des pays d'accueil (difficulté d'accès au logement, à l'emploi, aux soins de santé...) cela fait obstacle à une réinsertion réussie dans ce nouveau pays. D'un côté, leur sentiment d'incertitude quant à l'avenir peut donc augmenter et leur problème de santé mentale en être aggravé ; de l'autre, cette situation liée aux politiques rend difficile la prise en charge médico-psychologique et sociale des professionnels qui accompagnent ce public. Bien que la Belgique mette à disposition des ressources pour aider ces MENA, celles-ci s'avèrent insuffisantes.

B. Cadre pratique

4 Question de recherche

Suite à la problématique de la santé mentale des MENA telle que nous l'avons décrite plus haut, nous émettons quelques questions telles que :

Quelles sont les difficultés spécifiques pour ce groupe ? Comment sont-ils accompagnés une fois arrivés dans le pays d'accueil ? Quelles sont les forces et les faiblesses de l'encadrement de ces MENA présentant des difficultés de santé mentale ? Qu'est ce qui est mis en place comme interventions probantes pour améliorer leur santé mentale ?

Pour répondre à ces différentes questions, nous avons tenté de comprendre ce problème de santé mentale que subit ce public vulnérable et cela a fait émerger la question de recherche principale qui est la suivante :

« Comment améliorer la santé mentale des MENA demandeurs d'asile âgés de 16-25 ans souffrant de PTSD, à travers des prises en charge psycho(socio)thérapeutiques et institutionnelles efficaces par des professionnels travaillant dans des structures d'accueil avec les MENA ? »

Pour arriver à cette question nous avons utilisé la méthode PICO pour formuler les mots clés et ainsi construire la question de recherche.

P	Mineurs étrangers non accompagnés (MENA) demandeurs d’asile âgés de 16-25 ans souffrant de troubles de stress post-traumatiques (PTSD)
I	Prises en charge psycho(socio)thérapeutiques et institutionnelles efficaces
C	/
O	Améliorer la santé mentale des MENA

Nous entendons par prise en charge psycho (socio) thérapeutique, les interventions psychologiques, sociales et thérapeutiques effectuées par des prestataires comme les psychologues, les psychiatres, les travailleurs sociaux, médecins de soins primaires, les infirmiers, etc...tel que défini dans le MeSH et institutionnelles par rapport à l’organisation des soins de santé (mentale) autour de ces jeunes MENA.

L’objectif de cette question de recherche est de faire un état des lieux de la problématique de la santé mentale des MENA (en transition vers l’âge adulte), et ainsi, par ce travail, ouvrir un débat nécessaire quant aux pistes d’améliorations de l’accompagnement de ce public.

5 Caractéristiques du chercheur

Je suis infirmière diplômée depuis juin 2017. Dans le courant de l’année 2019, j’ai décidé de faire le Master en Santé Publique à l’Université Catholique de Louvain (UCL). C’est en vue de l’obtention de ce diplôme que je réalise ce travail de recherche dans le cadre de mon mémoire de fin d’études. Je n’ai aucune expérience dans le domaine de la recherche hormis les cours de recherche documentaire que j’ai pu suivre durant ce master et le travail de fin d’étude que j’ai réalisé lorsque j’étais étudiante en soins infirmiers. En plus d’être étudiante, je travaille dans un hôpital bruxellois dans la section médecine interne/orthopédique qui a été transformée en unité covid-19.

6 Matériels et méthode

6.1 Collecte de données

6.1.1 Stratégie de l'échantillonnage

Critère d'inclusion

- Toutes catégories de professionnels dans des structures d'accueil et/ou institutions qui prennent en charge les MENA : Psychologue, assistant social, éducateur, avocat ;
- Travaillant au moins 1 an minimum à temps partiel ou temps plein

Dès le début, la taille de l'échantillon n'a pas été prédéfinie. Je me suis basée sur le principe de saturation des données, c'est-à-dire que l'échantillon est considéré comme complet lorsque les données recueillies et leur analyse n'apportent plus de nouveaux éléments à la recherche.[94]

Contexte et modalité de contact

Le contexte pandémique dans lequel nous vivons actuellement, a rendu très difficile l'obtention de rendez-vous pour pouvoir réaliser des entretiens semi-directifs. Car des mesures restrictives ont été mises en place par le gouvernement fédéral pour endiguer la propagation du Covid-19 dans la population. Etant donné que parmi ces mesures il y avait le confinement et la fermeture de plusieurs secteurs, peu de personnes ont répondu favorablement aux mails et/ou appels téléphoniques. Ceux qui ont répondu favorablement, m'ont tous demandé quelles étaient mes attentes et quel genre de questions j'allais leur poser pour mieux se préparer à l'entretien. J'ai aussi rempli un formulaire de demande dans le cadre de recherche ou de travaux d'étudiants auprès de Fedasil. Quasiment tous les entretiens se sont passés en ligne par visio-conférence via l'application Teams. Un seul entretien s'est fait en présentiel.

Echantillon

Sur un ensemble de 19 professionnels contactés, seulement 8 ont répondu positivement. Parmi eux il y avait 5 psychologues, 2 assistantes sociales et 1 éducatrice (responsable scolaire). J'ai donc obtenu un échantillon final de 8 professionnels. J'ai pu constater qu'au bout de 7

entretiens j'étais à saturation des données, car les professionnels n'apportaient plus d'éléments nouveaux. Et le dernier entretien a bien confirmé cette hypothèse de saturation des données.

Le tableau **3.a** indique les données socio-démographiques des professionnels qui ont participé à l'entretien. Sur 8 entretiens réalisés, 100% l'étaient avec des femmes, l'âge moyen était de 42 ans (avec un minimum de 32 ans et un maximum de 57 ans), l'ancienneté moyenne était de 8 ans (avec un minimum de 1 an et un maximum de 17 ans). Concernant le nombre de pourcentage du temps de travail, 5 personnes travaillaient à temps plein, 3 personnes à temps partiel ; concernant le statut professionnel, 100% avaient un statut de salarié, pour la classe d'âge des MENA que ces professionnels prenaient en charge, la classe la plus fréquente était les [15-17] ans. En ce qui concerne le lieu de pratique de ces professionnels, 5 travaillaient en région wallonne, 2 en région bruxelloise et 1 en région flamande. Quelle que soit la région, la langue parlée lors de l'entretien était le français. En ce qui concerne le type de structure, 3 professionnelles interrogées travaillaient dans un centre de phase 2 ; 2 travaillaient dans des centre d'orientation et d'observation (COO) ; 2 autres dans des structures d'accompagnement social et 1 dans un service de santé mentale pour exilés. Le nombre des jeunes accueillis et la durée du séjour étaient très variables en fonction des structures d'accueil. Le centre de phase 2 avait une capacité d'accueil de 41 jeunes. Pour les COO, l'un avait une capacité d'accueil de 50 jeunes et l'autre une capacité d'accueil de 65 jeunes. Le service de santé mentale faisait uniquement des suivis d'environ 200 jeunes/an en moyenne. Pour les services d'accompagnement social, l'un d'eux avait une double tâche : en plus du suivi social aux jeunes, il y avait une section réservée à la phase 3 et cette phase 3 avait une capacité d'accueil de 24 places de logements de transit ; aucune donnée n'a été mentionnée concernant la durée de séjour dans ces logements. L'autre service d'accompagnement faisait uniquement des suivis d'environ 100 à 200 jeunes/an.

Tableau 3.a —Données sociodémographiques des personnes interrogées

Entretiens	Profession	Âge (années)	Genre	Ancienneté (années)	% du temps de travail	Statut	Classe d'âge de MENA pris en charge (années)	Lieu de pratique professionnelle et type de centre (Région)	Type de centre (structure)	Capacité d'accueil du centre /ou taille des jeunes accueillis	Durée du séjours pour les MENA
1	Psychologue	51	F	17	Temps partiel	Salarié	6-15	Wallonie	Phase 2	41	Variable en fonction de la situation du jeune, de son âge et de son statut de séjour
2	Assistante sociale	35	F	1	Temps plein	Salarié	17-18+	Bruxelles	Service d'accompagne ment pour les MENA et ex MENA + Une section d'accueil pour la phase 3	Environ 200/an 24 places pour les logements de transit	/
3	Educatrice (responsable scolaire)	45	F	17	Temps plein	Salarié	6-18	Wallonie	Phase 2	41	Variable en fonction de la situation du jeune, de son âge et de son statut de séjour
4	Assistante sociale	57	F	8	Temps partiel	Salarié	18-25	Wallonie	Service d'accompagne ment aux étrangers	Environ 100 à 200 jeunes suivis/an	/
5	Psychologue	32	F	5	Temps plein	Salarié	15-17	Bruxelles	COO	65	Environ 1 mois/ 1 mois

											et demi
6	Psychologue	39	F	9	Temps Partiel	Salarié	15-18+	Wallonie	Phase 2	41	Variable en fonction de la situation du jeune, de son âge et de son statut de séjour
7	Psychologue	37	F	8	Temps plein	Salarié	15-17	Wallonie	Service de santé mental pour exilés	En fonction de la demande. En moyenne 200 jeunes suivis/an	/
8	Psychologue	40	F	1	Temps plein	Salarié	15-17	Flandre	COO	50	Environ 1 mois

6.1.2 Outils

Les entretiens semi-directifs ont été menés auprès des professionnels à partir d'un guide d'entretien (**Annexe 5**) construit sur base des éléments de la partie théorique. Dans ce guide d'entretien, il y avait toute une série de questions ouvertes qui, selon la littérature et le cours de méthode qualitative, doivent renseigner au moins sur les quatre éléments suivants : Qui est l'interviewé ? Que fait-il ? Comment le fait-il ? Qu'est-ce qu'il pense ? Comment le vit-il ? Cela afin de pouvoir comprendre de manière plus approfondie le sujet sur lequel on enquête. [94]

Le choix de cette méthode qualitative avec des entretiens semi-structurés était le plus judicieux pour ce mémoire. Car le sujet de recherche est d'une part complexe, sensible, requiert de la créativité et de nouvelles idées. [94] D'autre part, il procure une certaine liberté à l'interviewé dans ses réponses, permettant d'avoir diverses réponses contextualisées et complètes. [94]

Au niveau du guide d'entretien, pour m'assurer que les questions étaient compréhensibles, j'ai sollicité deux personnes volontaires qui ne connaissaient pas particulièrement le problème abordé dans ce mémoire, avant de rencontrer virtuellement (visioconférence) les

professionnelles qui allaient être interviewés via des entretiens semi-structurés. Quelques petites modifications ont dû être faites pour que certaines questions soient plus compréhensibles ou moins longues. Lors de l’entretien, j’ai parfois abandonné certaines questions car le professionnel avait déjà anticipé sur la question. Parfois, j’ai dû recadrer pour éviter qu’on ne s’égar trop, et revenir à la question.

6.1.3 Déroulement de la collecte des données

Le début de chaque entretien a commencé par une petite introduction où je me présentais, puis je disais le pourquoi de l’entretien suivi de la question de recherche, puis j’expliquais ensuite comment allaient se dérouler les entretiens ; pour terminer, je leur demandais s’ils étaient d’accord que j’enregistre l’entretien, en leur assurant que lors de la retranscription leur anonymat sera respecté. Les premières questions consistaient alors à déterminer les données socio-démographiques des interviewés. Après cela venaient des sous-questions qui mettaient en lumière les éléments de la question de recherches pour avoir le plus d’information possible. Ces sous-questions étaient regroupées sous 4 thématiques principales. (**Annexe 5**) A la fin de ces questions je terminais par des remerciements.

Les entretiens ont été menés entre le 26 novembre 2020 et le 25 février 2021. Avec leur accord, les entretiens par visioconférence ont été enregistrés directement sur Teams. Le seul entretien en présentiel a été enregistré via mon ordinateur portable. Ils ont duré entre 40 et 75 minutes en fonction des personnalités et du temps que chacun pouvait m'accorder selon son planning. (Tableau 3.b)

Tableau 3.b —Date et durée des entretiens

Entretiens	1	2	3	4	5	6	7	8
Date	26/11/20	01/12/20	03/12/20	11/01/21	05/02/21	23/02/21	24/02/21	25/02/21
Durées (minutes)	63	40	75	40	45	50	43	44

6.2 Analyse des données recueillies

L'analyse des données se rapporte à une seconde lecture pour « en saisir le sens au-delà des significations premières » [94]. En méthode qualitative, nous avons deux niveaux d’analyse. L'une est descriptive et l'autre interprétative. Dans l’analyse descriptive, il faut rendre compte inéluctablement et fidèlement de ce qui a été dit à propos de l’objet de la recherche. Cette analyse peut se suffire à elle-même ou constituer une étape préalable précédant la phase

d'interprétation. Dans l'analyse interprétative, on est dans quelque chose de conceptuel et théorique, c'est la subjectivité du chercheur qui est mise en avant tout en faisant appel à ses connaissances issues de la littérature. Il explique, interprète, produit des hypothèses qui entrent en jeu pour interpréter les résultats. [94] Selon les deux méthodes (descriptive et interprétative), il faut créer des unités d'analyse (une étiquette) qui peuvent avoir différentes fonctions. C'est-à-dire que des unités d'analyse peuvent avoir une fonction de classement, une fonction de description, une fonction de théorisation, ... Elles peuvent être soit prédéfinies dès le début de la recherche, soit créées au fur et à mesure de l'analyse (démarche inductive), ou les deux à la fois [94].

Dans ce mémoire, c'est le niveau d'analyse descriptive qui a été utilisé ainsi que des unités d'analyses prédéfinies. (**Annexe 6**) Il s'agit des thèmes suivants :

1. Phase d'arrivée des MENA dans les centres (institutions)
2. Problématique de santé mentale observées parmi les MENA
3. Facteurs de risque aggravant l'état de santé physique et mentale des MENA
4. Eléments identifiés comme participant à l'amélioration de la santé mentale des MENA
5. Préparation à l'autonomie
6. Obstacles qui entravent une prise en charge adéquate et efficace
7. Limite du système observé par les professionnelles qui encadrent les MENA
8. Le thème de la pandémie du coronavirus a émergé dans le discours de trois professionnelles (essentiellement des psychologues) lors des entretiens. Il n'était pas prédéfini au départ et ne faisait pas partie du guide d'entretien.

7 Comité d'éthique

Etant donné que ce mémoire est adressé uniquement aux professionnels et qu'aucune donnée médicale n'a été collectée, le comité d'éthique a mentionné que ce mémoire ne tombe pas sous le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, et qu'un avis contraignant du comité d'éthique n'est donc pas nécessaire. Cependant, ils ont demandé de prendre toutes les mesures nécessaires pour le respect de la

confidentialité des données récoltées (conservation des enregistrements y compris), conformément au RGPD.

8 Résultats

Les résultats de la recherche ont été regroupés sous forme de thématique à partir du niveau d'analyse descriptive. Ces résultats sont issus des réponses des professionnels via la retranscription des entretiens (**Annexes des entretiens version électronique**). Ils sont en lien avec la question de recherche et sont présentés sous forme de thématique ci-dessous.

1. Phase d'arrivée des MENA dans les centres (institutions)

En ce qui concerne l'arrivée des MENA dans les centres d'accueil ou des institutions qui travaillent avec ce public, toutes les professionnelles sans exception ont fait ressortir que les MENA n'arrivent pas d'eux-mêmes dans ces centres. Ils ont d'abord été signalés lors de leur arrivée sur le territoire belge. Voici trois extraits illustrant comment les MENA arrivent dans ces structures.

« Il y a un parcours d'accueil pour les MENA en Belgique, et donc ils sont trouvés dans la rue soit par la police lors d'un contrôle de routine, soit par l'Office des Etrangers (...), soit par les SAJ (service d'aide à la jeunesse) en passant par la phase COO, SPJ (service de protection de la jeunesse), soit par des tuteurs etc.... Il peut arriver que le SAJ envoie directement le jeune sans passer par la phase COO. » (Entretien 1, psychologue ; L 12-19)

« On est en contact avec le centre E P, le centre MENA d'A, la clinique de L, le centre RI, toutes ces structures nous orientent les MENA qui vont atteindre, ou qui ont atteint la majorité. Il y a aussi les centres phase 3. » (Entretien 4, assistante sociale ; L 593-595)

NB : le centre EP, centre MENA d'A, sont des centres de phase 2. Quant à la clinique de L telle que définie sur leur site internet, c'est un service « de santé mentale qui s'adresse à toute personne, étrangère ou belge d'origine étrangère, avec droit de séjour ou non, qui rencontre des difficultés psychosociales ou psychologiques liées à la migration ou l'exil forcé. »

« Et donc les jeunes qui viennent ici au centre ce sont des jeunes envoyés par soit les avocats, les éducateurs, infirmières, psychologues, ... des centres de fedasil, soit les tuteurs, la Croix-Rouge. » (Entretien 7, psychologue ; L 1315-1316)

2. Problématique de santé mentale observées parmi les MENA

En ce qui concerne les problèmes de santé mentale chez les MENA, la plupart des professionnels ont fait ressortir le trouble de stress post-traumatique (PTSD). Mais d'autres problèmes de santé mentale en dehors du PTSD ont été émis. Voici quelques extraits.

« Les principaux problèmes qu'on a ce sont des troubles du sommeil (...) Problèmes de comportement ça veut dire excitations, violence, agressivité. (...) Aussi les deux grandes catégories que j'ai pu observer sont : les troubles de l'attachement (...) Et l'autre grande catégorie est le PTSD (...) Et on a des symptômes similaires dans les deux grandes catégories c'est-à-dire une hypervigilance, énervement... » (Entretien 1, Psychologue ; L 83-98)

« PTSD, délire de persécution » (Entretien 4, assistante sociale ; L669)

Une psychologue a mentionné que tous les MENA ne souffrent pas nécessairement de PTSD après le traumatisme qu'ils ont dû subir :

« Il y a beaucoup de jeunes qui ont des traumatismes, (...) Ce n'est pas parce que tu as expérimenté un traumatisme qu'automatiquement tu souffres de PTSD. Cependant presque tous les jeunes ont des plaintes de stress à cause des choses qu'ils ont vécues. (...) Et ça se manifeste par des problèmes de sommeil, avoir mal à la tête, pas d'énergie pendant la journée, avoir des difficultés à s'adapter, des difficultés avec ses émotions, la régulation de ses émotions, (...) Aussi il y a des jeunes qui ont vraiment des problèmes psychiatriques, par exemple on a déjà eu des jeunes avec des PTSD qui entendaient des voix, d'autres qui s'auto-mutilent » (Entretien 5, psychologue ; L 776-785)

Une autre psychologue interviewée a mentionné que pour elle, au lieu de parler de PTSD, elle préfère utiliser le terme traumatismes multiples complexes et cumulés. Car pour elle ces jeunes MENA ont vécu plusieurs traumatismes par rapport à une personne qui aurait vécu un accident grave par exemple :

« On a beaucoup de jeunes qui souffrent de PTSD, les symptômes du PTSD qu'on rencontre chez ces jeunes, ce sont des troubles du sommeil, pensées envahissantes et récurrentes, difficulté de concentration, état d'hypervigilance, de gros troubles de l'humeur, de gros états dépressifs, des jeunes qui par exemple restent couchés toute la journée dans leur lit. Mais chez les MENA, je préfère parler de traumatismes multiples, complexes et cumulés car ils ont vécu beaucoup de traumatismes contrairement à une personne qui a vécu un accident grave »

et qui souffre de PTSD. Chez les MENA c'est beaucoup plus complexe. » (Entretien 7, psychologue ; L 1357-1363)

3. Facteurs de risque aggravant l'état de santé physique et mentale des MENA

En ce qui concerne les facteurs de risque qui peuvent aggraver les problèmes de santé des MENA, tous les professionnels interrogés ont mis en lumière l'incertitude quant à leur avenir en Belgique, d'autres ont parlé des procédures d'asile qui sont infernales pour ces jeunes, certains encore parlent de discrimination. Voici quelques exemples d'extraits :

« S'il y a quelque chose à dire sur la santé mentale des MENA en Belgique, ce qui est très préjudiciable c'est l'incertitude quant à leur séjour en Belgique, ils ne sont pas sûrs d'avoir leurs papiers. Ça c'est un facteur de vulnérabilité très important. On en a qui sont là depuis qu'ils ont 10 ans et qui aujourd'hui en ont 17, et ils ne savent pas toujours si à l'âge de la majorité ils vont rester en Belgique. » (Entretien 1, psychologue ; L 174-178) ;

« Certains auront leur audition après 3 jours, d'autres après 3-4 mois. Et on ne sait pas expliquer pourquoi il y a des différences de délai. Il y en a à qui on donne tout de suite les papiers et à d'autres on demande de prouver à plusieurs reprises. On ne sait pas pourquoi il y a des différences de traitement. Parfois c'est parce que les situations sont légèrement différentes, parfois c'est parce que ce n'est pas la même personne qui les a auditionnés, parfois c'est parce que la situation du pays a changé. Ça donne au jeune un grand sentiment arbitraire. » (Entretien 1, psychologue ; L 219-225)

« On a parfois des jeunes qui ont leurs papiers 3 jours avant l'âge de 18 ans, et on n'a jamais pu passer à l'étape d'après, (...). On a été dans l'incertitude pendant tout leur séjour. C'est vraiment de la maltraitance institutionnelle gravissime et on fait peser les politiques migratoires répressives européennes qui à la limite ne devraient impacter que des adultes. Un adulte, on peut le considérer responsable de sa trajectoire, un enfant, il ne devrait pas avoir à justifier où il est. » (Entretien 1, psychologue ; L 243-248)

*« Les jeunes qui sont dans une situation de précarité de séjour, ceux qui n'ont pas de carte de séjour sont très angoissés. C'est une angoisse permanente. J'ai eu un jeune qui était hébergé provisoirement, il m'a posé la question : « **mais qu'est-ce que je vais faire !?** La dame dit qu'elle ne peut plus m'accueillir après juin. Trouve-moi une solution ! qu'est-ce que je*

peux faire ! » Parfois je suis dans une impasse, je ne sais pas ce que je peux faire. Je suis dans une impuissance. » (Entretien 4, assistante sociale ; L 638-643)

Une éducatrice (responsable scolaire) a mentionné que ceux qui ont atteint 18 ans doivent partir. Les jeunes dont la demande a été refusée doivent se débrouiller. Ces jeunes sont aussi confrontés à des difficultés à trouver un logement. Parfois ce sont les professionnels qui doivent bricoler pour trouver quelque chose de temporaire pour ces jeunes. *« il y a des jeunes qui n'ont pas de papier et qui vont vers la majorité sans papier, et donc c'est beaucoup plus compliqué pour ces jeunes de se poser. Là j'ai par exemple trois jeunes qui sont en contrat d'apprentissage CEFA, qui étaient en professionnel l'année passée ; mais en vue justement d'une autonomie à cause du passage à la majorité, d'une susceptibilité d'avoir besoin d'argent à un moment, on les a inscrits dans un contrat d'apprentissage. (...) Après c'est un peu un leurre, vu qu'on a des jeunes qui ont un patron qui vont à l'école mais qui n'ont pas de logement. C'est la psychologue qui a beaucoup de contact sur des plateformes citoyennes qui essaye de trouver des personnes pour les héberger. » (Entretien 3, éducatrice ; L 518-529)*

4. Eléments identifiés comme participant à l'amélioration de la santé mentale des MENA

L'ensemble des participants étaient tous d'accord pour dire que les MENA souffrants de problèmes de santé mentale devaient faire l'objet d'une attention particulière. Certains professionnels, comme les assistantes sociales et l'éducatrice, ont plus mis l'accent sur certains déterminants sociaux de la santé (mentale) pour améliorer la santé mentale de ces jeunes MENA, tandis que les psychologues ont plus parlé des interventions psychosociales et psychothérapeutiques susceptibles d'améliorer la santé mentale de ce public vulnérable. Voici plusieurs extraits qui mettent en lumière ce que ces professionnels font pour améliorer la santé des MENA.

« les professeurs qui donnent cours dans les DASPA aux MENA sont sensibilisés aux fragilités psychologiques de ces jeunes, et ils ont conscience du parcours qu'ils ont dû subir. L'école travaille beaucoup avec le PMS où il y a un psychologue qui fait de l'orientation mais qui est beaucoup plus attentif à ce niveau-là. Maintenant pour ceux qui ont des gros soucis de santé mentale on fait la part des choses, on sait qu'un jeune qui est en grande difficulté au niveau mentale n'a pas la capacité d'apprendre. On essaye de jouer sur l'accrochage

scolaire, le fait de savoir se lever tous les jours pour juste être présent à l'école, le fait de savoir être en contact avec d'autres jeunes, qu'il s'ouvre un peu au monde extérieur et l'apprentissage scolaire en tant que tel viendra avec le temps. » (Entretien 3, éducatrice ; L 501-509)

Cette assistante sociale a mis en avant que la création de relation et le soutien social est quelque chose de primordial pour améliorer leur santé mentale.

« Pour moi c'est de s'approcher de la personne en étant en relation, et essayer de voir comment on peut restaurer des liens avec les différentes institutions qui accompagnent les jeunes (...). C'est nous qui devons aller vers eux. Pour moi j'estime que mon rôle, c'est d'être en lien avec l'autre et de connaître des réseaux et de faciliter l'accès aux jeunes et aux moins jeunes à ce qui existe. Parce qu'il y a un écart immense entre les institutions, les services sociaux, et les personnes elles-mêmes. Après plusieurs années de travail social, je me suis aperçue que souvent ce qui aidait le mieux ces jeunes, c'étaient le plus souvent leurs proches plutôt que les institutions. » (Entretien 4, assistante sociale ; L 672-679)

Une psychologue a exprimé qu'elle n'utilise pas le NET ou TCC, car ce type de thérapie ne peut être utilisé que quand le jeune a une certaine stabilité psychique. Et donc si on les utilise trop tôt ou au mauvais moment, on risque de provoquer plutôt des reviviscences.

« Donc ici ce n'est pas notre manière de travailler, d'aller leur demander de raconter de front ce qui les a traumatisés, parce qu'on considère qu'ils ne sont pas assez stables psychologiquement pour y faire face et du coup ils risquent de faire plutôt des reviviscences. (...) Souvent c'est bien après, une fois que le jeune aura eu sa réponse si oui ou non il peut rester en Belgique, qu'il aura trouvé un logement, une profession, alors peut-être que psychologiquement il aura plus de ressources pour pouvoir aller dans quelque chose de très confrontant. Mais là nous, quand on les accueille ils sont encore en crise, donc nous on va faire une intervention plus systémique, c'est-à-dire qu'on va travailler différentes sphères de sa personne (le corps, sa relation aux autres, étendre son réseau social...) on reconnaît son statut de victime, le fait qu'il a traversé des souffrances, ça aussi c'est thérapeutique. » (Entretien 7, psychologue ; L 1402- 1414)

Cette psychologue travaille en collaboration avec une kinésithérapeute qui pratique le EMDR, l'une des interventions les plus utilisées selon la littérature : *« Je travaille avec des techniques d'imagerie mentale, de la relaxation et alors je travaille avec une kiné qui fait le EMDR*

(technique où on adresse des messages à ton corps via les yeux), elle montre des images aux jeunes et en fonction des réponses visuelles, elle agit sur le corps. » (Entretien 6, psychologue ; L 1254-1256)

Pour cette psychologue, il faut agir de façon plus globale en adaptant les interventions en fonction du jeune. *« Dans ma manière de voir les choses, on doit être holistique dans les interventions qu'on utilise. Voir en fonction du jeune quelles interventions utiliser. Un garçon guinéen n'aura pas forcément la même intervention qu'un garçon afghan. » (Entretien 5, psychologue ; L 814 -817) ;*

« C'est important de savoir que les jeunes restent seulement un mois et demi ici, après ils seront transférés à un autre centre ou ils vont rester pour le reste de leur procédure. Donc pour moi le plus important c'est de pouvoir stabiliser le jeune un petit peu, le temps qu'il soit chez nous. Comment ça se passe ? Moi je me focalise sur la psychoéducation (...) Donc moi, mon rôle c'est de les informer sur la psychologie, c'est quoi un psychologue, quel est son rôle et pourquoi ils peuvent aller là-bas. Ce qui est important pour moi c'est de ne pas les forcer à parler des choses qu'ils ne veulent pas. Donc moi c'est possible que je puisse avoir un suivi avec un jeune sans savoir son histoire. » (Entretien 5, psychologue ; L 788-799)

Cette psychologue était la seule à avoir parlé de l'intervention pharmacologique lorsque la thérapie ne donne pas de résultats en cas de crise aiguë.

« Mais dans d'autres cas les plus aigus (...) alors on procède par des traitements médicamenteux, comme les somnifères ou les anxiolytiques etc... » (Entretien 7, psychologue, L 1486-1488)

Cette psychologue a mis en lumière que dans son centre, il n'y a pas de secret professionnel partagé, dans le sens où ils travaillent en équipe et quand c'est nécessaire ils répètent ce que le jeune a dit lors des réunions. Donc si le jeune veut un secret professionnel complet, elle les dirige vers des psychologues et/ou psychothérapeutes extérieurs au centre :

« Alors nous on part du principe qu'on n'a pas le cadre pour faire ce type d'intervention, parce qu'on n'a pas le secret professionnel. On est en équipe et on dit aux jeunes dès leur arrivée, dès le premier entretien que tout ce qui est dit est susceptible d'être répété. Ça veut dire qu'on ne répète pas tout. Il peut y avoir des bulles de confiance. (...) Mais quand ça arrive qu'ils aient envie de confier un truc douloureux je ne dirai pas non d'office, il peut

m'en parler. Mais je l'oriente vers une psychologue extérieure avec qui on collabore et là quand il va chez cette psychologue il n'y a rien qui filtre. » (Entretien 1, psychologue ; L 134-147)

« On essaye de ne pas limiter notre action à du verbal, car ils ne sont pas habitués à des thérapies où on ne fait que parler. On essaye de créer une relation de confiance avec eux. Parce qu'on est le premier échelon, donc s'ils ont confiance en nous, ils pourront avoir confiance dans d'autres personnes à qui on les confie. (...) Mais ensuite on essaye de ne pas leur faire reparler de leur histoire de manière chronologique car ça, ils ont dû le raconter au tuteur, et dans beaucoup d'endroits et ils en ont ras-le-bol. » (Entretien 1, psychologue ; L 111-115) ; « surtout qu'il y en a beaucoup qui ont la fibre artistique, donc on a fait beaucoup d'ateliers avec des arts thérapeutes où ils représentent par exemple leur pays sur des cartons, des dessins au mur, (...). On a fait aussi des séances de relaxation avec des kinés relationnelles. On essaye de rentrer par d'autres portes, après je fais des balades en vélo avec certains jeunes quand il fait beau, c'est parfois plus facile de parler, je mange aussi avec eux de temps en temps ; pendant les repas c'est aussi un autre type de relaxation. » (Entretien 1, psychologue ; L 122-129)

« Séance de psychoéducation en groupe, on organise aussi des séances de relaxation pour trouver des outils pour se calmer » (Entretien 8, psychologue ; L 1573-1574)

5. Préparation à l'autonomie

Les MENA qui vont atteindre la majorité sont confrontés à plus de difficultés que les mineurs qui ne sont pas proches de 18 ans. Pour les préparer au mieux à l'autonomie, certains professionnels organisent différents ateliers de la vie quotidienne comme la cuisine, la gestion des budgets etc... D'autres professionnels les dirigent vers des personnes ressources (assistants sociaux, quand ils ont encore le droit d'en avoir), d'autres encore ne font tout simplement rien parce que les jeunes sont à court terme chez eux. Voici des extraits des entretiens :

« une fois par mois ils ont l'occasion de cuisiner par eux-mêmes avec des plats de leur choix et il y a même des collègues de l'équipe pluridisciplinaire qui restent manger avec eux. Ils ont des ateliers budget, la comptable leur montre comment faire un budget, l'infirmière leur explique la mutuelle, (...) elle leur fait une fiche avec tous les rendez-vous qu'ils devront prendre une fois sortis. Le centre leur donne un carnet de route à leur sortie, avec toutes les

adresses qui sont importantes pour les jeunes et adapté en fonction du lieu où ils iront. »
(Entretien 1, psychologue ; L 207-214)

« quand ils ont un premier logement, on leur apprend à faire un contrat d'électricité, si c'est nécessaire ; faire des démarches au CPAS qui sont vraiment très importantes au début, leur expliquer tout ça. Les démarches au niveau scolaire s'ils ont besoin,... » (Entretien 2, assistante sociale; L 381-384)

« Le but c'est qu'ils puissent se gérer tout seul, (...) Qu'ils aient le maximum d'armes pour s'en sortir tout seul au quotidien dans l'administration. Qu'ils soient lancés sur la voie de la formation ou du travail. Voilà, qu'ils soient vraiment lancés et sachent vers qui se tourner s'ils ont des soucis (...). Au-delà des 20 ans on a encore une permanence jusqu'à 25 ans (...) Mais le jeune n'a plus d'assistante sociale de référence et n'est plus suivi au quotidien. »
(Entretien 2, assistante sociale ; L 392-398)

« Certains ont signé leur contrat pour deux ans, donc ce contrat les couvre encore 1 an au-delà de leur majorité et pour la région wallonne, légalement ce n'est pas parce qu'un jeune n'a pas de papiers qu'il ne peut plus travailler vu qu'il est en contrat d'apprentissage.»
(Entretien 3, éducatrice ; L 524-527)

« terrible ce statut de MENA, parce qu'à 18 ans il n'ont plus de tuteur, ils doivent se débrouiller etc... évidemment ici le suivi continue et alors souvent ici on les met avec une assistante sociale qui va les aider dans les recherches, par exemple au niveau du logement, si jamais ils ont leurs papiers et pour la suite. Donc nous, ici il n'y a pas quelque chose qui se coupe net comme ça à 18 ans. » (Entretien 7, psychologue ; L 1456-1460)

Une psychologue dit que la préparation à l'autonomie ne se fait pas dans leurs centres :

« Ça ne se fait pas ! (Petite gêne dans l'expression du visage). Parce que ce qui est important dans notre centre c'est que 70% des jeunes qui arrivent ici ont un doute d'âge. (...) On a actuellement un jeune qui a le doute d'âge. Donc de nombreux jeunes de notre population viennent comme mineurs, mais partent d'ici après un mois et demi comme majeurs. »
(Entretien 5, psychologue ; L 861-866)

6. Obstacles qui entravent une prise en charge adéquate et efficace

Les professionnels ont mis en lumière que les barrières linguistiques, culturelles, le manque de personnel et la rigidité institutionnelle entravent une prise en charge optimale et efficace. Voici des extraits des entretiens qui illustrent ces obstacles.

« je suis la seule psychologue ici dans le centre. (...). Il y a des jeunes qui sont envoyés vers moi, mais parfois je n'ai pas le temps de les voir. (...) ce n'est pas seulement moi, mais le système. Je m'explique. Du moment qu'il y a une problématique importante avec le jeune, par exemple de l'ordre psychiatrique, il n'y a pas de possibilité en Belgique d'avoir un bon suivi (...) Parce que l'idée en Belgique est que dans le psychiatrique tu peux seulement avoir de l'aide que s'il y a une crise qui se fait ; donc si tu vois qu'un jeune a vraiment des difficultés, qu'il a besoin de soins plus profonds, tu ne peux pas être dans la prévention. » (Entretien 5, psychologue ; L 822-829)

« le gouvernement dit que ces jeunes peuvent venir deux fois en thérapie ici au centre, c'est quand même très peu. Alors nous on les voit avec des interprètes, en fait on a peu de moyens pour soutenir ces MENA, par exemple au niveau de l'interprète, on fait notre possible pour avoir toujours les mêmes interprètes, mais parfois les interprètes changent, du coup le lien est rompu à chaque fois et le jeune n'est pas toujours en confiance » (Entretien 7, psychologue L 1430-1434)

« Je trouve dommage qu'on n'ait pas assez de moyens pour travailler convenablement. Il y a beaucoup de besoins mais il n'y a pas toujours des opportunités adaptées pour travailler efficacement avec le jeune MENA » (Entretien 8, psychologue ; L 1594-1596)

« Beaucoup de malentendus, incompréhensions et aussi les services spécialisés eux-mêmes sont différents par rapport aux troubles de santé mentale des migrants, le personnel n'est pas suffisamment adapté à ce type de public. Piste d'hébergement difficile à trouver. Le fait de ne pas pouvoir répondre aux besoins. » (Entretien 4, assistante sociale ; L 701-704)

Cette psychologue a mis en lumière un manque de communication entre professionnels qui peut avoir des répercussions sur la prise en charge des MENA.

« Problème de communication tant avec l'équipe qu'avec les jeunes. Parfois une mauvaise communication dans l'équipe fait qu'il y a des difficultés qui ne sont pas vues, ou vues trop tard en lien avec un jeune. En même temps, on est des humains, on ne peut pas toujours voir

tout. Problème de finances aussi. Vu que je suis la seule psychologue, je me dis que c'est fort probable qu'il y a des jeunes ici dans le centre qui ont besoin d'aide, mais peut-être qu'avec moi ça ne marche pas beaucoup, donc ils ne reviennent plus vers moi. » (Entretien 5, psychologue ; L 931-936)

Une autre psychologue a parlé du manque de formation et de supervision des professionnels.

« je ne suis jamais bien armée, jamais assez bien formée. Quand je suis arrivée dans le centre, je n'étais pas assez formée, cependant comme je sortais tout fraîchement des études, j'avais de l'énergie à revendre, les outils, les procédures, enfin beaucoup de bagage en tête. (...) Je pense que c'est hyper-important de continuer à se former. Faire des supervisions, ça c'est plutôt une critique du centre, on n'a pas de supervision. » (Entretien 6, psychologue ; L1147-1153)

Une assistante sociale a dit rencontrer des difficultés à trouver de la place pour les jeunes avec un problème de santé mentale. En effet, ceux dont la demande a été refusée, n'ont pas accès à des services de santé mentale pour les prendre en charge. Voici un extrait :

« Les gros soucis qu'on a, c'est vraiment pour les jeunes qui ont des problèmes de santé mentale, En Wallonie il faut que l'AViQ crée un dossier pour permettre aux jeunes qui ont des soucis de santé mentale d'avoir la reconnaissance. En fonction des statuts qu'ils ont, c'est totalement fermé. » (Entretien 2, assistante sociale ; L 421-424)

7. Limite du système observé par les professionnelles qui encadrent les MENA

La vision de tous les professionnels, sans exception (!), est que le système belge dans l'accueil et l'intégration des MENA est insuffisant. Voici des extraits qui mettent en lumière ce que ces professionnels souhaiteraient pour mieux encadrer ces MENA :

« premièrement, raccourcir la procédure de régularisation pour que ce soit plus rapide et assouplir les critères pour qu'il soit plus facile d'obtenir ces papiers. Et que ça soit plus basé sur les attitudes exemplaires. (...), avoir une prise en charge en centre d'accueil mieux subsidiée, plus stable. » (Entretien 1 psychologue L 178-184)

« pour moi la convention des droits de l'enfant devrait dire que n'importe quel enfant devrait avoir une sécurité affective (...). Et donc les politiques ne devraient pas avoir de

conséquences sur l'enfant. Surtout que cela en fait des adultes plus fragiles. Et donc, finalement, ça fragilise la collectivité. » (Entretien 1 psychologue L 236-250)

Cette assistante sociale aimerait plus de souplesse de la part de l'AViQ par rapport à l'accès aux soins de santé mentale des MENA, et prône une meilleure formation des professionnels vis-à-vis de ce public.

« Une ouverture au niveau de l'AViQ pour la reconnaissance au niveau de la santé mentale, meilleure formation de la part des professionnels de la santé mentale sur le public MENA. » (Entretien 2, assistante sociale ; L 427-428)

Cette éducatrice dit qu'il faut considérer les MENA comme des êtres humains à part entière et pas comme des numéros.

« À partir du moment où un jeune est en insertion, parce qu'il travaille, qu'il va à l'école, qu'il participe à la société, il faudrait mettre tout en place pour soutenir ça ! Et ne pas faire comme si ce ne sont que des numéros. Être plus attentif à eux. » (Entretien 3, éducatrice ; L 535-537)

« Il faudrait beaucoup plus d'approche inclusive, de moyens pour les travailleurs sociaux, de moyens aux associations (...). Il faut pouvoir avoir une marge de manœuvre qui doit pouvoir permettre de bouger avec les besoins des jeunes, ça c'est pour moi essentiel. » (Entretien 4, assistante sociale ; L 653-656)

Trois psychologues ont insisté sur le manque de subsides qui crée beaucoup de difficultés liées aux interprètes.

« avoir plus d'argent pour pouvoir utiliser plus d'interprètes car ça aussi ça pose des problèmes de temps en temps.. » (Entretien 5, psychologue ; L 849-850)

« collaborer avec les mêmes interprètes rend l'accompagnement moins lourd. » (Entretien 1 psychologue L 312-313)

« je crois qu'on gagnerait à travailler avec les mêmes interprètes, qui pourraient par moments nous expliquer dans quelles cultures le jeune a passé son enfance, et faire le lien. Ça serait vraiment un luxe. (...) Il faudrait donc qu'il y ait plus de centres comme ici, plus

d'interprètes, plus de moyens. Et je pense que ce qui fonctionne très fort pour ces jeunes, c'est le communautaire. » (Entretien 7, psychologue ; L 1440-1446)

Cette psychologue trouve absurde les politiques restrictives liées au contrôle strict des frontières (fermeture des frontières) pour certaines populations.

« Je pense que cette fermeture de frontière est stupide, on devrait ouvrir toutes les frontières c'est tout ! De quel droit un pays te dit que toi tu ne peux pas venir et toi tu peux venir. (...) Au niveau du centre on n'a pas assez de sous, mais ça c'est le capitalisme. » (Entretien 6, psychologue ; 1177-1181)

8. Conséquences des mesures restrictives liées à la pandémie du coronavirus

Ces professionnels expliquent que les mesures restrictives liées au covid-19, entravent la création de relation dès l'arrivée des MENA dans leurs institutions.

« Malheureusement avec le confinement on est encore moins présent. » (Entretien 1, psychologue L 165-166)

« en temps de covid, c'est quasiment la même chose qui se passe, (...) quand ils arrivent ici dans le centre, ils doivent rester en quarantaine en s'isolant dans les chambres qui leur ont été attribuées jusqu'au moment où on a leurs résultats. Et donc pendant cette quarantaine on ne fait pas d'entretien avec eux. Il y a donc maintenant un décalage de 2 à 3 jours. Et s'il y a un cas positif, ça peut prendre environ 1 semaine, voire plus. » (Entretien 5, psychologue ; L 753-758)

« À cause du coronavirus, maintenant le jeune doit être dans le couloir de quarantaine, du coup on n'a pas de lien avec eux dès leur arrivée. Quand le jeune est positif il reste en quarantaine et ça c'est un facteur qui n'est pas génial pour son intégration ici au centre » (Entretien 8, psychologue ; L 1543-1545)

Tableau 3.c —synthèse des résultats

Phase d'arrivée des MENA dans les centres (institutions)	Problématique de santé mentale observée parmi les MENA	Facteurs de risque aggravant l'état de santé physique et mentale des MENA	Eléments identifiés comme participant à l'amélioration de la santé	Préparation à l'autonomie	Obstacles qui entravent une prise en charge adéquate et efficace	Limite du système observé par les professionnelles qui encadrent les MENA	Conséquences des mesures restrictives liées à la pandémie du coronavirus
--	--	---	--	---------------------------	--	---	--

			mentale des MENA				
Les MENA arrivent dans les centres et sont accompagnés lorsqu'ils sont signalés.	Plusieurs symptômes et trouble de la santé mentale ont été observés chez les MENA : troubles du sommeil, dépression, ... Le PTSD était le trouble de santé mentale le plus récurrent	Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés : incertitude liée à leur statut de séjour, procédure d'asile longue et difficile, difficulté d'accès au logement	Différents éléments identifiés par les professionnels : agir sur les déterminants sociaux de la santé (mentale), comme scolariser les jeunes, faciliter l'accès aux différents services institutionnels, ... Faire des interventions psychosociales et psychothérapeutiques...	Les MENA qui ont atteint l'âge de la majorité font des ateliers sur la vie quotidienne notamment la cuisine, le budget, apprendre à faire un contrat d'électricité, ... D'autres professionnels ne font pas cette étape de préparation, car les jeunes ne sont pas à long terme chez eux	Différents obstacles entravent la prise en charge des professionnelles : la barrière culturelle et linguistique, des insuffisances dans l'organisation des soins (rigidité institutionnelle, manque de budget, manque de communication, ...)	Face aux limites du système, les professionnelles ont exposé leur point de vue pour améliorer le système : raccourcir les procédures d'asile, l'AVIQ devrait faciliter l'accès aux soins de santé mentale pour les jeunes MENA souffrant de ce type de problèmes, adapter les moyens humains et financiers en fonction des besoins.	Création de lien de faible qualité entre les professionnelles et les MENA à cause des mesures restrictives liées au coronavirus.

9 Discussion

9.1 Analyse des résultats récoltés sur le terrain

Cette analyse des résultats a été réalisée sur base des thématiques développées ci-dessus, ces thèmes sont issus de la question de recherche principale, qui pour rappel est :

« Comment améliorer la santé mentale des MENA demandeurs d'asile âgés de 16-25 ans souffrant de PTSD, à travers des prises en charge psycho(socio)thérapeutiques et institutionnelles efficaces par des professionnels travaillant dans des structures d'accueil avec les MENA ? »

Tout au long de la discussion, des liens seront établis entre la littérature et l'analyse des résultats récoltés sur le terrain.

Facteurs de risque aggravant l'état de santé physique et mentale des MENA

Comme facteurs de risque aggravant l'état de santé des MENA, la littérature souligne le passage à l'âge adulte, la difficulté d'avoir accès à un logement, aux soins de santé (mentale), à l'emploi, le stress acculturatif, ... Donc la difficulté d'avoir accès à leurs droits sont des facteurs de stress qui peuvent exacerber l'état de santé de ces jeunes [9, 15, 37].

En comparant la littérature avec ce qu'ont dit les professionnelles, on voit que le facteur de risque qui a été le plus souligné par ces professionnelles est le manque de certitude des MENA quant à l'obtention de leurs papiers. Elles mettent en avant que cela génère une angoisse permanente chez ces jeunes, ce qui les rend encore plus vulnérables. D'autres professionnelles iront jusqu'à qualifier les procédures d'asile de « maltraitance institutionnelle » à l'égard de ce jeune public vulnérable. Nous considérons ce mot « maltraitance institutionnelle » comme fort, mais il montre à quel point l'accueil de ces MENA peut être inadapté au sens large du terme. Nous avons pu observer ces inadaptations sur le terrain à travers les témoignages des professionnelles interviewées. En effet, cet accueil inadapté se traduit par beaucoup de préjudices portés à l'encontre des MENA, de la part des institutions, notamment les administrations, les décisions politiques restrictives et parfois même les lieux d'hébergements, ... ; certaines professionnelles nous ont fait part qu'elles ont dû abandonner des MENA dans la rue parce que leur demande avait été refusée, alors que ces jeunes étaient dans le centre depuis un certain temps et scolarisés.

L'étape critique du passage à la majorité pour ces MENA a été mise en avant. En effet, à travers les dires des professionnels interviewés qui travaillent dans des centres d'hébergement et en concordance avec ce que dit la littérature, dès que les jeunes ont 18 ans, tout est fini : ils doivent partir, quel que soit leur statut lié à la procédure d'asile. Ils n'ont plus aucun suivi. Néanmoins certaines professionnelles interviewées travaillant dans des structures sensibles à ce problème, font des permanences pour les jeunes jusqu'à 25 ans. Nous pensons qu'un suivi de ce genre par les centres d'hébergement pourrait être bénéfique pour ces jeunes exilés, surtout lorsque la demande d'asile du jeune a été acceptée. Les professionnelles qui travaillent dans les institutions pour accompagner les MENA au niveau psycho-socio-juridique ont souligné les difficultés d'accès aux droits, comme l'indique aussi la littérature, et la

discrimination que ces jeunes vivent au quotidien, surtout quand leur demande d'asile a été refusée. Ces facteurs de stress doivent être fortement réduits en leur permettant d'avoir la même facilité d'accès à leurs droits que la population du pays d'accueil, à travers des politiques plus souples pour aider ces jeunes en transition vers l'âge adulte à améliorer leur bien-être psychologique. En faisant le lien avec notre question de recherche, nous considérons réellement que si ces facteurs de risque sont réduits de façon significative et que ces jeunes sentent qu'ils appartiennent à la société du pays d'accueil, cela peut grandement contribuer à une amélioration de leur santé mentale.

Éléments identifiés comme participant à l'amélioration de la santé mentale des MENA

En ce qui concerne les stratégies de prise en charge de la santé mentale des MENA, il ressort des résultats que les interventions psychosociales étaient davantage utilisées par les professionnels. Beaucoup ont mis en lumière l'aspect relationnel, la création d'une relation de confiance, d'autres ont utilisé le mot 'tisser des liens' pour mieux intervenir auprès de ces jeunes MENA. La psychoéducation a été aussi souvent utilisée par les psychologues. Car selon eux il faut que ces jeunes soient informés sur la psychologie, sur ce qu'est un psychologue, quel est son rôle, pourquoi ils doivent venir chez lui, de sorte que la démarche ait un sens pour eux. En effet, beaucoup de jeunes migrants ne le savent pas.

Le soutien social (d'un proche ou d'un membre de la famille pour ceux qui en ont) est aussi considéré comme une intervention psychosociale favorable à l'amélioration de la santé mentale de ces jeunes. Il en va de même au niveau scolaire : l'école est vue comme un moyen qui peut permettre aux jeunes d'accéder à l'éducation, de favoriser les relations sociales entre pairs et d'encourager l'ouverture aux autres. En lien avec notre question de recherche, nous considérons que ce sont autant de facteurs préventifs qui peuvent aussi jouer un rôle dans l'amélioration de la santé mentale des MENA. Comme interventions psychothérapeutiques, les professionnelles interrogées ont parlé de l'art-thérapie et de l'EMDR. Contrairement à ce que préconise la littérature, ces professionnelles n'ont pas utilisé la thérapie d'exposition narrative ni la thérapie cognitivo-comportementale dans leurs interventions psychothérapeutiques auprès des MENA. Car pour certaines des professionnelles qui les ont évoquées, ce type d'interventions thérapeutiques ne peut être utilisé que lorsque le jeune a une certaine stabilité psychique. Et donc pour elles, mettre en œuvre trop tôt ou au mauvais moment ces thérapies risquent de provoquer une réapparition de l'état de conscience du jeune déjà éprouvé à cause du traumatisme. Nous considérons effectivement que tous les types

d'interventions doivent être utilisés de manière adéquate et au moment opportun, en fonction de chaque personne afin d'augmenter les chances de rétablissement. Car même si on utilise l'intervention la plus efficace du monde, si elle n'est pas adaptée à son public, elle donnera des résultats médiocres, voire contre-productifs.

Certaines de ces professionnelles dans leur pratique préfèrent faire des interventions plus systémiques, dans le sens où elles vont travailler différentes sphères de la personne du jeune, c'est-à-dire le corps, sa relation aux autres, étendre son réseau social, reconnaître le statut de victime du MENA. Très peu ont parlé des interventions pharmacologiques : la seule professionnelle interrogée qui en a parlé était en concordance avec ce que dit la littérature, même si elle n'a pas traité le sujet de façon exhaustive. C'est-à-dire que les professionnels ont recours au traitement médicamenteux quand ils ne peuvent pas faire autrement, pour contrôler les symptômes.

Préparation à l'autonomie

Les MENA en transition vers l'âge adulte sont exposés à des difficultés et facteurs de stress trop lourds à porter. Le simple fait d'être en transition vers l'âge adulte les confronte à des changements sur les plans biologique, psychologique et engendre des questionnements existentiels sur l'identité, les origines, le sens de la vie, ... [23]. Cette étape de l'autonomie entraîne également pour eux beaucoup de changements dans leur encadrement, leur accompagnement et leur statut administratif [9]. Et puisqu'ils sont considérés comme autonomes, ils doivent se débrouiller tout seuls. Ce qui implique la responsabilité de se prendre en charge financièrement, de gérer ses démarches administratives, ... [9, 24]. C'est donc une étape critique pour ces jeunes MENA. C'est pour cela que nous avons fait le choix dans notre question de recherche de cibler ce public qui est particulièrement vulnérable dans la catégorie des MENA. En effet, pour les préparer au mieux à l'autonomie, quand le cadre le permet, les professionnelles interviewées interviennent de différentes manières. Par exemple, celles qui travaillent dans des centres d'hébergement font plusieurs ateliers avec ces jeunes dans le but de les préparer au mieux quand ils partiront du centre. Ce sont des ateliers comme la gestion des budgets, l'apprentissage à cuisiner, explication de la mutuelle, ... Les assistantes sociales aident beaucoup ces jeunes au niveau socio-juridique, pour les démarches administratives à faire au niveau du CPAS, pour trouver un logement, des démarches scolaires s'ils en ont besoin etc... Toutes ces professionnelles, quel que soit leur fonction, veulent que ces jeunes aient un maximum d'atouts pour s'en sortir quand ils seront seuls face aux

difficultés de la vie liées à leur statut de demandeur d'asile, même si la demande a été acceptée, face aux difficultés liées aux discriminations, et à la compréhension du système belge pour mieux s'intégrer. Tous ces éléments sont en phase avec la question de recherche, dans le sens où l'on voit que sur le terrain, les professionnelles qui travaillent avec ce public font de leur mieux pour permettre aux jeunes MENA de s'en sortir dans ce nouveau pays d'accueil, même si ce n'est pas toujours facile. D'un autre côté, certaines professionnelles interviewées n'ont pas l'opportunité de se pencher sur cette question de l'autonomie, surtout les professionnelles travaillant dans des centres de phase 1 ou COO, car les jeunes ne restent pas très longtemps chez eux, en moyenne 1 mois à 1 mois et demi. Et lorsque le test d'âge déclare ces MENA majeurs, ils sont tout de suite envoyés dans un centre pour adultes le temps de la procédure.

Obstacles qui entravent une prise en charge adéquate et efficace

En ce qui concerne les obstacles qui entravent une prise en charge efficace des professionnelles travaillant avec les MENA, il en est ressorti que les professionnelles interrogées ont pointé du doigt les carences du système belge dans l'intégration de ce public vulnérable: elles ont mis en lumière une certaine rigidité institutionnelle, un manque de subsides octroyés par l'Etat, un manque de professionnels qualifiés, un manque de collaboration et de coordination entre les différentes institutions.

En faisant le lien avec la littérature, on observe une certaine concordance avec ce que les professionnelles ont fait ressortir, entre autres par rapport à la gestion des politiques migratoires ; on observe un manque d'accord entre les Etats européens et entre les entités fédérées wallonne et flamande dans la gestion de la problématique de l'accueil et de l'encadrement des MENA de manière globale et plus particulièrement en matière de santé [19, 36]. Une des professionnelles interviewées (psychologue) a fait part de cette complexité et de cette difficulté d'accès en matière de soins de santé mentale, en soulignant le manque de prévention de la part des autorités. En effet, comme le dit la littérature, on constate qu'en Belgique il faut attendre qu'une crise se présente (tentative de suicide, scarification, ...) avant que les jeunes MENA aient accès à une structure psychiatrique appropriée. Selon la littérature, le nombre de psychiatres en activité et la répartition inégale des MENA sur le territoire belge est en quelque sorte un reflet de l'accessibilité aux soins de santé mentale [34]. Un autre point de complexité en matière de santé mentale qui entrave la prise en charge adéquate par des professionnels vient de la dispersion des compétences entre le fédéral et le

régional. En Wallonie par exemple, c'est l'agence pour une vie de qualité (AViQ) qui est compétente en matière de santé mentale (compétence régionale); il faut passer par l'AViQ pour que les problèmes de santé d'un jeune MENA qui a 18 ans et plus soient reconnus via la création d'un dossier. Alors que quand il a moins de 18 ans c'est le fédéral qui prend en charge sa santé mentale (Fedasil, CPAS, ...) Cela reflète la complexité de l'organisation des soins et en quelque sorte les limites du système. Les professionnelles ont aussi indiqué qu'il n'y a pas assez de centres qui traitent de façon spécifique la santé mentale de ces jeunes migrants. Certains jeunes qui leur sont envoyés sont obligés de faire plusieurs heures de route pour arriver dans le centre, ce qui peut être un obstacle considérable qui ne facilite pas la tâche des professionnelles, car ces jeunes peuvent être moins concentrés, ou découragés de faire un long trajet. Cela rejoint ce que dit la littérature en matière de disponibilité et accès aux services de santé spécialisés tels que décrits dans la partie théorique [34].

Un autre point important à discuter, c'est le manque de formation des professionnels : certains ne sont pas suffisamment formés aux problèmes de santé mentale des MENA et des migrants en général. Les institutions ne mettent pas assez de moyens à disposition pour superviser les professionnels qui travaillent avec ce public ; or certains ont besoin d'un feedback, d'une supervision pour évaluer leur travail et corriger ce qui ne va pas afin d'améliorer leur prise en charge. La littérature nous indique qu'il est primordial pour les entreprises de superviser et d'encadrer leurs travailleurs pour garantir le bon fonctionnement de leur organisation. Cette supervision permet aussi aux employés d'avoir du recul par rapport à eux-mêmes et d'ajuster leurs manières de travailler, afin de mieux accompagner les personnes [95]. Nous considérons donc que le manque de professionnels qualifiés et formés et le manque d'encadrement de ces professionnels peut entraîner des erreurs de diagnostic et une mauvaise prise en charge des MENA ; les professionnels sont épuisés et cela peut entraîner des turnover. D'où l'importance d'une organisation des soins efficace, d'une bonne collaboration, d'une bonne communication entre les différentes structures ; il faut aussi des ressources financières et humaines suffisantes pour accompagner de façon efficace les MENA.

Nous devons aussi relever que les mesures restrictives liées à la pandémie du covid-19 ont aussi été un obstacle dans leur prise en charge : ces professionnelles ne voyaient pas les jeunes avec ou sans problèmes de santé mentale lorsqu'ils étaient en quarantaine.

Cette concordance observée entre la théorie et la pratique par rapport aux obstacles qui entravent la prise en charge optimale par les professionnelles montre les limites et

insuffisances du système qui nécessite d'être amélioré pour ainsi améliorer la santé mentale de ce public vulnérable.

Limite du système observé par les professionnelles qui encadrent les MENA

Les résultats qui ressortent de l'analyse des entretiens par rapport à la vision des professionnelles face aux limites du système mettent en évidence des éléments qui pourraient favoriser un encadrement optimal essentiel à l'amélioration de la santé mentale des MENA. Ces éléments sont :

- Le raccourcissement des procédures de régularisation, en assouplissant les critères pour favoriser l'obtention d'un statut de séjour.
- Avoir une prise en charge mieux subsidiée par le gouvernement et plus stable
- Favoriser une sécurité affective pour ces jeunes MENA
- Plus de souplesse de la part de l'AViQ pour faciliter l'accès aux soins de santé mentale
- Mise en place des moyens suffisants pour une meilleure formation des professionnels face à ce public
- Considérer les MENA comme des êtres humains à part entière aiderait à une insertion réussie
- Collaborer avec les mêmes interprètes rendrait plus facile l'accompagnement en santé mentale
- L'Etat devrait créer plus de structures (centres) spécialisées qui viennent en aide aux MENA ayant des problèmes de santé mentale.

Ces différents éléments mis en avant par les professionnelles sont complémentaires (même si non exhaustifs) avec ce qu'apporte la théorie. En effet la littérature met en lumière qu'il est nécessaire que les Etats trouvent des solutions durables pour ces jeunes MENA et les fassent bénéficier d'un encadrement spécifique et adapté à eux [9]. Éliminer les contraintes juridiques et pratiques inévitables qui rendent difficile l'accès aux soins de santé serait un des moyens les plus efficaces pour permettre à ce public d'y avoir accès comme tout membre du pays d'accueil [19]. Et lorsque ces jeunes y ont accès, les services de santé mentale doivent mettre plus l'accent sur des soins préventifs, en agissant sur les déterminants sociaux de la santé

(mentale) [13]. La littérature mentionne aussi l'importance de la formation des professionnels, comme nous l'avons dit dans la thématique des obstacles, elle préconise aussi de remédier au manque de services spécifiques relatifs à la santé mentale qui peuvent répondre aux priorités de ce public vulnérable [39]. Un dernier point important à rappeler, c'est l'approche organisationnelle globale des États européens, dans le sens où les politiques doivent travailler main dans la main pour mettre en œuvre un processus global de changement favorable à l'intégration et à la bonne santé mentale des migrants de tous âges [40].

9.2 Réflexion sur la problématique lors des entretiens

Après avoir fait l'analyse des entretiens, on peut noter que les professionnelles interviewées ont apporté beaucoup de réponses par rapport à la santé mentale des MENA (en transition vers l'âge adulte). Elles étaient fortement sensibilisées et informées sur cette problématique qui touche les MENA. On sentait une certaine révolte, parfois de la frustration ou un sentiment d'impuissance quand la question des difficultés spécifiques pour ce groupe était mise en avant et qu'il fallait se confronter à l'organisation institutionnelle au sens large. Certaines étaient très émotives car elles ont dû abandonner des jeunes qu'elles avaient suivis depuis un certain temps, à cause de la réponse négative de leur demande de protection internationale.

A propos des types de problèmes de santé mentale que ces professionnels ont racontés, il y avait beaucoup de symptômes qui correspondent à ce que dit la littérature. Le PTSD et les troubles du sommeil étaient les plus évoqués. Mais certains professionnels ont bien fait comprendre l'hétérogénéité de ce public des MENA, dans le sens où tous ne développent pas des symptômes et que beaucoup d'entre elles sont résilients, mais que cela n'empêche pas de les suivre psychologiquement à cause de leur parcours migratoire.

Pour ce qui est des interventions en santé mentale données aux MENA, il y avait beaucoup de points communs entre les réponses des professionnelles mais aussi quelques petites différences dans la manière de faire et de voir les choses en fonction des professions. L'éducatrice (responsable scolaire) mettait plus l'accent sur l'éducation, les assistantes sociales insistaient plus sur tout ce qui est sociojuridique, et les psychologues sur tout ce qui intervenait au niveau psycho-social et en thérapie de soutien. Mais quasiment toutes ont parlé de la création d'une relation de confiance entre eux et les MENA avant d'aller plus loin. On sentait dans les réponses de ces professionnelles, qu'elles faisaient de leur mieux pour que la

santé mentale de ces jeunes soit améliorée ou qu'ils puissent avoir de meilleures conditions de vie.

Quand nous leur avons demandé ce qu'elles pensaient de l'accueil et de l'accompagnement qui était proposés à ces jeunes dans leurs institutions ou centres, ce qui pouvait entraîner une certaine autocritique, elles ont favorablement accueilli cette question, reconnaissant qu'elles ne prenaient pas assez de temps pour se remettre en question. Cela leur a permis sur le moment même, de faire une évaluation d'elles-mêmes et du lieu de travail, en soulignant des éléments qu'elles peuvent améliorer à leur niveau et d'autres qui fonctionnent bien. Par exemple, l'une a dit que si elle est moins présente du fait qu'elle travaille à temps partiel, cela lui permet de prendre plus de recul face à certaines situations ; une autre a parlé des formations, qu'elle ne se sentait pas bien armée, et que le centre dans lequel elle travaille ne fait pas de supervision, ce qu'elle trouve dommage. Une autre a constaté que les jeunes restent dans le centre pendant un laps de temps trop court (un mois et demi) et qu'elle est la seule psychologue du centre (au moment de l'interview, il y avait 65 jeunes dans le centre), ce qui pose un problème pour accompagner ces jeunes de manière efficace.

Le point essentiel qui est ressorti des entretiens face à cette problématique de santé mentale, est que les MENA sont un public vulnérable. Par conséquent, ils doivent faire l'objet d'une attention particulière pour les aider à se (re)construire au niveau mental, mais aussi trouver leur place dans ce nouveau pays d'accueil, car ils sont jeunes, porteurs d'espoir et ce sont les adultes de demain qui pourraient être fragilisés s'ils ne sont pas bien pris en charge. Et pour cela les autorités doivent mettre des moyens et des ressources suffisantes pour aider ces jeunes MENA.

9.3 Limites du travail

Il existe quelques limites à ce travail de recherche. Premièrement en raison de la pandémie du coronavirus, la taille de l'échantillon était limitée à 8 professionnelles ; 7 entretiens sur 8 se sont faits par visio-conférence avec parfois des problèmes techniques (on a dû éteindre nos caméras). Un seul entretien s'est fait en présentiel. Même si avec 8 entretiens je suis arrivée à saturation des données, peut-être que si la taille de l'échantillon avait été plus grande, des éléments intéressants auraient pu s'ajouter.

Deuxièmement, le sujet de recherche est très spécifique, il n'y a donc qu'un nombre relativement restreint d'articles sur ce sujet.

Troisièmement, l'entretien semi-directif a été la seule méthode de recueil de données qui a été utilisée. Assembler plusieurs méthodes (focus group, observation, méthodes mixtes...) aurait certainement apporté des éléments enrichissants et pertinents à ce travail de recherche. Enfin, ce travail de recherche reconnaît que la conceptualisation et la classification de la jeunesse en tant que stade de développement est une construction qui peut avoir des significations différentes selon les cultures.

9.4 Pistes d'actions et perspectives de recherche

A la fin de ce travail de recherche, des pistes d'actions et perspectives de recherche ont été élaborées pour donner des recommandations aux professionnels travaillant avec les MENA (en transition vers l'âge adulte) et surtout aux décideurs politiques afin de prendre en compte la promotion de la santé mentale de ce public vulnérable et de mettre en œuvre des moyens aptes à fournir des soins efficaces pour l'amélioration de leur santé mentale.

Pour les professionnels

Il faut limiter les pertes d'informations et assurer la continuité des soins lorsque le jeune MENA change de centre ou lors des démarches administratives. Cela nécessite de la part des différents réseaux de professionnels une bonne communication, une coopération et une coordination efficaces.

Les professionnels doivent être formés pour avoir des compétences culturelles nécessaires pour encadrer de manière optimale ces jeunes MENA.

Lors des entretiens, les professionnels ont beaucoup parlé de la recherche d'une création de relation de confiance entre eux et les MENA. Pour pallier donc à ce manque de confiance de la part des MENA, pour tisser des liens de confiance et sensibiliser aux différences culturelles, j'ai pu retenir de la littérature que les professionnels doivent chercher à comprendre l'histoire du traumatisme du mineur dans son intégralité, y compris leur propre pertinence personnelle et culturelle, ce qui nécessite de faire des recherches pour s'informer sur la situation dans le pays d'origine du MENA, d'avoir une écoute active et de faire preuve d'empathie et de respect.

Les professionnels de la santé mentale dans leur pratique doivent tenir compte du point de vue des MENA pour pouvoir préciser les besoins en santé mentale exprimés par ces jeunes. Cela nécessite une approche holistique dans leur prise en charge, sans stigmatisation.

Les institutions (centres) doivent organiser en interne des supervisions et des feedback sur la pratique des professionnels qui y travaillent, afin d'assurer le bon fonctionnement de l'institution et d'améliorer les résultats obtenus.

Pour les décideurs politiques

Pour améliorer la santé mentale des MENA (en transition vers l'âge adulte), les décideurs politiques devraient garantir à ces jeunes des soins de santé (mentale) globaux et gratuits. Et permettre à ces jeunes d'avoir accès aux soins de santé dans les mêmes conditions que la population globale du pays d'accueil, y compris les services spécialisés de santé mentale.

Les politiques doivent favoriser la mise en place de services d'interprétation de haute qualité pour pouvoir aider à établir un diagnostic approprié et promouvoir la compréhension mutuelle entre le professionnel et le MENA.

Les décideurs politiques doivent reconnaître l'impact important et durable des facteurs de stress quotidiens sur la santé mentale des MENA. Ces facteurs de stress sont souvent directement liés à la manière dont les structures d'accueil et de soins des MENA sont décidées par des politiques restrictives. Il est donc recommandé à ces décideurs de favoriser l'intégration des MENA en :

- Luttant contre la discrimination,
- En assurant un soutien matériel et financier adéquat aux structures d'accueil ;
- De réduire dans la mesure du possible mais de façon significative les procédures juridique et administrative, avec une participation suffisante et appropriée des MENA et leur réseau c'est-à-dire les tuteurs, les travailleurs sociaux, leur proches...
- Assurer l'accès au marché de l'emploi ainsi qu'au logement dans des conditions similaire que les citoyens du pays hôte.

Les décideurs politiques devraient accorder à ces jeunes MENA en transition vers l'âge adulte, même s'ils ont atteint la majorité, l'accès à l'éducation, en leur permettant de poursuivre leur scolarité et en mettant des moyens en place pour réduire les décrochages scolaires.

Les États de l'Union Européenne, dont la Belgique, doivent autant protéger les MENA en transition vers l'âge adulte que les MENA de moins de 18 ans, en améliorant le cadre légal applicable à ceux qui atteignent la majorité. Car c'est un public vulnérable à cause de leur expérience vécue sur la route de l'exil ; ils ont besoin de plus de temps que les autres pour devenir des adultes.

Vu le manque d'effectifs de professionnels dans les centres d'accueil et le manque de structures traitant de la santé mentale des MENA, les autorités devraient accorder les subsides nécessaires pour rendre les conditions de travail des professionnels moins lourdes et plus efficaces.

10 Conclusion générale

Comme on a pu le constater, la littérature nous montre que les mineurs étrangers non accompagnés sont un public vulnérable avec un pourcentage élevé de problèmes de santé mentale à cause de leur parcours migratoire exceptionnel, depuis le départ du pays d'origine jusqu'à l'arrivée dans le pays d'accueil. En effet ces enfants et adolescents ont pour beaucoup d'entre eux risqué leur vie, ils ont dû faire face à des événements traumatisants pour arriver dans le pays hôte, en espérant se reconstruire ou trouver un avenir meilleur. Malheureusement, il y a beaucoup de désespoir parmi eux, surtout chez ceux qui sont plus âgés c'est-à-dire ceux qui sont en transition vers l'âge adulte.

D'où l'objet de ce mémoire qui traite de la question de recherche suivante : « *Comment améliorer la santé mentale des MENA demandeurs d'asile âgés de 16-25 ans souffrant de PTSD, à travers des prises en charges psycho(socio)thérapeutiques et institutionnelles efficaces par des professionnels travaillant dans des structures d'accueil avec les MENA ?* »

C'est un travail de recherche qui espère donc ajouter quelque chose en plus aux savoirs des professionnels travaillant avec les MENA (en transition vers l'âge adulte) et par la même occasion inciter les décideurs politiques à changer leur stratégie dans le meilleur intérêt de ces jeunes migrants. Nous avons aussi suggéré des pistes en ayant recours à la littérature scientifique, dans le but de contribuer à améliorer la santé mentale de ce public fragilisé. Mais en aucun cas ce travail ne prétend avoir réalisé une analyse complète de la littérature et des pratiques de ces professionnels par rapport à la question de recherche.

Dans ce mémoire de recherche, 8 professionnels travaillant avec les MENA, ont été interrogés (dont 5 psychologues, 2 assistantes sociales et 1 éducatrice (responsable scolaire)) à Bruxelles en Wallonie et en Flandre, via des entretiens semi-directifs.

L'analyse des entretiens montre que les professionnels se sentent parfois démunis face à la situation de grande précarité des MENA en transition vers l'âge adulte, demandeurs d'asile et souffrant de problèmes de santé mentale dont le PTSD.

Pour aider ces jeunes le plus efficacement possible dans leur prise en charge, les professionnels à leur niveau essaient de créer un lien avec eux afin d'établir une relation de confiance, de trouver du soutien social quand c'est nécessaire et dans la mesure du possible, de faire de la psychoéducation, de les soutenir aux niveaux scolaire et administratifs, de les préparer au mieux à l'autonomie, de faire des interventions psychothérapeutiques comme l'art thérapie ou l'EMDR... Toutes ces pratiques tant préventives que curatives sont mises en place pour aider ces jeunes à améliorer leur santé mentale et avoir des conditions de vie meilleures. Malheureusement certains facteurs entravent leur prise en charge, comme la barrière culturelle, le manque de communication entre les différents réseaux de professionnels ou institutions, le manque de moyens financiers, la rigidité institutionnelle, le manque de personnel qualifié et bien d'autres facteurs. Les professionnels ont donc besoin de plus de soutien de la part des décideurs politiques, de plus de ressources financières, matérielles et humaines pour les aider à mieux prendre en charge ces MENA (en transition vers l'âge adulte).

Les résultats de ce mémoire sont en grande partie en accord avec plusieurs études qui se sont penchées sur le sujet. En effet, des entretiens réalisés avec les professionnels, comme de la littérature, il ressort que ce public spécifique des MENA en transition vers l'âge adulte est confronté à d'énormes difficultés pour arriver à une réinsertion sociale réussie, car les autorités du pays d'accueil adoptent trop souvent des politiques de dissuasion assorties de mesures de plus en plus restrictives, limitant l'accès à l'éducation, au logement, à l'aide sociale, etc. Les procédures d'asile sont plus strictes, (e.a. des formes d'asile temporaire). Tous ces éléments mettent en évidence pour certains d'entre eux l'exacerbation de leur problème de santé mentale et des niveaux élevés d'anxiété, de stress et de détresse au sein de cette population, aggravés par le manque d'informations sur les procédures juridiques et l'incertitude quant à l'avenir. C'est pour cela qu'il faut être particulièrement attentif à ce public et trouver des solutions à long terme pour leur venir en aide et ainsi réduire dans la

mesure du possible leurs problèmes de santé mentale et améliorer leurs conditions de vie dans cette nouvelle société. C'est donc un réel problème de santé publique qui mérite une attention particulière.

Pour finir, il serait intéressant que des recherches plus poussées sur l'encadrement des MENA en transition vers l'âge adulte soient développées pour remédier au manque de données à ce sujet.

Il serait aussi intéressant qu'une réponse humanitaire et politique globale soit implémentée de toute urgence pour assurer et protéger les droits humanitaires fondamentaux et adapter les lois sur ces jeunes MENA et les migrants en général et aussi fournir les soins et la compassion dus aux populations traumatisées.

Enfin la thérapie d'exposition narrative ou la thérapie cognitivo-comportementale peuvent par exemple être combinées avec l'ethnopsychiatrie lors des interventions, pour faciliter la prise en charge de ces jeunes migrants souffrant de problèmes de santé mentale.

Bibliographie

1. Hodes M, Vasquez MM, Anagnostopoulos D, Triantafyllou K, Abdelhady D, Weiss K, et al. Refugees in Europe: national overviews from key countries with a special focus on child and adolescent mental health. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;27(4):389-99. Epub 2017/12/23. doi: 10.1007/s00787-017-1094-8.
2. United Nations High Commissioner for refugees (UNHCR). Figures at the glance [en ligne]. 18 June 2020 [Consulté le 5/11/2020]. Disponible sur : <https://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html>
3. Office des étranger (OE). *Rapport statistique de l'OE* [en ligne]. 2019 [Consulté Le 14/11/2020]. Disponible sur : <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Statistiques/Pages/Rapports-statistiques-de-l%27OE.aspx>
4. Kangaslampi S, Garoff F, Peltonen K. Narrative exposure therapy for immigrant children traumatized by war: study protocol for a randomized controlled trial of effectiveness and mechanisms of change. *BMC psychiatry*. 2015;15:127. Epub 2015/06/18. doi: 10.1186/s12888-015-0520-z.
5. Eurostat. Statistique sur l'asile [en ligne]. 2020 [Consulté le 28/12/2020]. Disponible sur : [Statistiques sur l'asile - Statistics Explained \(europa.eu\)](https://statistiques-sur-l-asile-statistics-explained.europa.eu)
6. Organisation des nations unies (ONU). International Migrant Stock [en ligne] 2020. [Consulté le 24/11/2020]. Disponible sur : <https://www.un.org/development/desa/pd/content/international-migrant-stock>
7. Eurostat. Communiqué de presse [en ligne]. 28 avril 2020 [Consulté le 26/01/2021]. Disponible sur : <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/10774042/3-28042020-AP-FR.pdf/a5951a9e-fe8f-ef1a-64f1-cdedfc925eb2>
8. Conseil de l'Europe. L'aide aux jeunes réfugiés en transition vers l'âge adulte : Recommandation CM/Rec (2019)4 adoptées par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 24 avril 2019 [en ligne] 2019. [Consulté le 10/08/20]. Disponible sur : <https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=09000016809416e2>
9. Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRÉ). 18 ans, l'âge de l'autonomie ? : L'accueil des mineurs étrangers non accompagnés (MENA) demandeurs d'asile en Belgique francophone [en ligne]. Novembre 2017 [consulté le 21/08/20]. Disponible sur : <https://www.cire.be/publication/18-ans-l-age-de-l-autonomie-l-accueil-des-mineurs-etrangers-non-accompagnes-mena-demandeurs-d-asile-en-belgique-francophone/>
10. Hjern A, Brendler-Lindqvist M, Norredam M. Age assessment of young asylum seekers. *Acta paediatrica* (Oslo, Norway : 1992). 2012;101(1):4-7. Epub 2011/09/29. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02476.x.
11. Jennifer A, Elaine C. Best interests, durable solutions and belonging: policy discourses shaping the futures of unaccompanied migrant and refugee minors coming of age in Europe, *Journal of Ethnic and Migration Studies*. 2019;45:2, 293-311, doi: 10.1080/1369183X.2017.1404265
12. Commission Européenne. Communication de la commission au parlement européen et au conseil : La protection des enfants migrants [en ligne]. 12 avril 2017 [consulté le 10/08/20]. Disponible sur : <https://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2017/FR/COM-2017-211-F1-FR-MAIN-PART-1.PDF>
13. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: a comprehensive review. *Revista brasileira de psiquiatria* (Sao Paulo, Brazil : 1999). 2018;40(2):220-5. Epub 2017/10/27. doi: 10.1590/1516-4446-2017-2290. PubMed PMID: 29069252; PubMed Central PMCID: PMC6900760.
14. Fazel M. Psychological and psychosocial interventions for refugee children resettled in high-income countries. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2018;27(2):117-23. Epub 2017/11/11. doi: 10.1017/s2045796017000695.
15. Bivort C, Valentin C. Les ressources mobilisées par les MENA en cas de souffrance psychique. Centre de Référence en Santé Mentale [en ligne]. Janvier 2019 [Consulté le 25/09/20]. Disponible sur : <http://www.cresam.be/wp-content/uploads/2019/02/rapport-mena.pdf>
16. Centre fédéral Migration (MYRIA). La migration en chiffres et en droits : un rapport migration 2020 sous forme de cahiers. Cahier « protection internationale » [en ligne]. 2020 [Consulté le 29/01/21]. Disponible sur : <https://www.myria.be/fr/publications/un-rapport-migration-2020-sous-forme-de-cahiers>
17. Vervliet M, Lammertyn J, Broekaert E, Derluyn I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European child & adolescent psychiatry*. 2014;23(5):337-46. Epub 2013/08/28. doi: 10.1007/s00787-013-0463-1.
18. Goodkind JR, Hess JM, Isakson B, LaNoue M, Githinji A, Roche N, et al. Reducing refugee mental health disparities: a community-based intervention to address postmigration stressors with African adults. *Psychological services*. 2014;11(3):333-46. Epub 2013/12/25. doi: 10.1037/a0035081.
19. Chiarenza A, Dauvrin M, Chiesa V, Baatout S, Verrept H. Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC health services research*. 2019;19(1):513. Epub 2019/07/25. doi: 10.1186/s12913-019-4353-1.

20. Peltonen K, Kangaslampi S. Treating children and adolescents with multiple traumas: a randomized clinical trial of narrative exposure therapy. *European journal of psychotraumatology*. 2019;10(1):1558708. Epub 2019/01/30. doi: 10.1080/20008198.2018.1558708. PubMed PMID: 30693077; PubMed Central PMCID: PMC6338259.
21. Loi-programme du 24 décembre 2002 sur la tutelle des mineurs étrangers non accompagnés [en ligne] 2002. [Consulté le 08/01/21] . Disponible sur: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?imgcn.x=58&imgcn.y=13&DETAIL=2002122445%2FF&caller=list&row_id=1&numero=1&rech=5&cn=2002122445&table_name=loi&nm=2002A21488&la=F&chercher=t&langue=fr&fr=f&choix1=ET&choix2=ET&text1=loi+programme&fromtab=loi
22. Elder Jr GH. Adolescence in historical perspective. *Handbook of adolescent psychology*. 1980; pp 3-46.
23. Bronte-Tinkew J, Brown B, Carrano J, Shwalb R. Logic models and outcomes for youth in the transition to adulthood. Washington, DC : Child Trends ; 2005.
24. Ulysse. GUIDE Accès à l'aide en santé mentale pour personnes exilées en région bruxelloise [en ligne] 2018 [Consulté le 08/01/21]. Disponible sur : <https://www.cbcs.be/L-acces-a-l-aide-en-sante-mentale-pour-personnes-exilees>
25. Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (fedasil). Trajet d'accueil des mena [en ligne] 2020. [Consulté le 16/11/2020] Disponible sur : <https://www.fedasil.be/fr/asile-en-belgique/mineurs/trajet-daccueil-des-mena>
26. Plate-forme mineurs en exil. Mena a 18 ans [en ligne] année non mentionnée. [Consulté le 08/01/21]. Disponible sur : <https://www.mineursenexil.be/fr/dossiers-thematiques/mena/a-18-ans/>
27. Coordination des ong pour le droit de l'enfant (CODE). Santé psychique des MENA : Partie I: Etat de la situation des violences subies [en ligne] Décembre 2016. [Consulté le 10/11/20] Disponible sur : <https://www.lacode.be/nouvel-article.1080.html>
28. Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF). Les enfants migrants et réfugiés en Belgique prennent la parole. Rapport «What Do You Think? » [en ligne] 2018 [Consulté le 10/11/20] Disponible sur : <https://www.unicef.be/fr/plaidoyer/rapports-dunicef-belgique/les-rapports-what-do-you-think>
29. Le cardinal AN. Mineur non-accompagné : Quelle reconstruction en Exil ? in : Bernard de vos, editor. Louvain-la-Neuve : academia; 2021: pp 31-60
30. Fournier K. MENA : des enfants comme les autres avec un parcours pas comme les autres. [en ligne] Septembre-octobre 2017. [Consulté le 15/02/20] Disponible sur : <https://www.brulocalis.brussels/documents/documents/cpas/2017-09-dossier-mena-1-contexte-fr.pdf>
31. Amnesty international. Fiche pédagogique-les mineurs étrangers non accompagnés en Belgique [en ligne]. Août 2016 [Consulté le 10/10/20]. Disponible sur : <https://jeunes.amnesty.be/jeunes/lecoindesprofs/plateforme/dossierspedagogiques/fichepedamena>
32. von Werthern M, Grigorakis G, Vizard E. The mental health and wellbeing of Unaccompanied Refugee Minors (URMs). *Child abuse & neglect*. 2019 ; 98:104146. Epub 2019/09/16. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104146.
33. Plate-forme mineurs en exil. Dossier thématique « MENA » Identification [en ligne] année non mentionnée. [Consulté le 08/01/21] Disponible sur : <https://www.mineursenexil.be/fr/dossiers-thematiques/mena/identification/>
34. Dauvin M., Detollenaere J., De Laet C., Roberfroid D, Vinck I. Demandeurs d'asile : options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 319Bs. D/2019/10.273/52. Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.
35. Fournier K. L'Estimation de l'âge des MENA en question : problématique, analyse et recommandations [en ligne]. Bruxelles : Plate-forme mineurs en exil. Septembre 2017 [Consulté le 15/03/21] Disponible sur : <http://www.mineursenexil.be/files/Image/mena-Cadre-juridique/Estimation-de-l-age-as-printed.pdf>
36. Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers (CIRÉ). Le nouveau Pacte européen sur la migration et l'asile : Ou comment la Commission européenne succombe aux États membres "anti-migrants [en ligne]. Octobre 2020 [Consulté le 29/05/21]. Disponible sur : <https://www.cire.be/publication/le-nouveau-pacte-europeen-sur-la-migration-et-lasile/>
37. Daniel Senovilla Hernández, Julien Blanc, Katja Fournier, Anne-Françoise Beguin, Laetitia van der Vennet. Mineurs étrangers non accompagnés sans protection en Europe : recherche conduite en Belgique dans le cadre du projet PUCAFREU. [Rapport de recherche] Migrinter. 2013, pp.110. fhalshs-01771657f
38. Devos C, Cordon A, Lefèvre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert N, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Léonard C, Meeus P. Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33. Ce document est disponible en téléchargement sur le site Web du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé.

39. Reavy K, Hobbs J, Hereford M, Crosby K. A new clinic model for refugee health care: adaptation of cultural safety. *Rural Remote Health*. 2012;12:1826. Epub 2012 Jan 16.
40. Bischoff A, Chiarenza A, Loutan L. "Migrant-friendly hospitals": a European initiative in an age of increasing mobility. *World Hosp Health Serv*. 2009;45(3):7-9.
41. Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (fedasil). À quoi a droit un demandeur d'asile ? [en ligne] Janvier 2020. [Consulté le 9/05/2021] Disponible sur : <https://www.fedasil.be/fr/actualites/accueil-des-demandeurs-dasile/quoi-droit-un-demandeur-dasile-0>
42. Plate-forme mineurs en exil. Dossiers thématique « [Mineurs en famille](#) » > Santé (mentale) » [en ligne] année non mentionnée. [Consulté le 19/04/21]. Disponible sur : <https://www.mineursenexil.be/fr/dossiers-thematiques/mineurs-en-famille/sante/>
43. loi du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement [en ligne] 1996. [Consulté le 31/05/21] disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table_name=loi
44. Service publique fédérale justice. Prise en charge d'un mineur étranger non accompagné illégalement [en ligne] 2021. [Consulté le 31/05/21] disponible sur : https://justice.belgium.be/fr/themes_et_dossiers/enfants_et_jeunes/mineurs_etrangers_non_accompagne/service_des_tutelles/prise_en_charge_d_un_mineur_etranger_non_accompagn
45. Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA). Rapport annuel [en ligne]. 2019 [Consulté le 29/01/21]. Disponible sur: <https://www.ibz.be/fr/presse/le-rapport-annuel-2019-du-cgra-est-paru-01-septembre-2020>
46. Office des étrangers (OE). Rapport statistique [en ligne] 2019. [Consulté le 29/01/21] . Disponible sur: <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Statistiques/Pages/Rapports-statistiques-de-l%E2%7OE.aspx>
47. Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile (Fedasil). Rapport annuel [en ligne] 2019. [Consulté le 29/01/21]. Disponible sur: <https://www.fedasil.be/fr/actualites/accueil-des-demandeurs-dasile/rapport-annuel-2019>
48. loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers [en ligne] 1980. [Consulté le 31/01/21] disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1980121530&table_name=loi
49. loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers. 2007. [Consulté le 31/01/21] . Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2007002066&la=F
50. loi du 29 juin 1983 concernant l'obligation scolaire [en ligne] 1983. [Consulté le 29/01/21] . Disponible sur : http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1983062931
51. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH). Convention relative aux droits de l'enfant [en ligne] 20 novembre 1989. [Mise à jour en 2021 ; consulté le 21/02/21]. Disponible sur <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/crc.aspx>
52. loi du 24 décembre 2002 sur la tutelle des mena. 2002. [Consulté le 29/01/21] disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg_2.pl?language=fr&nm=2002A21488&la=F#:~:text=Disposition%20transitoires-Art.de%20son%20entr%C3%A9e%20en%20vigueur.&text=%2D%20%22%20Tutelle%20des%20mineurs%20%C3%A9trangers%20non,du%2024%20d%C3%A9cembre%202002%3B%20%22.
53. Organisation mondiale de la santé (OMS). Santé mentale [en ligne]. octobre 2019. [mise à jour en 2021; consulté le 01/03/21]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
54. Organisation mondiale de la santé (OMS). La santé mentale : renforcer notre action [en ligne]. Mars 2018. [mise à jour en 2021; consulté le 01/03/21]. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
55. Barghadouch A, Kristiansen M, Jervelund SS, Hjern A, Montgomery E, Norredam M. Refugee children have fewer contacts to psychiatric healthcare services: an analysis of a subset of refugee children compared to Danish-born peers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Aug;51(8):1125-36. doi: 10.1007/s00127-016-1260-1. Epub 2016 Jun 22.
56. Jarlby F, Goosen S, Derluyn I, Vitus K, Jervelund SS. What can we learn from unaccompanied refugee adolescents' perspectives on mental health care in exile? *Eur J Pediatr*. 2018 Dec;177(12):1767-1774. doi: 10.1007/s00431-018-3249-0. Epub 2018 Sep 17.
57. Demazure G, Gaultier S, Pinsault N. Dealing with difference: a scoping review of psychotherapeutic interventions with unaccompanied refugee minors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Apr;27(4):447-466. doi: 10.1007/s00787-017-1083-y. Epub 2017 Dec 6.
58. Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux American Psychiatric Association 5e édition (DSM-5). Traduction française coordonnée par Marc-Antoine Crocq, Traduction française coordonnée par Julien-

- Daniel Guelfi, Traduction française coordonnée par Patrice Boyer, Traduction française coordonnée par Charles-Bernard Pull, Traduction française coordonnée par Marie-Claire Pull Editeur: Elsevier Masson; Juillet 2015: pp 131-142.
59. Le Cardinal A-N. Mineur non-accompagné : Le psychologue en centre résidentiel, un psychologue tout-terrain in : Bernard de vos, editor. Louvain-la-Neuve : Academia ; 2021: pp 26-30
 60. Tozer M, Khawaja NG, Schweitzer R. Protective Factors Contributing to Wellbeing Among Refugee Youth in Australia. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*. Cambridge University Press; 2018;28(1):66–83. <https://doi-org.proxy.bib.ucl.ac.be/2443/10.1017/jgc.2016.31>
 61. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic Stress Disorder. *Int J Occup Environ Med*. 2012 Jan;3(1):2-9. PMID: 23022845.
 62. Sabouraud-Séguin A .21. Trouble de stress post-traumatique. (dans : Marianne Kédia éd., *Psychotraumatologie*. Paris, Dunod, Les Ateliers du praticien. 2020. p. 217-223) DOI 10.3917/dunod.kedia.2020.01.0217
 63. Fazel M, Reed R, Stein A. Refugee, asylum-seeking and internally displaced children and adolescents. In *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*, 6th edition. ed. A Thapar, DS Pine, JF Leckman, S Scott, MJ Snowling and E Taylor. Chap. 44, pp. 573–585. Wiley. 2015.
 64. Bronstein I, Montgomery P. Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2011 Mar;14(1):44-56. doi: 10.1007/s10567-010-0081-0.
 65. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, Misso M, Gibson-Helm M. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020 Sep 21;17(9):e1003337. doi: 10.1371/journal.
 66. Reed RV, Fazel M, Jones L, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet*. 2012 Jan 21;379(9812):250-65. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60050-0. Epub 2011 Aug 9.
 67. Metzner F, Reher C, Kindler H, Pawils S. Psychotherapeutic treatment of accompanied and unaccompanied minor refugees and asylum seekers with trauma-related disorders in Germany. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2016 May;59(5):642-51. German. doi: 10.1007/s00103-016-2340-9.
 68. McVane B. PTSD in asylum-seekers: Manifestations and relevance to the asylum process. *Psychiatry Res*. 2020 Feb;284:112698. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112698. Epub 2019 Dec 1
 69. Article Sirin 2019 (Sirin SR, Sin E, Clingain C, Rogers-Sirin L. Acculturative Stress and Mental Health: Implications for Immigrant-Origin Youth. *Pediatr Clin North Am*. 2019 Jun;66(3):641-653. doi: 10.1016/j.pcl.2019.02.010.
 70. Keles 2015 (Keles S, Friborg O, Idsøe T, Sirin S, Oppedal B. Depression among unaccompanied minor refugees: the relative contribution of general and acculturation-specific daily hassles. *Ethn Health*. 2016;21(3):300-17. doi: 10.1080/13557858.2015.1065310.
 71. Kartal D, Alkemade N, Eisenbruch M, Kissane D. Traumatic exposure, acculturative stress and cultural orientation: the influence on PTSD, depressive and anxiety symptoms among refugees. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018 Sep;53(9):931-941. doi: 10.1007/s00127-018-1532-z. Epub 2018 Jun 21.
 72. Kombila, Hilème. « Le respect des droits fondamentaux des migrants non ressortissants de l'Union européenne », *Informations sociales*, vol. 194, no. 3, 2016, pp. 28-36. <https://doi.org/10.3917/inso.194.0028>
 73. Horlings A, Hein I. Psychiatric screening and interventions for minor refugees in Europe: an overview of approaches and tools. *Eur J Pediatr*. 2018 Feb;177(2):163-169. doi: 10.1007/s00431-017-3027-4. Epub 2017 Nov 10.
 74. Amnesty international. La situation des droits humains dans le monde. Rapport annuel 2020/21. [en ligne]. Avril 2021. [Consulté le 31/05/21] . Disponible sur: <https://www.amnesty.org/en/documents/pol10/3202/2021/fr/>
 75. Guilbert, L. L'expérience migratoire et le sentiment d'appartenance. *Ethnologies*. 2005 ; 27 (1), 5–32. <https://doi.org/10.7202/014020ar>
 76. Record-Lemon, R.M., Chevalier, M., Mackenzie, M. et al. Transition Processes and Outcomes for Immigrant and Refugee Youth: a Narrative Review from a Goal-Directed Perspective. *Int. Migration & Integration* 22, 429–451 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12134-019-00743-3>
 77. Chow HPH. Sense of belonging and life satisfaction among Hong Kong adolescent immigrants in Canada. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 33, 511–520. (2007) <https://doi.org/10.1080/13691830701234830>
 78. Hagerty BM, Williams RA, Coyne JC, Early MR. Sense of belonging and indicators of social and psychological functioning. *Arch Psychiatr Nurs*. 1996 Aug;10(4):235-44. doi: 10.1016/s0883-9417(96)80029-x.

79. Commission de la santé mentale du Canada . Appuyer la santé mentale des réfugiés au Canada, Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa, 2016. Disponible sur : <https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016 - sante mentale des refugies 0.pdf>
80. Fazel M, Betancourt TS. Preventive mental health interventions for refugee children and adolescents in high-income settings. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Feb;2(2):121-132. doi: 10.1016/S2352-4642(17)30147-5.
81. Assemblée mondiale de la Santé, 70. (2017). Promotion de la santé des réfugiés et des migrants : projet de cadre sur les priorités et les principes directeurs de la promotion de la santé des réfugiés et des migrants : rapport du Secrétariat. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274831>
82. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2007). Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
83. Frounfelker RL, Miconi D, Farrar J, Brooks MA, Rousseau C, Betancourt TS. Mental Health of Refugee Children and Youth: Epidemiology, Interventions, and Future Directions. *Annu Rev Public Health*. 2020 Apr 2;41:159-176. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094230. Epub 2020 Jan 7. PMID: 31910713
84. Santarnecchi E, Bossini L, Vatti G, Fagiolini A, La Porta P, Di Lorenzo G, Siracusano A, Rossi S, Rossi A. Psychological and Brain Connectivity Changes Following Trauma-Focused CBT and EMDR Treatment in Single-Episode PTSD Patients. *Front Psychol*. 2019 Feb 25;10:129. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00129. PMID: 30858808; PMCID: PMC6397860
85. Marin MF, Crevier MG, et Juster RP. l'état de stress post-traumatique d'un point de vue scientifique et clinique. *Mammoth magazine*. avril 2012.
86. Schauer M, Neuner F, Elbert T. La thérapie par exposition à la narration de Schauer, Neuner et Elbert: Manuel de traitement de l'état de stress post-traumatique après la guerre, la torture et la terreur, première édition. Presses universitaires de Louvain. Mai 2011. pp 39-79
87. Said G, King D. Implementing Narrative Exposure Therapy for unaccompanied asylum-seeking minors with post-traumatic stress disorder: A pilot feasibility report. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2020 Jan;25(1):213-226. doi: 10.1177/1359104519864123. Epub 2019 Jul 17.
88. Neuner F, Elbert T, Schauer M. Narrative exposure therapy (NET) as a treatment for traumatized refugees and post-conflict populations. In: Morina N, Nickerson A, editors. *Mental health of refugee and conflict-affected populations: Theory, research and clinical practice*; Springer Nature Switzerland AG, Cham; 2018. pp 183-199
89. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures (3rd ed.). New York The Guilford Press. 2018
90. Novo Navarro P, Landin-Romero R, Guardiola-Wanden-Berghe R, Moreno-Alcázar A, Valiente-Gómez A, Lupo W, García F, Fernández I, Pérez V, Amann BL. 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018 Apr-Jun;11(2):101-114. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.12.002. Epub 2016 Feb 11. PMID: 26877093
91. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder-A Systematic Narrative Review. *Front Psychol*. 2018 Jun 6;9:923. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00923. PMID: 29928250; PMCID: PMC5997931
92. Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 2017 Jun;16(2):130-139. doi: 10.1002/wps.20438.
93. Mathew D, Hoskins, Jack Bridges, Robert Sinnerton, Anna Nakamura, Jack F. G. Underwood, Alan Slater, Matthew R. D. Lee, Liam Clarke, Catrin Lewis, Neil P. Roberts & Jonathan I. Bisson (2021) Pharmacological therapy for post-traumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of monotherapy, augmentation and head-to-head approaches, *European Journal of Psychotraumatology*, 12:1, 1802920, DOI: 10.1080/20008198.2020.1802920
94. Aujoulat I. Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique. Syllabus. Université Catholique de Louvain, Woluwé Saint-Lambert , 2019-2020.
95. Hibon B. Soigner les soignants. À propos des professionnels du « social » et du « médicosocial » et du flot de ce qui les emporte dans leurs pratiques professionnelles. 2019;142(2):54-60. doi: 10.3917/vst.142.0054.

ANNEXE

Annexe 1 : Protection internationale

Nombre de demandeurs de protection internationale se déclarant mineurs étrangers non accompagnés (MENA) par sexe et tranche d'âge

Hommes				Femmes				Total (0-17 ans)	Total (18 ans et + compris)
0-13 ans	14-15 ans	16-17 ans	18 ans et +	0-13 ans	14-15 ans	16-17 ans	18 ans et +		
115	444	505	511	31	45	80	30	1.220	1.761

Nationalités les plus représentées parmi les demandeurs de protection internationale se déclarant mineurs étrangers non accompagnés (MENA)

Nationalité	Effectifs
Afghanistan	973
Guinée	137
Somalie	109
Erythrée	81
Syrie	77
Autres	384
Total	1.761

Décisions de l'Office des étrangers

Décisions	Effectifs
Transmis CGRA	21.073
Refus de séjour dans le cadre du Règlement 604/2013 (Dublin III)	3.744
Refus techniques	1.696
Total	26.513

*Office des étrangers (OE), rapport statistique 2019

Annexe 2 : protection internationale

DEMANDES DE PROTECTION INTERNATIONALE		mai 2021	2021
Nombre de personnes ayant introduit une première demande de protection internationale (réinstallation non inclus)		1.088	5.318
Nombre de personnes ayant introduit une première demande de protection internationale dans le cadre de la réinstallation		172	347
Nombre de personnes ayant introduit une demande ultérieure de protection internationale		374	2.181
Nombre total de personnes ayant introduit une demande de protection internationale		1.634	7.846
DÉCISIONS		mai 2021	2021
Décisions intermédiaires			
Nombre de personnes pour lesquelles un examen ultérieur (frontière) a été décidé + nombre de personnes dont la demande ultérieure a été jugée recevable		160	532
Décisions finales			
Nombre de personnes ayant reçu une décision de reconnaissance du statut de réfugié (SR)		589	2.468
Nombre de personnes ayant reçu une décision d'octroi du statut de protection subsidiaire (PS)		76	490
Nombre de personnes dont la demande a été jugée irrecevable		413	2.441
Nombre de personnes dont la demande a été jugée manifestement infondée		47	252
Nombre de personnes auxquelles le statut de réfugié et le statut de protection subsidiaire ont été refusés		470	2.765
Nombre de personnes dont le statut a été retiré ou abrogé		12	115
Nombre total de personnes ayant reçu une décision quant à leur demande de protection internationale		1.767	9.063
CHARGE DE TRAVAIL		Fin mai 2021	
		15.872 dossiers	

*Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides, statistique d'asile (CGRA), mai 2021

Annexe 3 : Critères diagnostiques du DSM-5 pour le trouble de stress post-traumatique chez les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans

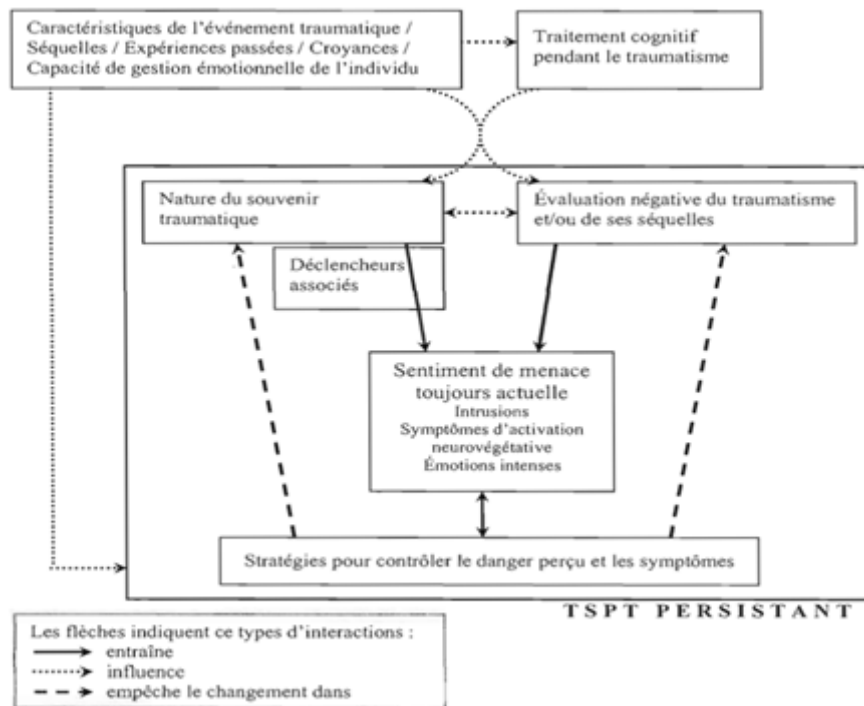
« Pour les adultes, les adolescents et les enfants de plus 6 ans »	
Critère A	« Avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles d'une ou plusieurs façons suivantes » : 1. « en étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants » ; 2. « en étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants » ; 3. « en apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel » ; 4. « en étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant (p. ex., premiers intervenants ramassant des restes humains, agents de police qui entendent de manière répétée des détails concernant des violences sexuelles faites à des enfants) ». Remarque : « Le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par des médias électroniques, la télévision, des films ou des photos, sauf si cela est lié au travail. »
Critère B	« Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion suivants associés à un ou plusieurs événements traumatisants, qui sont apparus après que le ou les événements traumatisants se sont produits » : « Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants du ou des événements traumatisants. NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des jeux répétitifs exprimant des thèmes et des aspects du traumatisme ; 2. Rêves récurrents dont le contenu ou les émotions, ou les deux, sont liés à l'événement et qui provoquent un sentiment de détresse. NB chez les enfants de plus de 6 ans il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable ; 3. Réactions dissociatives (p. ex. rappels d'images, flashbacks) au cours desquelles la personne se sent ou agit comme si l'événement traumatisant se reproduisait. (Ces réactions peuvent survenir à différents niveaux, la réaction la plus intense étant la perte de conscience de l'environnement actuel). NB chez les enfants de plus de 6 ans on peut observer des reconstructions spécifiques du traumatisme au cours de jeux ; 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatisant ; Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect du ou des événements traumatisants. »
Critère C	« Évitement persistant des stimuli associés à un ou plusieurs événements traumatiques, ayant débuté après que celui-ci ou ceux-ci se sont produits, comme l'indique au moins un des symptômes suivants » : « Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse ; 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant ou qui y sont étroitement associés, et qui provoquent un sentiment de détresse. »

Critère D	« Altérations des cognitions et de l'humeur associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants » : 1. « Incapacité de se souvenir d'éléments importants du ou des événements traumatiques (typiquement en raison d'une amnésie dissociative et non pas à cause d'autres facteurs comme un traumatisme crânien, ou la consommation d'alcool ou de drogues) » ; 2. « Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde », (p. ex., « Je suis une mauvaise personne », « On ne peut faire confiance à personne. », « Le monde entier est dangereux. », « Tout mon système nerveux est détruit de façon permanente » ; 3. « Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement traumatisant qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui » ; 4. « État émotionnel négatif persistant (p. ex. peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte) » ; 5. « Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités » ; 6. « Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres » ; 7. « Incapacité persistante de ressentir des émotions positives (p. ex. incapacité d'éprouver des sentiments de bonheur, de satisfaction ou d'affection). »
Critère E	« Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité associées à un ou plusieurs événements traumatiques, qui ont commencé ou ont empiré après que l'événement traumatisant s'est produit, comme l'indiquent au moins deux des symptômes suivants »: « Irritabilité et accès de colère (avec peu ou pas de provocation) qui s'expriment typiquement sous forme d'agression verbale ou physique envers des personnes ou des objets ; 2. Comportement irréfléchi ou autodestructeur ; 3. Hypervigilance ; 4. Réaction de sursaut exagéré ; 5. Problèmes de concentration ; 6. Troubles du sommeil (p. ex. difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu ou agité) »
Critère F	« La perturbation (les symptômes décrits aux critères B, C, D et E) dure plus d'un mois. »
Critère G	« La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement. »
Critère H	« Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance (par ex. médicament ou alcool) ou à une autre affection. »
Spécifier le type	« Avec symptômes dissociatifs : Les symptômes de la personne répondent aux critères de trouble de stress post-traumatique et, de plus, en réaction à l'agent stressant, la personne présente les symptômes persistants ou récurrents de l'un ou l'autre des états suivants » : 1. « Dépersonnalisation : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps (p. ex., sentiment de vivre dans un rêve, que son corps n'est pas réel ou que tout se passe au ralenti) » ; 2. « Déréalisation : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel (p. ex., le monde environnant ne semble pas réel, la personne a l'impression d'être dans un rêve, se sent distante ou détachée de soi). Remarque : Pour utiliser ce sous-type, les symptômes dissociatifs ne doivent pas être attribuables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex., moments d'absence, comportement pendant une intoxication alcoolique) ou à une autre affection (p. ex., crises d'épilepsie partielles complexes). Avec manifestation différée : Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat). »

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Edition . Arlington VA. American Psychiatric Association 2015.disponible sur :

https://www.memoiretraumatique.org/assets/files/v1/Documents-pdf/DSM_5_Trouble_stress_post-traumatiques.pdf

Annexe 4 : Modèle d'Ehlers et Clark



*Ehlers A et David M.C.A cognitive model for persistent PTSD. Behaviour Research and Therapy, vol.38. 2000; P319-345.

Annexe 5: Guide d'entretien

Introduction

Bonjour Mme,

Je vous remercie d'avoir bien voulu m'accorder du temps pour cet entretien. Comme je vous l'avais dit par mail je m'appelle Alik, je suis étudiante à la faculté de Santé publique de l'UCL où j'effectue actuellement un master. Je vous ai contactée, parce que dans le cadre de mon mémoire qui porte sur la thématiques des MENA, je réalise dans une partie de mon travail des entretiens semi directifs qui consistent à recueillir vos point de vue, pratiques, connaissances, ... à travers ma question de recherche qui est la suivante :

« Comment améliorer la santé mentale des mineurs étrangers non accompagnés (MENA) demandeurs d'asile âgés de 16 à 25 ans, souffrant de trouble de stress post traumatique (PTSD), à travers des prises en charge psycho(socio)thérapeutiques les plus efficaces par des professionnels travaillant dans des structures d'accueils avec les MENA ? »

Cet entretien durera plus ou moins 1h.

Je vais vous poser une série de questions, sentez-vous libre d'y répondre, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, soyez détendu (e)...

Au cours de l'entretien je prendrai quelques notes, mais pour pouvoir me concentrer sur notre échange au lieu de prendre note en continu, je souhaiterais obtenir votre accord afin de pouvoir enregistrer cet entretien. N'hésitez

pas à mentionner si à un moment vous souhaitez interrompre l'enregistrement. Toutes les informations qui me seront transmises ce jour seront strictement confidentielles. Cet entretien sera réécouté uniquement par moi-même et sera retranscrit de manière anonyme.

Une fois l'entretien retranscrit, si vous le désirez, je m'engage à vous l'envoyer à l'adresse mail à laquelle je vous ai contactée.

M'accordez-vous de pouvoir enregistrer ?

Avez-vous des questions avant de commencer ?

Pouvez-vous vous présenter et dire quelques mots à propos de votre parcours professionnel ainsi que votre fonction au sein du centre ?

Données sociodémographiques :

- Profession :
- Âge :
- Genre :
- Ancienneté :
- Pourcentage de temps de travail :
- Lieu de pratique professionnelle :
- Nombre approximatif de patients suivis par semaine :
- Statut : Indépendant ? Salarié ?

Comment se fait l'accueil des MENA au sein du centre d'accueil (de l'institution)?

- Comment ces MENA arrivent-ils dans le centre (institution) ? Qui les dirige vers le centre ?
- Quelles sont les classes d'âges de ces MENA que vous accueillez en général ?
- Quand un MENA arrive pour la première fois dans le centre, comment se passe son intégration ?
- Une fois intégré qu'est ce qui est mis en place pour l'accompagner quotidiennement ?

Comment se fait l'encadrement d'un MENA qui a des problèmes de santé mentale ?

- Quand vous avez un MENA avec un problème de santé mentale, qui est-ce que vous appelez comme professionnel pour le prendre en charge ?
- Quels sont les éléments qui vous permettent d'identifier un jeune MENA comme souffrant de problèmes de santé mentale ? Autrement dit, est-ce que vous avez des protocoles de surveillance de leur santé mentale ?
- En général quels types de problème en santé mentale rencontrez-vous chez ces MENA ?
- Comment se passe cette prise en charge de santé mentale chez ce public ?

- Quel type d'intervention psycho(socio)thérapeutique proposez-vous au sein de ce centre pour améliorer la santé mentale de ces MENA ?

- Est-ce qu'une catégorie d'âge a une prise en charge en santé mentale particulière ? Si oui pouvez-vous m'expliquer ?

- Que pensez-vous de l'accueil et de l'accompagnement psychologique qui est proposé à ces jeunes dans votre institution ?

- Si vous avez le pouvoir de le faire, qu'est-ce que vous désirez améliorer pour une prise en charge optimale ?

Comment sont orientés les MENA une fois qu'ils ont atteint la majorité ?

- Pour les jeunes en transition vers l'âge adulte (càd ceux qui vont atteindre la majorité), comment se fait leur accompagnement au sein du centre ?

- Est-ce que vous parlez avec eux de ce qui se passera dans leur cas une fois qu'ils auront atteint la majorité ?

- Comment envisagez-vous leur autonomie une fois devenus majeurs ? Un suivi est-il fait ?

- Pouvez-vous expliquer comment le secteur social accompagne ces jeunes MENA avec des problèmes de santé mentale ?

- Comment se passe votre collaboration avec d'autres secteurs (par exemple le secteur social-juridique-psychologique ou d'autres) dans l'accompagnement et la prise en charge de ces MENA ?

Quels sont les besoins exprimés par ces jeunes MENA ? Et comment vous dans votre fonction (et/ou le centre) y répondez-vous ?

- Ces jeunes vous ont-ils exprimé quels étaient leurs besoins ? Les difficultés qu'ils rencontrent ? Si oui lesquelles ?

- Rencontrez-vous des obstacles dans votre accompagnement psychologique et/ou autre avec ces jeunes MENA ? Si oui lesquels ?

- Qu'est-ce que vous souhaiteriez pour lever ces obstacles ?

Conclusion

J'ai fini l'entretien, avez-vous quelque chose à ajouter ? Des précisions ou des choses dont je n'ai pas parlé mais que vous voulez exprimer ?

Je vous remercie sincèrement encore une fois de votre patience et du temps que vous m'avez accordé !

Annexe 6 : Unités d'analyses prédéfinies

Entretiens	Phase d'arrivée des MENA dans les centres (institutions)	Problématique de santé mentale observée parmi les MENA	Facteurs de risque aggravant l'état de santé physique et mentale des MENA	Eléments identifiés comme participant à l'amélioration de la santé mentale des MENA	« Catégorie non prédéfinie qui a émergé » : <i>Conséquences des mesures restrictives liées à la pandémie du coronavirus</i>	Obstacles qui entravent une prise en charge adéquate et efficace	Limite du système observé par les professionnelles qui encadrent les MENA	Préparation à l'autonomie
1	Police lors d'un contrôle de routine Office des étrangers lors d'une demande de protection internationale (DPI) SAJ en passant par la phase COO ou pas, SPJ, Tuteur...	Troubles de l'attachement Troubles de stress post traumatique (PTSD) Symptômes similaires dans les deux catégories : trouble du sommeil, hypervigilance, problème de comportement (excitation, violence, agressivité, ...)	L'incertitude quant au séjour des MENA est un facteur important de vulnérabilité de ces jeunes. Culture différente ou l'on ne parle pas de ses problèmes psychologiques Certains symptômes différents de l'Europe, même si marginaux. A 18 ans le centre est obligé de faire sortir les jeunes quel que soit leur statut. → Risque de précarité et de stress extrême pour ceux qui n'ont pas obtenu leurs papiers.	Hypnothérapie Art thérapie Séance de relaxation avec kiné relationnel Création d'une relation de confiance (Parler avec lui, expliquer ce qu'est un psychologue, Connaître leur demande concrète (pour mieux les orienter.) Les faire raconter leur histoire de manière non chronologique par des dessins, des personnages, un génogramme de leur famille, ... Quand les jeunes sont prêts à effectuer un travail psychologique, on les adresse à des psychothérapeutes. Si problème d'ordre psychiatrique, ils sont adressés à des psychiatres pour avoir des médications adaptées. Travail avec des interprètes pour la barrière linguistique. En dehors de la santé mentale : Collabore avec	Moins présente auprès des jeunes à cause du coronavirus.	Barrière de la langue Difficulté à recadrer certains jeunes qui sont trop loin malgré des choses mises en place. Et donc ces jeunes sont réorientés.	Travailler avec les mêmes interprètes Qu'ils soient asymptomatiques ou pas, ils ont tous besoin d'aide au niveau de leur santé mentale. Prise en charge en centre d'accueil mieux subsidiée par le gouvernement, plus stable.	Apprentissage à cuisiner Atelier budget Explication de la mutuelle par l'infirmière Carnet de route avec toutes les adresses importantes pour le jeune et adapté à lui en fonction du lieu où il ira.

				d'autres services pour donner le maximum de chance au jeune d'obtenir ses papiers. Font déloger dans la mesure du possible les WE les jeunes via des familles de parrainage.				
2	Le centre de phase 2 Les tuteurs		Les jeunes disent pouvoir avoir accès à certaines formations mais bcp de portes se ferment.	En dehors de la santé mentale : Travaile avec les interprètes pour mieux accompagner les jeunes. Collabore avec d'autres services	/	Difficulté de trouver de la place pour les jeunes avec problème de santé mentale, en effet ceux dont la demande a été refusée n'ont pas accès à des services de santé mentale pour les prendre en charge.	Plus de souplesse de la part de l'AVIQ pour donner accès au jeune à des services de santé mentale	Le MENA a une AS de référence, suivi individuel et les AS travaillent à la demande du jeune. Le jeune doit être proactif pour son suivi. Quand le jeune à 18 ans et qu'il a obtenu un logement : l'aider à faire un contrat d'électricité. Lui expliquer ce qu'est une assurance incendie. Faire les démarches auprès du CPAS. S'assurer que son dossier mutuelle est bien en ordre. Système de parrainage en fonction de ses besoins.
3	Fedasil SAJ Tuteur		Angoisse majorée de ces jeunes face à l'incertitude de leur statut. Des jeunes qui ont un patron, qui vont à l'école mais qui n'ont pas de logement. P528 Beaucoup expriment que ça ne sert à rien d'aller à l'école puisque de toute façon ils n'ont pas de	L'école travaille beaucoup avec le PMS ou il y a des psychologues qui sont attentifs au problème de santé mentale de ces jeunes Les jeunes avec de gros soucis de santé mentale n'ont pas la capacité d'apprendre. Donc pour essayer d'améliorer leur santé mentale à notre façon, on essaye de jouer sur l'accrochage scolaire, le fait d'arriver à se lever tous les jours pour au	/	Certains jeunes ont des problèmes de comportement. C'est parfois lié aux difficultés de compréhension et c'est par des actes qu'ils s'expriment. Barrière culturelle	Être plus attentif à ces jeunes. Car à partir du moment où un jeune est en insertion, parce qu'il travaille, il va à l'école, il participe à la société ; il faudrait mettre tout en place pour soutenir cela et ne pas faire comme si ce ne sont que des numéros. Souhait pour que le système belge soit plus souple.	Certains jeunes sont en contrat d'apprentissage Cefà en vue d'une autonomie vers le passage à la majorité, Ils vont deux jours à l'école et 3 jours chez un patron. Ils ont donc une petite rentrée d'argent qui nous permet de leur apprendre à faire des

			papiers et qu'ils ne resteront pas en Belgique.	moins être présent à l'école, le fait d'être en contact avec d'autres jeunes, de s'ouvrir un peu au monde extérieur. Prise en charge au niveau scolaire : Ceux qui ont moins de 12 ans sont scolarisés en primaire, et ceux de plus de 12 ans en secondaire. Ils sont intégrés dans les classes normales selon leur niveau. Ceux de plus de 12 ans qui n'ont jamais été scolarisés vont dans un DASPA (dispositif d'apprentissage scolaire pour primo arrivant). En dehors de la santé mentale : Collaboration avec d'autres secteurs pour donner plus de chances aux jeunes de s'en sortir et d'avoir leurs papiers.				économies.
4	Centres d'accueils pour MENA Clinique de l'exil Centres régionaux d'intégration Centres de phase 3	PTSD Délire de persécution	L'incertitude liée à l'obtention de leurs papiers, difficulté de trouver un logement même après obtention de leurs papiers. Extrait d'un témoignage de jeune raconté par le professionnel : « La dame dit qu'elle ne peut plus m'accueillir après juin. Trouve-moi une solution ! qu'est-ce que je peux faire ! »	Créer du lien et restaurer le lien avec les différentes institutions Faciliter l'accès aux jeunes aux différentes structures qui traitent de leur problème de santé mentale. P674 En dehors de la santé mentale : Service sociojuridique, donc souvent ils accompagnent les jeunes par rapport à la question du droit de séjour.	/	Parfois je suis dans une impasse, je ne sais pas ce que je peux faire pour les aidé. Vu leur situation de précarité de séjour, ils sont très angoissés et de façon permanente Le contexte migratoire est abominable à tout niveau, que ce soit pour les adultes ou les jeunes. Écart immense entre les institutions, les services sociaux, et les personnes elles-mêmes.	Il faudrait beaucoup plus d'approche inclusive, de moyens pour les travailleurs sociaux, de moyens aux associations qui n'ont pas une limite qui est liée à l'hébergement ou à quelque chose de spécifique. Il faut pouvoir avoir une marge de manœuvre qui doit pouvoir permettre de bouger avec les besoins des jeunes, ça c'est pour moi essentiel Offrir au jeune un cadre qui le sécurise, ça passe par les papiers, une aide sociale, un lieu de vie correct décent	
5	Centres d'arrivées pour demander l'asile, ils font le dispatching dans ce	Traumatisme (pas nécessairement PTSD) : plaintes de stress à cause des choses qu'ils ont		Psychoéducation individuelle ou collective Séance de relaxation	En temps de covid, c'est quasiment la même chose qui se passe, que quand il n'y	En Belgique au niveau de la psychiatrie tu peux seulement avoir de l'aide que s'il y a une crise qui se	Plus de subside de la part des autorités	Rien n'est fait, car un grand nombre de notre population viennent comme

	centre	vécues PTSD Trouble du sommeil Difficulté à réguler ses émotions Crise d'angoisse Problème psychiatrique : Jeune avec PTSD+ hallucination auditive Automutilation		S'assurer que le jeune a une thérapie adaptée en dehors du centre. Essaye de voir les jeunes, leur parler, de les soutenir, les laisser exprimer leur frustration. En dehors de la santé mentale : Collaboration avec d'autres secteurs comme les avocats à qui elle envoie des attestations, et d'autres collaborations ou c'est plutôt les AS qui s'en chargent dans le souci d'aider les jeunes dans leur démarche de demande d'asile.	avait pas le covid, mais maintenant ils doivent rester en quarantaine jusqu'au moment où on a leurs résultats. Et donc pendant ce temps aucun entretien n'est fait Et s'il y a un cas positif, ça peut prendre environ 1 semaine voire plus.	fait ; donc si tu vois qu'un jeune a vraiment des difficultés, qu'il a besoin de soins plus profonds, tu ne peux pas être dans la prévention. Tu dois attendre qu'il fasse une tentative de suicide ou qu'il se scarifie ou autre avant de l'envoyer dans une structure psychiatrique appropriée. De mon point de vue je pense que ce n'est pas du tout bien. Au niveau micro : problème de communication tant avec l'équipe qu'avec les jeunes.		mineurs, mais partent d'ici après un mois et demi comme majeurs
6	Les centres de phase 1 SAJ	PTSD (hypervigilance, anxiété, ...) Trouble du sommeil	Le principal obstacle c'est cette histoire de procédure qui, je trouve souvent affaiblit encore plus leur santé mentale. Tout ce dont il a besoin c'est de se sentir en sécurité, de se sentir écouté, de ce qu'on te respecte en tant qu'être humain. Déjà devoir imposer d'aller à l'école, imposer de devoir se lever, faire face à toutes les contraintes liées à la vie en groupe, c'est quand même violent. Mais si en plus on t'impose de prendre soin de toi, alors là c'est comme si tu perdis tout le contrôle sur ta vie.	Travail bcp avec des outils (faire la ligne de vie du jeune quand il est prêt, son arbre généalogique, le trajet sur carte) ...Parfois le jeune me raconte son récit et je rédige ce récit, on imprime et on en fait quelque chose de beau, quelque chose de joli. C'est vraiment du cas par cas. Boîte à estime de soi. Psychoéducation. Travaille avec une kiné qui fait le EMDR	/	La culture Rigidité institutionnelle	Leur famille est une ressource sûre pour améliorer leur santé mentale. Travail avec des interprètes en cas de barrière de la langue. Plus de moyens financiers pour interprète indépendant.	Ateliers qui visent à développer l'autonomie qui sont proposés dès 15 ans. Donc ça va de l'administratif, réseaux, comptabilité, budget, cuisine etc... Vraiment tout ce qui peut toucher à l'autonomie, vie affective et sexuelle.
7	Les psychologues, infirmiers ou éducateurs des centres fedasil ou autre centre de phase 1 ou 2	PTSD et ses symptômes Mais chez les MENA elle préfère parler de : Traumatisme multiples, complexes et cumulés	Système du CGRA aussi pour avoir les papiers, ils doivent raconter leur histoire en détail et donc ça les traumatise évidemment.	Dans leur prise en charge, ils essayent de créer du lien en premier et aussi de comprendre quelle est la demande du jeune, de savoir qu'il comprenne bien ce qu'on lui propose comme	/	Manque de moyens financiers Le gouvernement dit que ces jeunes peuvent venir	Il faudrait donc qu'il y ait plus de centres comme ici, plus d'interprètes, Plus de moyens Arriver à faire avec	Terrible ce statut de MENA, parce qu'à 18 ans ils n'ont plus de tuteur, ils doivent se débrouiller etc.... Evidemment ici le

	Tuteur La croix rouge Avocat			dispositif. Psychoéducation Tisser le lien est une sorte de psychothérapie pour eux. Thérapie de soutiens. Justifie qu'il n'utilise pas NET ou TCC car ce type de thérapie peut être utilisé quand le jeune à une certaine stabilité psychique. Et donc si on utilise trop tôt ou au mauvais moment ces thérapies, il risque de faire plutôt des reviviscences Traitement médicamenteux dans certains cas plus aigus		deux fois en thérapie ici au centre, c'est quand même très peu. Alors nous on les voit avec des interprètes, en fait on a peu de moyens pour soutenir ces MENA Méfiance de la part des jeunes, ne viennent pas d'office raconter leur problème, difficulté avec les interprètes (perte d'information)	l'interprète une sorte de réelle équipe, comme si on est co-thérapeute et cela n'existe pas encore assez je trouve.	suivi continue et alors souvent ici on les met avec une AS qui va les aider dans les recherches, par exemple au niveau du logement si jamais ils ont leurs papiers, et pour la suite.
8	Tuteur Police Via le centre de dispatching	Trouble du sommeil Crise d'angoisse Problèmes psychosomatiques Des symptômes qui font penser au PTSD (flash-back, ...)	Le test d'âge	Psychoéducation Séance de relaxation Entrer en relation avec eux	À cause du coronavirus, maintenant le jeune doit être dans le couloir de quarantaine, du coup on n'a pas de lien avec eux dès leur arrivée. Quand le jeune est positif il reste en quarantaine et ça c'est un facteur qui n'est pas génial pour son intégration ici au centre	La limite de temps car « dès qu'on découvre le jeune, on n'a pas trop le temps pour rentrer en contact avec lui, car il est déjà transféré vers un autre centre. » Barrière linguistique Quand mauvaise relation avec le traducteur Manque de moyens financiers	Continuité des soins auprès de ce public Bonne collaboration entre les professionnels	Pas de préparation à l'autonomie. Dès que le test d'âge les déclare majeurs, ils sont transférés vers un autre centre.

Liste des annexes disponibles en ligne

Annexe 1_ **Entretien 1**

Annexe2_ **Entretien 2**

Annexe 3_ **Entretien 3**

Annexe 4_ **Entretien 4**

Annexe 5_ **Entretien 5**

Annexe 6_ **Entretien 6**

Annexe 7_ **Entretien 7**

Annexe 8_ **Entretien 8**

LOUVAIN-LA-NEUVE | **BRUXELLES** | MONS | TOURNAI | CHARLEROI | NAMUR

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W oluwe-Saint-Lambert, Belgique | www.uclouvain.be/fsp