

**GUIDELINES
DE PRISE EN
CHARGE
DES JEUNES
ISOLÉS
USAGERS
DE SUBSTANCES
PSYCHOACTIVES**



INTRODUCTION

Ce guide vise à partager des balises, des points de repère, des points d'appui pour le travail psychosocial et la prise en charge médicale des jeunes en errance. Il s'adresse à des soignants, des travailleurs sociaux, des accompagnateurs et acteurs de première ligne qui investissent du temps et se responsabilisent sur la question des mineurs étrangers non accompagnés (MENA) du quartier Midi.

Les Contrats Locaux Social-Santé (CLSS), qui permettent la publication de ce guide, sont une opportunité de nous interroger sur la ville et les territoires sur lesquels nous sommes actifs en tant qu'associations ou services publics et sur la responsabilité que nous pouvons prendre en tant qu'acteurs dans l'accompagnement des publics fragilisés qui y vivent.

Les MENA viennent questionner les limites de nos pratiques, les frontières de l'intervention. Ils nous incitent, si nous ne voulons pas une société d'invisibles ou d'inca-

sables, à inventer de nouvelles manières de travailler, de nouvelles solutions. Les MENA viennent aussi défier les politiques migratoires, les politiques d'inclusion, les formes d'hospitalité, l'idéal émancipatoire des sociétés modernes.

Ce guide s'inscrit, en ce qui concerne la consommation par ce jeune public des drogues de rue, dans une perspective de réduction des risques et d'accompagnement bas seuil de la question des assuétudes.

Le champ d'intervention qui concerne ces jeunes en errance, en particulier quand ils sont précarisés et consommateurs de drogues est un champ d'intervention en construction. Un champ traversé sur sa crête par des questions éthiques, et, qui nécessite de conjuguer et de co-construire les savoirs avec eux, de travailler en réseau entre acteurs associatifs et publics, de construire des ponts entre le monde académique et professionnel, et probablement aussi, à l'heure de la mondialisation, de travailler de manière transnationale, pour construire un réseau de villes inclusives capables de répondre de manière bienveillante à ce phénomène migratoire.



DÉFINIR LE PUBLIC



On sait qu'un pourcentage non négligeable étaient des « enfants des rues » dans le pays d'origine.

On recense depuis quelques années plusieurs dizaines de jeunes isolés qui vivent – dorment ou passent leurs journées – essentiellement aux alentours du quartier Midi-Cureghem. Les acteurs de terrain les identifient comme étant des jeunes personnes d'origine marocaine. Ils ont entre 11 et 18 ans en moyenne. Il est assez difficile de confirmer les identités et les âges de ce public ; ainsi nous ne pouvons pas tous les identifier comme MENA selon la définition officielle (voir chapitre 2). Le dernier rapport de SOS Jeunes sur la situation Midi faisait état de 191 jeunes.

Ce phénomène de jeunes (parfois très jeunes) personnes en exil et vivant dans la rue est observé dans de nombreuses

viles européennes depuis une dizaine d'années. Il s'agit d'une population assez hétéroclite sur le plan social, mais on sait qu'un pourcentage non négligeable d'entre eux étaient des « enfants des rues » dans le pays d'origine.

Les jeunes en exil du quartier Midi sont très souvent abordés par la police, des travailleurs du secteur associatif, des services de tutelle, des services d'aide à la jeunesse, du service d'urgences pédiatriques, etc. Le constat établi par ces différents services est que ce public formule peu de demandes d'aide. Les services d'urgences qui sont sollicités le sont la moitié du temps par les services de police après une interpellation. La majorité des plaintes de santé concernent des blessures liées à des rixes, à la consommation de substances, ou sont directement liées à la vie en rue (infections/surinfections dermatologiques, demandes de médicaments sédatifs, prostitution...). Dans l'autre moitié des cas, le jeune est amené par ambulance à la suite d'un malaise, souvent en lien avec des consommations de substances.



LE PARCOURS MENA EN BELGIQUE

C'est la « loi tutelle » qui définit le statut des MENA en précisant des critères qui doivent être cumulés.

Conditions :

- Être âgé de moins de 18 ans (à noter que ce critère d'âge est de facto très difficile à prendre en compte, vu qu'aucune méthode pour l'apprécier n'a été validée, y compris l'utilisation de radiographies pour évaluer l'âge osseux¹) ;
- Ne pas être accompagné d'une tierce personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle sur lui, et ce, en vertu de sa loi nationale ;
- Enfin, soit avoir demandé à bénéficier de la protection internationale, soit ne pas satisfaire aux conditions d'accès du territoire et de séjour dé-

terminé par les lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

Une fois ces conditions réunies, il existe une trajectoire type définie par Fedasil qui se décline sur 3 phases.

1^{re} phase : les jeunes sont accueillis en Centre d'orientation et d'observation (COO). Ils peuvent y séjourner jusqu'à un mois.

2^{ème} phase : la stabilisation suppose que le jeune est aiguillé vers une structure d'accueil collective fédérale (Fedasil) ou tenue par un partenaire (Croix-Rouge...).

3^{ème} phase : l'autonomie accompagnée est possible lorsque la demande de protection a été acceptée et que les MENA ont plus de 16 ans (mais moins de 18). Ils peuvent alors bénéficier d'un accompagnement en initiative locale d'accueil (les ILA sont organisées conjointement par les CPAS et Fedasil).

1/Fournier, K. L'estimation de l'âge des MENA en question : problématique, analyse et recommandations. (2017).

Dans les centres d'accueil de Bovigny et Arendonk, un projet spécifique a été mis sur pied pour les MENA qui n'ont pas de perspective de séjour en Belgique : le projet "My Future"². Un trajet sur mesure est proposé au jeune afin de le préparer à la fin de son séjour. La participation du jeune se fait sur base volontaire. Pendant le trajet, Fedasil travaille intensivement sur plusieurs points :

- Poser des choix pour l'avenir : informer (illégalité/retour volontaire/transit vers d'autres pays)
- Soutenir et encourager la prise de décision (empowerment)
- Entraîner sa capacité à rebondir (résilience)
- Se former à des pratiques professionnelles qualifiantes

LA FIN DU PARCOURS D'ACCUEIL

Un étranger mineur non accompagné ne peut pas faire l'objet d'une expulsion avant son dix-huitième anniversaire, et ce, indépendamment du fait qu'il ait ou

2/ <https://www.fedasil.be/fr/actualites/accueil-des-demandeurs-dasile/presentation-de-my-future-Trajectoires>. Recherche-action sur la situation des mineurs non accompagnés marocains. (2018).

non introduit une demande. Si, avant ses 18 ans, il est reconnu comme réfugié ou s'il obtient un autre statut de séjour, il a droit à une aide financière d'un CPAS.

Une fois qu'il a 18 ans et qu'aucune décision n'a encore été prise concernant sa demande, le jeune est envoyé dans une structure d'accueil pour demandeurs adultes. S'il a 18 ans et qu'il ne possède plus de permis de séjour, il doit quitter le réseau d'accueil.

Pour les MENA n'ayant pas introduit de demande de protection internationale, Fedasil est cependant légalement tenue d'accueillir tous les mineurs dans la structure d'accueil. Pour les jeunes qui n'ont pas introduit de demande de protection internationale, un accompagnement spécial a été prévu dans le centre d'accueil de Sugny³. Après un premier accueil à Sugny, une solution adaptée aux besoins de ces jeunes est cherchée (dans un centre, en cohésion avec d'autres jeunes).

Les MENA dont nous parlons dans ce document ne dépassent pas la première phase. En général, ils quittent le COO après quelques jours. Souvent, ils ne sont pas demandeurs de protection internationale parce qu'ils ne sont pas, de fait, dans les conditions pour l'obtenir.

3/ <https://www.fedasil.be/fr/sugny>



UNE EXPLICATION SOCIOLOGIQUE DU PHÉNOMÈNE

Selon des associations de terrain parisiennes, étudiant les MENA en errance du quartier de la Goutte d'Or, les jeunes Marocains qu'elles rencontrent viennent de familles originaires de périphéries de villes telles que Fès, Casablanca ou Tanger. Les familles, dont le père semble souvent absent, présentent généralement des difficultés économiques. Les mères viennent s'installer en ville pour travailler dans l'industrie textile ou agroalimentaire.

Les enfants seraient alors livrés à eux-mêmes une grande partie du temps et se socialisent dans la rue. On dénombre 30 000⁴ enfants des rues au Maroc, mais

il est probable que ce chiffre soit sous-estimé. Ce chiffre n'évoque pas non plus le nombre de jeunes enfants qui ne dorment pas dans la rue, mais qui y passent la plupart de leur temps.

Dans la rue, les enfants sont très souvent en contact avec des produits, vendus sur le marché noir, qui sont généralement des médicaments détournés du circuit officiel. Depuis de nombreuses années, des études font état d'un important marché noir de médicaments au Maghreb, notamment de benzodiazépines, d'opiacés (certains considérés comme faibles mais dont le risque de dépendance est non négligeable), mais également de Lyrica® (prégabaline). L'existence de réseaux organisés pour induire l'addiction de ces jeunes est également fréquemment observée.

La culture de la rue a vu également émerger un nouveau phénomène social ces dernières décennies : la hrague/harraga (mot d'origine berbère signifiant « brûler »).

4/DUPRET, Baudouin (dir.) ; et al. Le Maroc au présent : D'une époque à l'autre, une société en mutation. Nouvelle édition [en ligne]. Casablanca : Centre Jacques-Berque, 2015



Les jeunes harraga brûlent les frontières, leurs papiers, leur passé pour le projeter dans un avenir fantasmé en Europe.

Les grandes difficultés économiques des familles, dans un contexte macro-économique difficile dans des pays où les inégalités entre riches et pauvres sont très importantes, provoquent un effritement du « pacte social » ou « socio-politique » dans le pays d'origine, rendant impossible la construction d'un avenir sur place. La migration devient alors un projet positif pour la santé mentale de l'individu, nécessaire à la poursuite de l'existence. Les jeunes harraga brûlent les frontières, leurs papiers, leur passé pour le projeter dans un avenir fantasmé en Europe⁶. Si le phénomène touche principalement les classes les plus défavorisées, il a essaimé dans les classes moyennes, notamment par le biais de la culture populaire. Toutefois, selon la Banque mondiale, le Maroc se distingue

comme étant un pays qui a su profiter de la crise du COVID-19 pour en faire une opportunité et lancer un ambitieux programme de réformes transformatrices.

Un autre facteur expliquant la présence de jeunes (parfois très jeunes) adolescents en Europe est lié aux politiques migratoires restrictives mises en place sur le vieux continent, à la suite des printemps arabes. Ce durcissement des conditions d'accueil a eu pour conséquence que seule la catégorie MENA restait une possibilité pour s'installer légalement dans un pays d'Europe. Le nombre de mineurs non accompagnés a alors été quasiment multiplié par 10 entre 2013 et 2015⁷. Ainsi, ce sont désormais essentiellement de jeunes enfants, adolescents, ou hommes se faisant passer pour mineurs, qui se retrouvent sur les routes migratoires, et aujourd'hui dans certains quartiers de Bruxelles.

6/Arab, C. & Sempere Souvannavong, J. D. Les jeunes harragas maghrébins se dirigeant vers l'Espagne : des rêveurs aux "brûleurs de frontières". Migr. Société 125, 191–206 (2009).

7/Statistics | Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00194/default/table?lang=en>.



DES BESOINS SOCIO-SANITAIRES

UN PUBLIC VULNÉRABLE :

Selon les professionnels de terrain et divers travaux sur la question, la plupart de ces jeunes étaient déjà en difficulté et en marge de la société avant leur départ. Ils sont en rupture avec la plupart des services de protection de la jeunesse, les services des tutelles, et manifestent des comportements de méfiance vis-à-vis de tout service public. Ils sont donc globalement livrés à eux-mêmes et vulnérables à l'égard des réseaux criminels organisés ou informels.

Les professionnels qui sont en contact avec ce public estiment qu'il présente un certain nombre de besoins de santé concernant :

Psychologique/psychiatrique

- Syndrome de stress post-traumatique
- Anxiété
- Dépression
- Automutilations

Les usages de substances (les "drogues de rue")

- Solvants
- Médicaments
- Cannabis
- Alcool
- Autres substances

Les séquelles de la vie en rue

- Maladie infectieuse : tuberculose, diphtérie ...
- Affections cutanées (plaies, infestations par gale, punaises, etc., surinfections...)
- Lésions traumatiques
- Nombreuses problématiques de santé mentale

La couverture vaccinale sous-optimale

Un autre facteur est pointé du doigt par les acteurs comme ayant un impact sur la santé du public : l'organisation de l'offre de service. Les jeunes rencontrés dans le

quartier Midi peuvent en effet avoir recours à différents services en fonction de leurs besoins, mais ces derniers n'ont pas mis en place un système de partage d'informations⁸. Il est de ce fait probable qu'une information nécessaire à la prise en charge en urgence d'un jeune patient aux urgences pédiatriques soit connue du service de tutelle, d'un IPPJ ou d'une AMO. Ainsi, le manque d'intégration des services peut contribuer à une diminution de la qualité des soins apportés au public. Ce problème est évidemment associé à un niveau de littératie insuffisant, particulièrement marqué chez les NEET ("not in education, employment or training"), un acronyme qui désigne les jeunes qui n'ont pas d'emploi et ne suivent ni études ni formation). La mise en évidence de cette nouvelle catégorie de population particulièrement à risque est importante en raison du fait que les problématiques socio-économiques qui touchent ces jeunes les maintiennent en-deçà des actions et programmes menés, surtout ceux issus de l'immigration (non européenne) qui cumulent en outre les questions d'ethnicité et de ségrégation culturelle⁹. Cette situation est particulièrement observée dans les quartiers centraux et ceux du nord-ouest de Bruxelles

SYMPTÔMES PSYCHOLOGIQUES OU PSYCHIATRIQUES

Les personnes migrantes ont un risque accru de développer des pathologies psychiatriques, étant donné les éléments de vie dans le pays d'origine, durant le parcours migratoire et dans le pays d'accueil.

Dans plusieurs études, presque la moitié des mineurs non accompagnés arrivant en Europe présentent des symptômes psychiatriques, principalement de stress post-traumatique, d'épisode dépressif majeur ou d'anxiété¹⁰.

Des études longitudinales ont mis en évidence la persistance de ces symptômes dans le temps, avec même une augmentation de certains éléments traumatiques et facteurs de stress après 6 mois de suivi.

Ainsi, la discrimination subie, le manque d'éducation, l'absence de liens familiaux, les tests d'évaluation de l'âge, le sans-abrisme, la nécessité de changer souvent de quartier sont autant de facteurs de stress qui ont tendance à augmenter avec le temps passé en Belgique¹¹.

8/Nijman, R. G. et al. Emergency care provided to refugee children in Europe: RefuNET: a cross-sectional survey study. *Emerg. Med. J.* 38, 5–13 (2021).
9/Jacobs, D. & Rea, A. Les jeunes Bruxellois, entre diversité et adversité. *Bruss. Stud. Rev. Sci. Pour Rech. Sur Brux. Het Wet. Tijdschr. Voor Onderz.*

Brussel J. Res. Bruss. (2007) doi:10.4000/brussels.427.

10/Hanewald, B. et al. Different Patterns of Mental Health Problems in Unaccompanied Refugee Minors (URM): A Sequential Mixed Method Study. *Front. Psychiatry* 11, (2020).

11/Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E. &

SYNDROME DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

La prévalence de syndromes de stress post-traumatique parmi les jeunes migrants non accompagnés est largement rapportée dans de nombreuses études scientifiques. Chez des adolescents qui ont connu très jeunes des situations de grande précarité et de vie en rue, il est probable qu'ils aient été confrontés très jeunes à des traumatismes. Un traumatisme est défini comme un évènement soudain où l'individu est confronté à un risque très important pour lui-même, ou dont il est témoin pour autrui. Il s'agit d'une agression violente, d'un accident, du meurtre d'un proche, etc. Cet évènement provoque un sentiment de stress très intense où se mêlent effroi, horreur, un sentiment d'impuissance et une incapacité à intégrer ce qui est en train de se passer¹². Lorsqu'il persiste un état de détresse important plusieurs semaines à plusieurs mois après l'évènement, il s'agit très probablement d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD).



Derluyn, I. Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 23, 337–346 (2014).

12/Liébert, P. Définition des traumatismes psychiques précoces. in *Quand la relation parentale est rompue* 45–52 (Dunod, 2015).



CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UN PTSD SELON LE DSM-5

À la suite d'un traumatisme, le patient manifeste les symptômes suivants durant au moins un mois :

Symptômes d'intrusion

(au moins 1 symptôme) :

- Avoir des flashbacks
- Avoir des cauchemars
- Souffrir comme si l'évènement se reproduisait
- Avoir un sentiment de détresse lors de l'évocation de l'évènement

Symptômes d'évitement

(au moins 1 symptôme) :

- Évitement des pensées et sentiments liés à l'évènement
- Évitement des activités, lieux, conversations en lien avec l'évènement

Altération des capacités intellectuelles et de l'humeur

(au moins 2 symptômes)

- Perte de mémoire concernant l'évènement ou une partie de l'évènement

- Croyance ou attente négative à propos de soi, des autres ou du monde
- Idées déformées des causes et conséquences de l'évènement
- État émotionnel négatif persistant
- Diminution de l'intérêt ou de la participation à des activités importantes
- Sentiment de détachement
- Incapacité à vivre des émotions positives

Excitation et réactivité altérée (au moins 2 symptômes)

- Difficultés d'endormissement
- Irritabilité ou colère
- Comportement autodestructeur ou imprudent
- Difficultés de concentration
- Augmentation de la réaction aux stimuli (sursauts)
- Hypervigilance

Le risque d'apparition d'un PTSD parmi les jeunes MENA en errance est très important compte tenu de leur situation de vie dans le pays d'origine, mais également de leur parcours migratoire. Enfin, les circonstances de vie rencontrées dans le pays d'accueil augmentent également le risque. Si ce risque est élevé parmi les MENA pris en charge par le réseau d'accueil, la vie en rue et l'usage de substances décuplent les risques de rencontrer des situations de violence. À noter que la répétition des traumatismes rend l'individu plus vulnérable à de futurs traumatismes, même moins intenses.

Malgré la connaissance des services de l'existence de ce trouble psychique, il apparaît que le PTSD est largement sous-évalué et donc mal pris en charge au sein du public MENA. Cela peut s'expliquer par plusieurs facteurs¹³ :

- Les différences de culture dans l'expression des émotions et des demandes de soin : liée à la culture d'origine, mais également à la culture plus informelle « de la rue » ;

La vie en rue impose une reconstruction des systèmes de représentation.

- La stigmatisation chez certains de la santé mentale, une souffrance mentale étant associée à la fragilité et donc internalisée ;
- Les difficultés d'accès à des services de santé mentale, tant par manque d'information que par manque d'accès rapide à un rendez-vous ;
- La symptomatologie du PTSD peut être « auto-traitée », mais également masquée par l'usage de substances psycho-actives¹⁴.

13/Gaultier, S. Stress post-traumatique et MNA - Rhizome 69-70. *Orspere-Samdarra* <https://orspere-samdarra.com/2018/stress-post-traumatique-et-alliance-therapeutique-aupres-de-mineurs-non-accompagnes/> (2020).

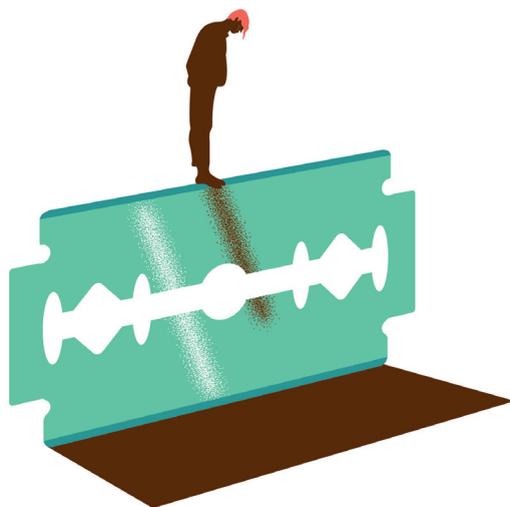
14/María-Ríos, C. E. & Morrow, J. D. Mechanisms of Shared Vulnerability to Post-traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders. *Front. Behav. Neurosci.* 14, (2020).

La vie en rue résulte-t-elle d'une maladie mentale ou est-elle la cause de celle-ci ?

ERRANCE

La vie en rue impose une reconstruction des systèmes de représentation. Le temps et l'espace sont modifiés, avec une prédominance de l'immédiateté. Le passé traumatique et le futur incertain laissent toute la place à un présent immuable¹⁵. La vie en rue est une suite d'occasions, d'adaptation, de relations sociales de débrouille ou d'opportunité, et d'utilisation d'objets sociaux jetables¹⁶. Pour supporter la violence de la rue, des stratégies de survie se développent : il s'agit de ne pas se laisser voler ou agresser, de trouver de quoi manger ; l'agressivité et la violence deviennent dès lors des compétences à développer. Une autre manière, pour certains, d'affronter

ou de transcender la multiplicité des violences de rue vécues et à venir est le glissement vers une maladie mentale avérée. Il existe d'ailleurs une dialectique vie en rue – psychose, un cercle vicieux triangulé par la violence : la vie en rue résulte-t-elle d'une maladie mentale ou est-elle la cause de celle-ci ?¹⁷ Un autre paradoxe de ces jeunes c'est qu'ils se situent dans une "mobilité ancrée", c'est à dire qu'ils sont extrêmement mobiles mais ancrés dans un territoire.



15/Duvivier, É. Habiter la rue et se « débrouiller ». Parcours de mineurs étrangers non accompagnés à Bruxelles. *Pensée Plurielle* 35, 69–81 (2014).

16/Laval, C. Précarité et intériorité : L'esprit du temps. *EM-Consulte* <https://www.em-consulte.com/article/652494/precarite-et-interiorite-lesprit-du-temps>.

17/Declerck, P. *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*. (Plon, 2001).

AUTOMUTILATION

L'auto-agressivité est un phénomène régulièrement observé dans la clinique des adolescents, en ce compris chez les jeunes en exil. C'est un phénomène en augmentation. Coupures sur les bras, le ventre, le torse, brûlures de cigarette, scarifications, lacérations, autant de marques sur le corps exposées comme pour témoigner d'une douleur, se détourner d'une souffrance psychique, se punir... ou, paradoxalement, pour se sentir mieux.

Certaines pratiques d'automutilation peuvent relever de rites initiatiques ou de rituels d'appartenance ou de socialisation au sein d'un groupe. L'automutilation peut également être associée à une manifestation de détresse psychotique¹⁸.

Cette pratique d'auto-agressivité est très mal reçue par les soignants, ce qui en fait une stratégie souvent contre-productive¹⁹. Génératrice d'angoisse et d'impuissance, elle peut susciter le rejet ou l'exclusion du jeune.

Ces conduites à risques nécessitent une prise en charge décalée qui doit tendre vers l'ouverture d'un espace de dialogue qui montre que le soignant a compris qu'il y avait une souffrance sous-jacente, et qu'elle peut se dire au lieu de s'agir. Il faut construire une position qui permette de maintenir le lien, même si le phénomène se reproduit, sans pour autant le banaliser. Pour les soignants et les accompagnants, il faut pouvoir discuter de ces situations en équipe et construire une position concertée.

Plus largement, d'autres conduites ordaliques peuvent être identifiées : transgression, violence, provocation, mise en danger... il s'agit d'affronter la mort symboliquement. Il s'agit de jouer avec le risque et non de se donner la mort, en repoussant les limites. C'est un besoin pour le jeune de tester s'il est vraiment vivant, de se mesurer à nouveau à la mort pour mériter sa vie²⁰.

18/Druel, G. Automutilations psychotiques : entre coupure et écriture. *Cliniques* 9, 40–61 (2015).

19/Neuburger, R. Automutilation. Quelques généralités sur un nouveau symptôme. *Cah. Crit. Thérapie Fam. Prat. Réseaux* 36, 145–154 (2006).

20/Outil pratique - Le repérage des signes de souffrance chez le/la jeune isolé-e étranger/ère. *J. Droit Jeunes* 358-359–360, 49 (2016).

USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Les jeunes du quartier Midi consomment de nombreuses substances psychoactives. Selon plusieurs études de terrain, ces usages ont très souvent débuté dans le pays d'origine (80 %). Les jeunes ont été socialisés à la vie en rue souvent dès leur plus jeune âge, leurs parents vivant pour la plupart dans des états de grande pauvreté.

Les produits principalement consommés sont : de la colle ou autres solvants, du cannabis, de l'alcool, des médicaments. Parmi les médicaments consommés, on retrouve de la prégabaline (Lyrica®) et/ou du clonazépam (Rivotril®) dans 90% des cas. On retrouve également des consommations de tramadol.

L'usage de substances revêt des fonctions diverses : elles sont parfois récréatives, mais semblent généralement avoir une fonction de béquille psychique dans le contexte très précaire dont les jeunes sont issus et dans lequel ils vivent. Plusieurs intervenants psychosociaux et des données de terrain à Paris rapportent également des consommations dans des situations de traite d'êtres humains et de prostitution infantile. Les jeunes seraient ainsi incités à consommer des médica-

ments dans le cadre de certaines pratiques comme la prostitution ou lorsqu'ils commettent des délits pour eux même ou pour autrui(vols, braquages)²¹.

Enfin, l'usage de produits psychoactifs a également une valeur sociale : elle est souvent le média de la rencontre et de l'appartenance au groupe de pairs.

ABUS/DÉPENDANCE/ADDICTION

Lorsque l'on parle d'usage de substances, on évoque des situations et des réalités qui sont loin d'être homogènes. Si le DSM-5, un des manuels diagnostiques en psychiatrie, a supprimé dans sa dernière édition les distinctions qu'il opérait précédemment entre abus et dépendance, il est assez utile d'en connaître les spécificités.

Tout d'abord, rappelons que tout usage de substances psychoactives n'est pas forcément problématique. Par exemple, l'usage de benzodiazépine en cas d'attaque de panique sévère est recommandé dans la plupart des guidelines médicales ; l'usage occasionnel, modéré et récréatif d'alcool n'est pas considéré comme pré-

21/Peyroux, O. Mineurs migrants et traite des êtres humains. *Hommes Migr. Rev. Fr. Réf. Sur Dyn. Migratoires* 35-42 (2020) doi:10.4000/hommesmigrations.10652.

occupant ; la prégabaline est efficace pour certaines douleurs neurogènes.

On considère qu'il y a abus de substances lorsque les usages sont soit répétés, soit dangereux pour la santé ou pour la situation sociale/judiciaire de l'individu. On parle d'une dépendance lorsqu'il y a une utilisation répétée et inadaptée d'une substance avec une incapacité de la personne à garder le contrôle sur son usage, conduisant à des altérations du fonctionnement ou une souffrance manifeste.

Si en général, les mots "dépendance" et "addiction" sont considérés, comme dans les pays anglo-saxons, comme des synonymes, certains auteurs considèrent que la dépendance est la conséquence physique et psychique de l'usage répété de la substance, alors que l'addiction est définie plus spécifiquement comme la souffrance liée à cette dépendance : une personne peut être dépendante au tabac sans pour autant ressentir de la souffrance dans cette situation²². Le terme "problématique" du DSM-5 est alors utile pour définir le mode d'usage d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative.

22/Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/5965> (2014).

TYPES DE PRODUITS

Tabac et cannabis :

ces usages sont quasiment systématiquement rapportés. Le cannabis est souvent consommé le soir, pour ses propriétés sédatives et anxiolytiques.

Substances inhalées :

Sous cette dénomination se regroupent les hydrocarbures aliphatiques, aromatiques, les halocarbures, le protoxyde d'azote (gaz hilarant) ou encore le nitrite d'alkyle (poppers). Il s'agit de substances inhalées à température ambiante, absorbées par les voies pulmonaires et qui procurent un effet euphorisant rapide. La plupart de ces produits sont facilement accessibles dans les grandes surfaces ou les magasins de bricolage, et sont très bon marché.





La plupart des solvants sont des dépresseurs du système nerveux central, ils provoquent une anesthésie, un sentiment de légèreté...

Parmi les solvants volatiles les plus consommés, on retrouve des produits à base de toluène, un hydrocarbure aromatique.

Effets à court terme :

La plupart des solvants sont des dépresseurs du système nerveux central, via l'activation des voies gabaergiques, l'inhibition de l'activité glutamatergique et l'activation de récepteurs opiacés. Ils provoquent une anesthésie, un sentiment de légèreté, une désinhibition et des comportements impulsifs. Lorsque les prises sont répétées apparaît de la dysarthrie, de la confusion, une diplopie, une démarche ataxique et de la désorientation. Des hallucinations visuelles et des délires paranoïdes peuvent également apparaître à haute dose.

L'inhalation de solvants provoque également une irritation des muqueuses, de la rhinorrhée, une épistaxis, de la toux, des nausées et vomissements ainsi que des crampes abdominales.

Morbidité et mortalité :

De manière générale, le risque de morbidité et de mortalité est corrélé à la fréquence et au dosage des consommations, à l'exception du risque de mort subite, lié à une sensibilisation du myocarde par un hydrocarbure de l'effet de l'adrénaline. Ainsi, en réponse à un stimulus de stress, de l'adrénaline peut être sécrétée et générer des troubles du rythme cardiaque qui peuvent être fatals. Ce risque est le plus élevé directement après l'inhalation, mais perdure encore plusieurs heures après la dernière prise. D'autres causes de décès peuvent être dues à des asphyxies, ou encore à la présence dans le sang de méthémoglobine.

L'inhalation chronique de solvants augmente le risque de cardiomyopathie, de leucémie, d'hépatocarcinome, de toxicité rénale pouvant mener à une insuffisance rénale et de troubles neurologiques, comme une polyneuropathie périphérique ou une encéphalopathie.

Enfin, il n'est pas rare de constater des brûlures, parfois graves, consécutives à la prise concomitante de solvant avec la combustion d'une cigarette ou d'un joint.

Après leur absorption, les solvants inhalés sont rapidement métabolisés par le foie, via les cytochromes P450.

Médicaments :

Clonazepam

Le clonazépam est un médicament de la classe des benzodiazépines, commercialisé sous le nom de Rivotril®. Il se présente sous la forme de comprimés, mais également comme solution buvable ou injectable. Il est indiqué dans la prise en charge de l'épilepsie, des troubles anxieux, des insomnies et de certains autres troubles neurologiques (syndrome des jambes sans repos, douleurs neuropathiques, etc.).

La prise de clonazépam entraîne une sédation, une diminution de l'anxiété et une sensation de sérénité. Elle provoque également une sensation d'ivresse, de la somnolence, un ralentissement du cours de la pensée, une confusion, une faiblesse musculaire et des troubles de la vision. À haute dose, le clonazépam, comme tous les déprimeurs du système nerveux central peut entraîner un arrêt respiratoire.

Souvent utilisé hors protocole médical, depuis le début des années 2010, par des personnes en précarité de séjour et de logement à Bruxelles, le clonazépam est généralement co-consommé avec du Lyrica.

Par voie orale (la forme la plus consommée), le clonazépam agit au bout d'une heure environ et son action dure en

moyenne 6-8 heures. Le pic plasmatique est atteint entre 1 et 4h. La demi-vie d'élimination est de 20-60 heures²³. Le clonazépam est largement métabolisé dans le foie par le cytochrome CYP3A4 en plusieurs métabolites, dont un actif, mais minoritaire, le 7-aminoclonazepam.

Les effets secondaires à long terme des benzodiazépines :

Dans l'ensemble, les benzodiazépines sont des médicaments efficaces et bien tolérés, même à fortes doses. Par rapport aux traitements antérieurs (par ex. : les barbituriques), elles provoquent beaucoup moins de surdoses létales. Cependant, prises de façon régulière, elles perdent rapidement de leur efficacité (tolérance) et entraînent un risque d'escalade dans les dosages et de sevrage si arrêtées brutalement (dépendance physique), même après quelques mois seulement.

23/Landmark, C. J. & Johannessen, S. I. Chapter 10 - Therapeutic monitoring of antiepileptic drugs. in *Handbook of Analytical Separations* (ed. Hempel, G.) vol. 7 225–256 (Elsevier Science B.V., 2020).

BENZODIAZÉPINES ET COGNITION

S'il est clair que l'usage de benzodiazépines a un impact direct sur la capacité de concentration, de mémoire et de vigilance, plusieurs études ont mis en évidence une corrélation entre usage chronique de benzodiazépines et la survenue ultérieure d'une démence, avec un odds ratio de 1.38²⁴. Cependant, cette corrélation ne semble pas dépendre de la dose de benzodiazépine prise²⁵. De plus, il est fort probable qu'il n'existe aucune causa-

lité ; les benzodiazépines ne semblent en effet pas intervenir dans la pathogénèse des processus démentiels. Il est ainsi possible que la corrélation existe, car des traitements de benzodiazépines ont été donnés dans des situations prodromiques des démences, ou à des personnes souffrant de pathologies du sommeil qui, elles, sont impliquées dans le développement des démences.

Prégabaline :

Les gabapentinoïdes, dont fait partie la prégabaline, sont des molécules utilisées pour le traitement de l'épilepsie, des douleurs neuropathiques, mais également du trouble anxieux généralisé. Malgré sa réputation de médicament à faible risque de dépendance, depuis plusieurs années, de plus en plus de rapports mettent en

évidence une utilisation non médicalisée de cette molécule, soit à travers un marché alternatif, soit par du « shopping médical » et des posologies non respectées.

Effets recherchés :

- Euphorie
- Baisse de l'inhibition
- Relaxation
- Augmentation de la motivation

Effets neutres pour l'utilisateur :

- Sentiment de tête légère
- Augmentation de l'imagination
- Désinhibition

- 24/Lucchetta, R. C., da Mata, B. P. M. & Mastroianni, P. de C. Association between Development of Dementia and Use of Benzodiazepines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacother. J. Hum. Pharmacol. Drug Ther.* 38, 1010–1020 (2018).
- 25/Gerlach, L. B., Myra Kim, H., Ignacio, R. V., Strominger, J. & Maust, D. T. Use of Benzodiazepines and Risk of Incident Dementia: A Retrospective Cohort Study. *J. Gerontol. Ser. A*



Effets négatifs :

- Somnolence
- Confusion
- Vertiges
- Coordination anormale

La prégabaline est rapidement absorbée par voie orale et atteint un pic plasmatique 1 heure après son ingestion. Sa pharmacocinétique est linéaire et sa biodisponibilité est de 90 % environ. Son élimination se fait par voie rénale, avec une demi-vie de 6 heures.

Au niveau neurobiologique, les gabapentinoïdes se lient à une sous-unité ($\alpha 2$) de canaux calciques voltage-dépendants, réduisant ainsi le flux entrant de Ca^{++} dans le neurone au niveau pré-synaptique. Cela a pour conséquence une diminution de la libération de nombreux neurotransmetteurs : glutamate, dopamine, sérotonine, etc. Les gabapentinoïdes ont également un impact sur la synthèse et le relargage non vésiculaire du GABA. Cette augmentation de l'activité GABA et la diminution de l'activité des neurotransmetteurs excitateurs sont probablement la cause de l'action antinociceptive et anxiolytique. Les mécanismes impliqués dans une potentielle addiction à la prégabaline sont peu clairs. En effet, il n'a pas été démontré d'augmentation de l'activité dopaminergique dans le circuit mésolimbique, et l'euphorie est associée à la prise de prégabaline dans seulement 1 à 12 %

des cas. Cependant, ces données sont rapportées pour des usages à dosages thérapeutiques, c'est-à-dire 600 mg par jour maximum. Il est de ce fait probable qu'à dose supérieure à 600 mg par jour, les usagers ressentent davantage d'effets euphorisants. D'autres études évoquent également des symptômes dissociatifs, une augmentation de la sociabilité, un sentiment de relaxation et des effets psychédéliques. Parmi les effets indésirables les plus fréquents, on retrouve : des étourdissements, somnolences, maux de tête, confusions, désorientations, insomnies, coordinations anormales, tremblements, troubles de l'attention, paresthésies, sédation, troubles de l'équilibre, troubles de la vision, nausées. Les effets indésirables graves les plus souvent rapportés sont sanguins : baisse du nombre de globules blancs et des plaquettes.

La combinaison de gabapentinoïdes et d'autres dépresseurs du système nerveux central (benzodiazépines, alcool, opiacés) va intensifier les effets secondaires tels que les étourdissements, la somnolence ou la confusion. Les risques de dépression respiratoire sont également accrus.

Les symptômes de sevrage peuvent apparaître environ 6 heures après la dernière prise : insomnie, maux de tête, anxiété, nervosité, dépression, nausées, diarrhée, état grippal, douleurs, convulsions, sueurs, etc. Les symptômes physiques se

manifestent surtout dans les premières 48 heures qui suivent l'arrêt.

Autres substances

Les usages d'autres substances comme la cocaïne, les ecstasys, la buprénorphine ou l'alcool sont pratiqués de manière ponctuelle par ce groupe. La consommation de tramadol, un antidouleur opiacé de palier 2, a également été rapportée et semble en augmentation.

LES SÉQUELLES PHYSIQUES DE LA VIE EN RUE

Gale

La gale est une maladie causée par la pénétration à travers la peau d'un acarien, *Sarcoptes scabiei*. C'est une affection généralement bénigne, mais avec un impact psychosocial très important, et qui peut, vu sa grande contagiosité au sein des communautés de vie, devenir un véritable problème de santé publique.

Le cycle de développement du parasite commence par la fécondation de la femelle sur la surface de la peau. Après la phase de reproduction, le mâle décède, tandis que la femelle fécondée pénètre dans la peau et y creuse des galeries au niveau des couches superficielles de l'épiderme. La ponte a lieu après 2-3 mois. Au bout de quelques jours, des larves éclosent, se dirigent à la surface de la peau où elles se

transforment en nymphes, puis en adultes qui prennent part à un nouveau cycle de reproduction.

La transmission de la gale se produit principalement par contact cutané direct et étroit, mais également à travers le contact avec l'environnement (linge, literie, mobilier). L'incubation dure environ 2 à 6 semaines en cas de primo-infection, et quelques jours en cas de réinfestation.

Il existe différents types cliniques de gale :

Gale commune : elle se caractérise par un faible nombre de *Sarcoptes scabiei*, la présence de lésions principalement papuleuses, des nodules scabieux, des vésicules perlées et des sillons scabieux au niveau des mains, du pli cutané antérieur du poignet, des aréoles mammaires, des fesses, de la région inguinale, des aisselles, du fourreau de la verge, de l'ombilic ou encore sur la face interne des cuisses.

Gale profuse ou hyperkératosique (appelée aussi croûteuse ou norvégienne) : souvent la conséquence d'une gale commune non ou mal traitée, cette forme est plus grave, avec un nombre plus important de sarcoptes. Elle peut également être la conséquence d'une immunodéficience (SIDA, corticothérapie). Elle se caractérise par une érythrodermie prurigineuse qui peut conduire à une hyperkératose, et touche généralement la région du dos.

Complication : la principale complication de la gale réside dans les surinfections bactériennes. Les lésions cutanées provoquées par les parasites et/ou par le grattage sont des portes d'entrée pour des infections à staphylocoques, streptocoques, etc.

Punaises de lit

Les punaises de lit sont des arthropodes hématophages (qui se nourrissent de sang humain ou d'animaux). Elles se nourrissent surtout la nuit ou dans des environnements peu éclairés, sont attirées par la

chaleur et le CO₂ exhalé. On les retrouve dans les couvertures, les matelas et tous les espaces étroits.

Les punaises de lit provoquent des lésions prurigineuses très inconfortables, d'autant qu'elles sont souvent source d'anxiété et d'une diminution de la qualité du sommeil. Si certaines personnes peuvent avoir de faibles réactions cutanées, les punaises de lit peuvent provoquer chez d'autres des réactions allergiques. Des cas de choc anaphylactique ont été décrits.





Tuberculose

Principale cause de décès par infection au niveau mondial, la tuberculose est prévalente au Maroc, avec une incidence de 97-99 cas par 100.000 habitants par an. L'incidence est la plus forte dans les régions du nord, d'où sont principalement originaires les MENA de la gare du Midi. En comparaison, l'incidence de la tuberculose à Bruxelles est de 12,8 cas/100.000 habitants en 2020²⁶.

La tuberculose est une infection causée par *Mycobacterium Tuberculosis*. Elle se transmet par les voies aériennes et présente un large spectre de manifestations. Après exposition à *M. Tuberculosis*, l'hôte peut l'éliminer soit via l'immunité naturelle, soit par une immunité acquise, ou développer une forme latente ou active. On estime qu'environ 5 à 15 % des personnes infectées vont développer la forme active de la maladie. Lorsqu'elle pénètre dans les voies respiratoires, *M. Tuberculosis* est internalisée par les macrophages alvéolaires et va perturber leur fonctionnement. Par le biais d'un mécanisme encore peu clair, *M. Tuberculosis* va ensuite accéder au parenchyme pulmonaire, puis à un premier ganglion lymphatique, ce qui va avoir comme conséquence le recrutement

de nombreuses cellules immunitaires et la formation d'un granulome. Le granulome fonctionne à la fois comme une barrière à *M. Tuberculosis* et comme une zone de répllication bactérienne. En cas de dépassement de la capacité du granulome à contenir *M. Tuberculosis*, celle-ci peut alors se disséminer et atteindre d'autres organes, avec des symptômes systémiques²⁷.

Ont été identifiés comme facteurs de risque associés au développement d'une tuberculose : les maladies du système immunitaire (comme l'infection par le VIH qui, en outre, augmente fortement le risque de voir apparaître le stade actif de la tuberculose), la (petite) enfance (moins de 5 ans), la vieillesse, toute maladie chronique (diabète, cancer, maladie rénale...), la malnutrition, une forte consommation de tabac, d'alcool ou de drogues, tous les traitements médicaux lourds. Les groupes à risque en Belgique sont les patients ayant eu un contact récent (< 2 ans) avec la tuberculose (10 %), les sujets en séjour illégal (8.5 %), les demandeurs d'asile (7.8 %), les personnes sans abri (3.7 %) et les prisonniers (2.2 %) ²⁸.

26/P Sciensano. Tuberculosis. *For a Healthy Belgium* <https://www.healthybelgium.be/en/health-status/communicable-diseases/tuberculosis> (2022).

27/Pai, M., Behr, M., Dowdy, D. et al. Tuberculosis | *Nature Reviews Disease Primers*. <https://www.nature.com/articles/nrdp201676> (2016).
28/Yombi, J. C. & Olinga, U. N. La tuberculose: épidémiologie, aspect clinique et traitement. (2015).



Les conditions de vie dans la rue augmentent le risque de développer des lésions dermatologiques.

Plaies cutanées et surinfection

Dans une étude réalisée en 2017 auprès des services d'urgences de plusieurs villes européennes, les répondants ont rapporté que les signes et symptômes les plus rencontrés parmi la population des mineurs réfugiés furent les infections des tissus mous et de la peau.

Les conditions de vie dans la rue augmentent le risque de développer des lésions dermatologiques. Les jeunes en errance se trouvant dans le quartier de la gare du Midi se présentent régulièrement avec des plaies cutanées liées à des bagarres, à des automutilations (voir p15), à des conséquences des consommations (brûlures). La vie dans la rue expose les individus à de multiples pathogènes qui se développent

d'autant plus facilement que les plaies sont parfois peu ou mal soignées. À noter que le MRSA (staphylocoque multirésistant) est particulièrement prévalent (environ 10 % parmi 898 demandeurs d'asile aux Pays-Bas) parmi les populations migrantes²⁹, et difficilement traitable vu sa résistance aux antibiotiques classiques.

La sous-couverture vaccinale

La vaccination est un moyen peu coûteux et très efficace de lutter contre les infections. Les jeunes en errance présents dans le quartier de la gare du Midi représentent à la fois un public vulnérable et à risque d'exposition à des maladies infectieuses. Un rapport de Médecins du Monde publié en 2016 sur l'état de santé des personnes migrantes à travers l'Europe fait état d'une couverture vaccinale suboptimale des personnes de moins de 18 ans. Parmi cette population, les besoins en termes de vaccination étaient de 29 % pour le tétanos, 40 % pour le RRO, 35, 8% pour l'HBV et 34 % pour la coqueluche³⁰.

29/Ravensbergen, S. J., Berends, M., Stienstra, Y. & Ott, A. High prevalence of MRSA and ESBL among asylum seekers in the Netherlands. *PLoS ONE* 12, e0176481 (2017).

30/Le rapport de l'Observatoire Européen 2016. *Medecins du Monde* <https://medecinsdumonde.be/actualites-publications/publications/le-rapport-de-observatoire-europeen-2016>.



LA PRISE EN CHARGE

UNE ACCROCHE DIFFICILE

Ce public est réputé très difficile à contacter. Cela peut être expliqué par plusieurs facteurs :

- Mobilité et moyens de communication : mobilité fréquente, absence d'adresse, absence ou changement fréquent de numéro de téléphone ;
- Facteur psychologique : méfiance vis-à-vis de certains services, notamment de la police, des services « publics » pouvant représenter une menace pour leur liberté. Outre cette méfiance envers tout représentant de "l'État", leur difficulté à s'orienter dans le temps compte tenu du peu de repères temporels est importante et en rajoute à leur nonaccès à l'aide et aux soins.

La plupart des jeunes du quartier Midi auraient un tuteur, mais ce dernier n'aurait que très peu de contacts avec le MENA

par les voies « classiques » (rendez-vous manqué, pas ou peu de contacts téléphoniques, absence de logement fixe).

Ces différents éléments rendent indispensables toutes les actions mises en place pour aller activement vers eux (outreaching), ces approches semblant plus efficaces dans ces situations de grande vulnérabilité.

Les contacts avec les services médicaux sont généralement peu fréquents. Le public est très souvent adressé aux urgences pédiatriques par des tiers : soit par la police, soit par ambulance sur demande de passants ou de pairs.

Les premières demandes formulées par les jeunes semblent être de prendre en charge les conséquences directes de leurs consommations ou de la vie en rue. Ils se présentent alors aux urgences pédiatriques (très souvent au CHU Saint-Pierre). Le contact à la garde peut être un bon



moyen d'entamer un début de prise en charge psychiatrique/addictologique, pour autant que la communication soit assurée de manière proactive entre les divers intervenants institutionnels et ambulatoires en traversant les disciplines et les lignes d'aide et de soin.

LES BASES ÉTHIQUES DE LA PRISE EN CHARGE

Selon l'approche écosystémique ou écosociale, il existe un lien entre la santé et les conditions sociales et environnementales, essentiellement en fonction de leur degré d'inégalité : le mode de vie, le contexte de vie, l'inégalité de droits, socio-économique ou d'accès à des services exercent une influence sur l'évolution de la santé physique et mentale des individus. Selon cette perspective, agir pour améliorer la santé des individus reviendrait non pas uniquement à traiter les pathologies dont ils souffrent, mais à chercher à garantir un écosystème limitant la survenue de facteurs de vulnérabilité et/ou de maladies : prévenir leur apparition plutôt que traiter leurs conséquences.

Dans le même ordre d'idées, agir sur les comportements dommageables des individus nécessite non seulement une approche psychologique, des dispositifs de soins, mais aussi une action sur les conditions de vie. Il s'agit donc de considérer

l'approche de soin de manière globale, en optant pour une prise en charge d'emblée psycho-médico-sociale.

Les conditions et préambules à la prise en charge :

- Aménager un espace calme, bienveillant et sécurisant : compte tenu de leur expérience avec les services publics, les jeunes en errance du quartier Midi ont tendance à se méfier et à éviter les services publics, et parmi eux les services de police. Ils peuvent associer les soignants à des représentants de la loi ou à des personnes qui vont les priver de liberté. Il est donc important de séparer les soins des aspects légaux et administratifs. Dans la mesure du possible, les soins doivent être réalisés en dehors d'une surveillance policière. Si le contexte le nécessite, il est préférable de séquencer les prises en charge.
- Organiser l'accès à un médiateur interculturel : hormis dans des situations de prise en charge immédiate d'un jeune inconscient, il est généralement nécessaire de communiquer avec le jeune afin de recueillir des éléments anamnestiques ou pour lui transmettre des informations. Les jeunes du quartier Midi peuvent ne pas comprendre ni s'exprimer en français, néerlandais ou anglais. Ils parlent généralement

l'arabe du Maghreb, même si certains peuvent également maîtriser l'espagnol ou l'italien. Les services de soins doivent donc être attentifs à organiser un système de traduction, soit via des services externes, soit en interne.

- Garantir l'anonymat et la confidentialité des entretiens, ceux-ci mettant souvent au jour toutes les difficultés et les épisodes douloureux de la vie passée, spécialement lors de l'apparition de symptômes, de plaintes ou de maladies qui fragilisent encore plus des jeunes déjà vulnérabilisés. Cette condition est indispensable et doit être bien mise en évidence par les intervenants tout en garantissant un recueil efficace de données pour alimenter les bases de données épidémiologiques de la veille sanitaire, un élément parmi d'autres d'une éthique de la santé publique.

ORGANISER L'INTÉGRATION DE LA PRISE EN CHARGE

Le manque d'intégration des informations relatives à la santé des patients étant un frein à une prise en charge optimale, il est recommandé aux acteurs rencontrant des difficultés concernant le suivi de certains patients de mettre en place des mécanismes de concertation.

Une bonne pratique serait également de désigner, parmi les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient, un référent central ("case manager"). Ce dernier agira comme le centralisateur de toute l'information et comme le garant du bon suivi de la situation médicale. Il devra évidemment être choisi de manière positive et rassembler la confiance du patient et de tous les intervenants.

PRISE EN CHARGE MÉDICALE GLOBALE

L'évaluation médicale globale des jeunes doit prendre en considération l'ensemble des éléments mentionnés plus haut. Il faudra être attentif au niveau somatique, mental ainsi qu'au niveau social du patient :

Essayer d'obtenir l'historique de vaccination

Examen physique général

- Recherche de signes de malnutrition ; les carences vitaminiques sont fréquentes, évaluer également les carences en fer ;
- Examen de la dentition ;
- Examen dermatologique : recherche de signes d'infection cutanée et/ou de parasitose ;

- Recherche de signes de tuberculose : toux, perte de poids, sueurs nocturnes, pyrexie ;
- Considérer la recherche de maladies sexuellement transmissibles en fonction de l'âge et de l'anamnèse ;

Évaluation de l'état psychologique

Évaluation des consommations de substances psychoactives

VACCINATION

Compte tenu de l'absence d'informations concernant le statut vaccinal de certains patients, il est conseillé de considérer la mise en place d'un rattrapage vaccinal. En cas de doute, il est recommandé de considérer le patient comme non vacciné. En cas d'interruption du schéma vaccinal, la vaccination doit reprendre là où elle s'est arrêtée, quel qu'en soit le délai.

Le Conseil supérieur de la santé (CSS) fédéral met régulièrement à jour les schémas vaccinaux, pour les adultes, les enfants et les adolescents, et en cas de nécessité de rattrapage³¹.

On proposera les vaccins suivants :

- **RRO** : systématiquement, sauf chez une fille sans contraception
- Première dose à T0, deuxième dose à 4 semaines

• Diphtérie-tétanos-coqueluche :

- systématiquement
- Une dose à T0 (Boostrix® : tétanos, diphtérie, coqueluche)
- Il est indiqué, dans la mesure du possible d'organiser une deuxième dose (Tedivax® : tétanos-diphtérie) à 4-6 semaines, et une troisième dose (tétanos-diphtérie) à 7-12 mois
- Rappel tous les 10 ans

• HBV (3 doses) : systématiquement.

- Possibilité de vérifier le statut immunitaire par une sérologie.
- Une dose à T0, une deuxième dose à 4 semaines, une troisième dose à 12 semaines

• Méningocoque ACYW (Nimérix®)

- Une dose unique

• HPV : chez les filles à partir de 9 ans, à considérer en cas de risque de rapports sexuels

31/Health Belgium. <https://www.health.belgium.be/fr/vaccination#Autres%20fiches%20de%20vaccination>.

EXAMEN PHYSIQUE GÉNÉRAL ET PRISE EN CHARGE

Évaluation de l'état de la dentition

Les patients ayant généralement peu accès à du matériel d'hygiène et se nourrissant la plupart du temps d'une nourriture peu qualitative et riche en sucre, il est fréquent de rencontrer des pathologies dentaires non diagnostiquées. Un rapide examen bucco-dentaire est conseillé afin de dépister ces pathologies et de les traiter. L'état dentaire (notamment l'indice carieux concernant le nombre de caries présentes) est un indicateur très robuste de l'état de précarité sociale et sanitaire, spécialement chez les jeunes migrants MENA³².

Examen cutané général

Recherche systématique de lésions cutanées et de signes d'infection : séquelles d'automutilation, de blessures d'agression, de brûlures, de parasitose, de signes de carences nutritionnelles, etc.

L'examen doit être le plus approfondi possible, dans le respect du patient et avec son accord.

32/Perrin, T. État de santé bucco-dentaire des mineurs non accompagnés accueillis au service d'odontologie du CHRU de Nancy en 2017 : un premier constat. NNT : 2019LORR3054 (Université de Lorraine, 2019).

Gale

Le diagnostic est surtout clinique, sur base de l'identification des lésions pathognomoniques, et via un examen parasitologique (microscopique).

Traitement :

Traitement cutané par l'application d'une crème acaride, le premier choix étant une crème perméthrine à 5 % (Zalvor®). Il existe également des pommades au benzoate de benzyle 10-25 %.

Modalités d'application :

- Se couper les ongles à ras, prendre une douche, se sécher, puis laisser refroidir la peau.
- Enduire le corps entier de Zalvor®, sauf le visage et le cuir chevelu ; ensuite, laisser agir 8 à 12 heures. Les espaces interdigitaux, les plis, l'ombilic, la peau sous les ongles et les parties génitales doivent être bien enduits.
- Des vêtements propres doivent être portés après l'application de la crème.
- 8 à 12 heures après l'action, prendre une douche.

- Même si une application unique suffit dans 90 % des cas, il est recommandé de répéter l'application de Zalvor après une semaine (car le Zalvor n'est pas ovicide).

Traitement par voie générale :

Le seul traitement par voie orale est l'ivermectine. La molécule n'est cependant pas disponible en Belgique, il faut la commander en France, ce que nos autorités politiques acceptent lors de situations exceptionnelles. Une prise unique suffit :

- 51 à 65 kg : 4 cp
- 66 à 79 kg : 5 cp
- > 80 kg : 6 cp

Traitement du linge :

Le linge doit être manipulé avec des gants et ne doit jamais être posé par terre. Un simple lavage du linge en machine à 60°C, suivi de cycles de séchage à chaud, permet de décontaminer efficacement le linge (le parasite étant détruit à une température de 55°C).

Pour le linge ne pouvant pas être lavé en machine à 60°C, il faut soit le stocker dans un sac plastique avec un produit acaricide pendant trois heures au moins, soit l'isoler dans un récipient en plastique bien fermé durant une semaine (délai de survie du parasite en l'absence de nutriments).

En cas de suspicion de gale chez un patient :

- Éviter les contacts cutanés directs prolongés ou indirects ;
- Éviter les échanges de vêtements ;
- Hygiène cutanée ;
- Hygiène des mains rigoureuse (eau + savon), surtout pour le personnel soignant ;
- Ongles coupés courts ;
- Lavage soigneux des vêtements et des textiles du malade à 60°C ;
- Nettoyage soigneux et régulier de l'environnement du patient ;
- Aspiration soigneuse et régulière de l'environnement du patient ;
- Vaporisation de produits acaricides si possible dans l'environnement du patient (locaux, meubles, literie, fauteuils, rideaux, etc.).



Punaises de lit

Le diagnostic se fait par identification du parasite et le traitement est symptomatique : des dermocorticoïdes topiques peuvent être appliqués en cas de prurit. L'éradication du parasite doit se faire sur le lieu d'exposition, via des méthodes mécaniques ou par l'usage d'un insecticide.

Tuberculose

La clinique d'une tuberculose active est aspécifique (et encore plus chez les jeunes), mais peut toutefois mettre le médecin sur la voie : toux persistante, expectorations, hémoptysie, perte de poids et sudations nocturnes sont les symptômes classiques.

À noter que, même si elle reste limitée en Europe, la tuberculose multirésistante qui touche les migrants représente "une priorité sanitaire", a ainsi alerté l'ESCMID (European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases). Cette dernière a appelé les autorités à améliorer le diagnostic, la prévention et le traitement chez les migrants³³.

Le diagnostic de tuberculose latente (LTBI) peut se faire via un test trans-

dermique ou un test IGRA (interferon- γ -release-assay).

Les radiographies du thorax peuvent montrer différents aspects. Si possible, il est intéressant de comparer plusieurs clichés dans le temps.

Un examen microscopique et une culture doivent être systématiquement demandés en cas de suspicion. En cas d'examen microscopique négatif ou peu sensible (plus de la moitié des HIV-TB active ont un résultat négatif) et devant une situation urgente, il est possible de demander une PCR.

Vu la présence du FARES (Fonds des Affections Respiratoires) en Belgique et l'accessibilité totale au diagnostic et au traitement qu'il offre à tous, quel que soit le statut social ou légal des personnes concernées, il est conseillé de lui référer toute tuberculose suspectée ou avérée.

EXAMEN ET PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE

Il n'est pas possible de réaliser un examen psychologique étendu dans des situations d'urgence ou lorsque le contexte sollicite trop la vigilance du patient. Même lorsque l'environnement semble adéquat, il est possible que le patient ne soit pas psy-

33/Épidémie de tuberculose chez les migrants en Europe : une 'urgence sanitaire'. InfoMigrants <https://www.infomigrants.net/fr/post/2476/epidemie-de-tuberculose-chez-les-migrants-en-europe--une-urgence-sanitaire> (2017)..

chiquement disponible pour évoquer des éléments aussi intimes. Le soignant peut représenter une figure ambiguë, tantôt aidant, tantôt agent public ; il s'agira donc dans un premier temps d'adopter une posture la plus rassurante possible :

- Rappeler le respect de l'anonymat et de la confidentialité des propos ;
- Accepter le refus de parler ;
- Proposer systématiquement un médiateur interculturel en cas de barrière linguistique ;
- S'adapter à la distance thérapeutique souhaitée par le patient : certains patients pourront se comporter comme si le soignant était un proche, d'autres souhaiteront maintenir une grande distance, ne voudront pas donner leur nom ou donneront un alias ;
- Adopter un style de communication direct et actif dans la discussion ;
- Observer le comportement, repérer les éléments biographiques ou d'autres signes indirects.

Lorsqu'on recherche la présence d'un trouble psychique, il est préférable de commencer par des questions en lien avec le quotidien du patient et orientées sur des aspects « prosaïques ». Poser des

questions sur le sommeil ou sur l'existence de douleurs est par exemple une bonne voie d'entrée dans la discussion.

Signes évocateurs d'une souffrance psychique :

- Troubles du sommeil : difficulté d'endormissement, réveils nocturnes, cauchemars ;
- Diminution de l'appétit ;
- Ralentissement ou accélération du langage et de la pensée ;
- Abus répétés de substances psychoactives ;
- Agressivité importante, agitation ;
- Automutilations (voir si cicatrices), idées noires ou suicidaires exprimées ;
- Discours incompréhensible, délirant ou désorganisé ;
- Poursuite du regard, attitude d'écoute, soliloque (parle tout seul) : possibles hallucinations.

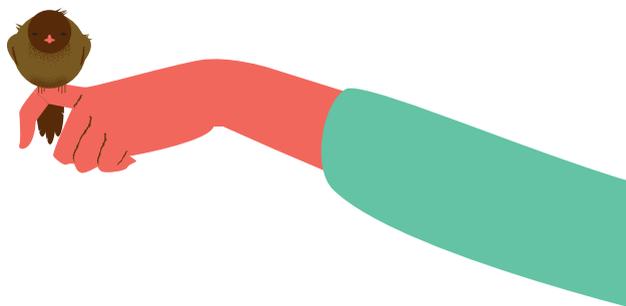
En cas de signes d'une détresse psychologique, la simple présence et écoute du soignant est déjà un réconfort pour le patient. La présence d'une personne rassurante et



La simple présence et écoute du soignant est déjà un réconfort pour le patient.

bienveillante à ses côtés pourra en effet faire baisser le niveau de stress. En cas de besoin de soins psychologiques et/ou psychiatriques, et si le patient le souhaite, il peut être orienté vers :

- les services psychologiques de l'institution ;
- le service de santé mentale de la commune ;
- les services de santé mentale spécialisés : Ulysse, Centre d'Ici et d'Ailleurs ;
- les services spécialisés dans les soins pédopsychiatriques : Réseau Brustars ;
- les services bas-seuil spécialisés dans les assuétudes : Artha, Projet Lama, MASS de Bruxelles.



PRISE EN CHARGE DES USAGES DE SUBSTANCES

Pourquoi prendre en charge les usages de substances psychoactives ?

Le principe de toutes les substances psychoactives, c'est qu'elles modifient de manière transitoire le fonctionnement normal du système nerveux central. L'usage a souvent un objectif « positif » espéré : se calmer, oublier, se sentir bien, dormir, se stimuler, planer, être heureux...

Mais chaque produit provoque des effets indésirables plus ou moins graves en fonction du type, du dosage ou du mode d'administration. Certains peuvent provoquer des arrêts respiratoires, d'autres des arrêts cardiaques, qui sont des urgences vitales.

L'usage de ces produits entraîne également des conséquences plus indirectes potentiellement négatives : diminution du contact avec les acteurs institutionnels, menant à une inégalité d'accès aux biens et services, diminution de la qualité du sommeil et/ou de l'alimentation.

Tabac et cannabis

Une enquête réalisée par l'Observatoire bruxellois de la Santé et du Social en 2018 auprès de jeunes âgés de 15 à 24 ans à Bruxelles a montré que près de 20% des jeunes déclaraient avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois. Une autre enquête réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique en 2017 a révélé que parmi les jeunes de 15 à 34 ans résidant à Bruxelles, environ 17% avaient consommé du cannabis au cours de l'année précédente. La consommation de cannabis est également courante au sein du groupe des MENA.

- Informer le patient des méfaits du tabac et du cannabis sur la santé ;
- L'orienter vers un service de soins addictologiques au sein de l'hôpital ou en ambulatoire ;
- Lui proposer systématiquement une substitution nicotinique en cas de séjour prolongé aux urgences et dans un autre service de soins hospitaliers.

Produits inhalants

Prise en charge de l'usage de solvants :

- La détection d'une prise de solvant se fait par une évaluation de l'état général, de la vigilance, de signes

d'irritation des muqueuses buccales ou nasales, de dermatites, mais également par l'odeur caractéristique de ces produits. Il n'existe pas de test urinaire de routine pour détecter la présence de ce type de produit : la prise de sang pourra éventuellement indiquer une augmentation des enzymes hépatiques et la présence de méthémoglobine.

La prise en charge aux urgences d'une intoxication aux produits inhalants :

- Mesures ABC de réanimation ;
- Décontamination de la peau et des vêtements ;
- Traitement de la méthémoglobinémie par l'administration intraveineuse de bleu de méthylène ;
- Hydratation parentérale et ventilation non invasive si nécessaire ;
- La sensibilisation du myocarde par les solvants nécessite un environnement calme et le plus rassurant possible ;
- Les bronchodilatateurs sont contre-indiqués ;
- À distance d'un risque vital, proposer systématiquement une rencontre avec un psychologue et/ou un service

spécialisé dans les addictions, et informer le patient sur le produit afin de réduire les risques pour la santé.

Médicaments sédatifs (benzodiazépines et prégabaline)

Prise en charge en urgence d'un abus de médicaments sédatifs (prégabaline et/ou benzodiazépines)

- Mesures ABC de réanimation ;
- Considérer une assistance respiratoire de type VNI, voire une intubation endotrachéale en cas de désaturation ;
- Lavage gastrique et l'utilisation de charbon activé n'est pas indiquée ;
- Usage de flumazénil (antagoniste des benzodiazépines) sur une courte période en cas de doute sur la nature de la sédation (« test à l'Anexate® ») : 0,01 mg/kg toutes les 2 minutes en IV jusqu'au réveil ;
- L'usage de flumazénil en continu est contre-indiqué dans la majorité des situations, compte tenu du risque d'épilepsie ou de troubles du rythme cardiaque. Réaliser une balance bénéfice/risque en fonction de l'état clinique du patient ;
- La sédation peut durer plusieurs heures en fonction de la demi-vie de la benzodiazépine (le clonazépam a une demi-vie longue) ;
- Fin de la prise en charge en l'absence de sédation durant 4 heures.

Prise en charge en urgence d'un syndrome de sevrage à des médicaments sédatifs

- Évaluation des symptômes et des paramètres ;
- Obtenir l'historique de consommation du patient ;
- Administrer du diazépam 10mg ou clonazépam 2mg maximum 5x/j, toutes les 4 heures ;
- En cas de prise en charge prolongée du sevrage, dans le cadre d'un projet thérapeutique, réaliser un schéma dégressif avec une diminution de 10 % par jour au début, puis de 10 % par semaine en fin de sevrage.

Approche clinique de réduction des risques :

Dans la mesure où le public ne formule quasiment aucune demande de sevrage, il nous semble pertinent d'appliquer une posture éthique et clinique autour de la réduction des risques. Cette approche est adaptée aux situations de non-demande, d'évitement des services. La clinique de

ADOLESCENCE ET SUBSTANCES

À l'adolescence, le cerveau est en plein développement : les zones actives dans le système de la récompense, comme le circuit mésolimbique sont hyperactives et réagissent de manière intense aux stimuli liés au plaisir. Par ailleurs, le cortex préfrontal des adolescents, centre du contrôle des impulsions, n'étant pas

encore complètement mature, a plus de difficulté à réguler les comportements à risque. Enfin, la prise de substances stimulant le circuit de la récompense ralentit la formation du cortex préfrontal, ce qui peut mener en conséquence à une accélération de l'installation d'une addiction³⁴.

réduction des risques est traversée par des principes d'intervention³⁵ :

- Non-jugement : les usagers ne sont pas appréhendés sous un angle moral ; les consommations sont considérées comme des faits sociaux et ne représentent pas l'enjeu de la relation de soin ;
- Inconditionnalité : il n'y a aucune condition, aucune limitation à la prise en charge de l'utilisateur ; la réponse se construira en fonction des besoins exprimés ;
- Savoir expérientiel : l'utilisateur est considéré comme un sachant, expert de sa propre vie, et capable de prendre des décisions et d'apporter des choses à

la communauté ;

- "Aller vers" : le service est soit physiquement mobile, soit en capacité d'accueillir l'utilisateur dans toutes ses dimensions, dans une approche bas-seuil.

Dans la prise de médicaments non médicalement encadrés, ce qui est considéré comme dangereux :

- Les variations des dosages
- Les dosages trop élevés

34/ Volkow, N. D. & Boyle, M. Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. *Am. J. Psychiatry* 175, 729–740 (2018).

35/ Réduire les risques - éthique, posture et pratiques. Fédération Addiction <https://portail.federation-addiction.fr/shop/product/gp-rdr-reduire-les-risques-ethique-posture-et-pratiques-248> (2017).

- Les arrêts brutaux
- Le contexte d'achat et de vente
- Le lien entre le fournisseur et le consommateur
- Les effets à moyen et long terme de l'usage répété

Le principe de la prescription de ce médicament est de réduire les risques liés aux 5 premiers points. Le dernier risque est celui que l'on accepte d'encourir. Il faut donc, pour chaque molécule prescrite, faire une sorte de balance décisionnelle.

Permettre à un usager d'avoir accès par une ordonnance à un médicament qu'il aurait de toute manière acheté et consommé en rue permet de créer une accroche et un contact régulier avec celui-ci. Cela permet de ce fait de transmettre des informations de réduction des risques, des informations sociales et juridiques, de créer un réseau d'aide et de services autour de la personne et de prendre en charge les symptômes psychiques et physiques dont

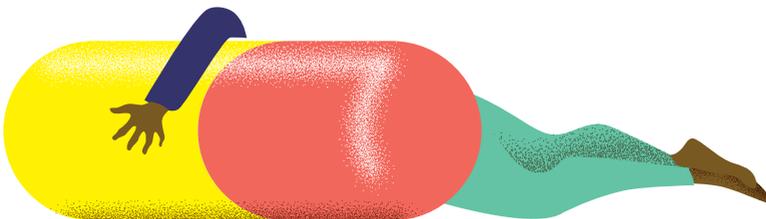
elle se plaint.

La prescription ambulatoire est réalisée dans un lieu de soins en capacité de suivre le patient de manière chronique.

- Réaliser une anamnèse et une évaluation des consommations
- Réaliser un test urinaire benzodiazépine et/ou prégabaline

Règle de prescription en cas de test urinaire positif :

- Prescrire pour de courtes périodes avec les dates de couvertures inscrites sur l'ordonnance et délivrer au nombre de comprimés pour contrôler le traitement ;
- Prescrire le dosage minimal possible tout en tenant compte de la consommation réelle du patient ;
- Dosage maximal de Lyrica : 300 mg 2x/j ;
- Dosage maximal de Rivotril : 2 mg 5x/j.





RÉDUCTION DES RISQUES

Un monde sans drogues n'existera jamais. Longtemps, le modèle dominant lorsqu'il s'agissait d'usages de drogues a été l'abstinence. Exigée par la morale, justifiée par la clinique, elle a été l'alpha et l'oméga du système de soins. Pourtant, les pratiques répressives, tant sur le plan judiciaire que sanitaire n'ont jamais pu venir à bout de l'usage de drogues. Pire, dans les années 70, en plein « war on drug », on a observé une montée très importante de l'usage d'héroïne et de la transmission de maladies infectieuses par le biais des partages de seringues entre usagers. C'est dans ce contexte que le principe et les actions de réduction des risques dans le champ des addictions sont apparus dans les années 1980. Et cela, en réponse massive et globale à l'épidémie de SIDA et d'hépatite C parmi les injecteurs d'héroïne. Son impact a été mesuré sur le plan de

la santé publique, c'est une pratique qui s'est donc construite sur base d'une question très pragmatique : « est-ce que cela fonctionne pour faire baisser la mortalité et la morbidité, oui ou non ? ». Et la réponse fut positive.

Au-delà de son efficacité populationnelle, la pratique de réduction des risques a permis au corps sanitaire de renouer contact avec une partie de la population exclue des soins, car aucune aide proposée jusqu'alors ne leur correspondait. La réduction des risques s'est construite avec la participation des usagers, c'est une dynamique collaborative et participative qui s'appuie sur la responsabilité des communautés. De pratique de santé publique et communautaire, elle est alors devenue principe d'intervention dans les prises en charge individuelles des usagers.



Le test d'âge osseux : *primum non nocere*

Les tests osseux sont réalisés à l'aide d'examens radiographiques. Ce sont des actes médicaux qui ne sont pas demandés par les patients, mais par l'État belge, afin de déterminer si une personne étrangère se déclarant mineure l'est véritable-

ment. Ces tests soulèvent de nombreuses questions éthiques. Tout d'abord, ils ne sont pas précis, et peuvent mener à des conclusions incorrectes qui changeront radicalement le destin d'une personne, tant on sait que le parcours d'un migrant mineur est distinct de celui d'un adulte.

Ensuite, ils ne sont pas utilisés à des fins médicales, et provoquent des dommages au patient : si l'on peut considérer le dommage provoqué par les radiations comme étant négligeable, le traumatisme psychique que représente le parcours de « vérification » l'est beaucoup moins. Plusieurs comités d'éthique se sont penchés également sur la « pression faite sur les mineurs faisant peser une présomption de majorité en cas de refus », altérant ainsi la liberté de consentement³⁶.

Afin de mieux prendre en charge les MENA en errance de la gare du Midi, il serait pertinent de séparer les lieux de soins des procédures de vérification de l'âge, voire de reconsidérer totalement la pertinence de cette pratique.



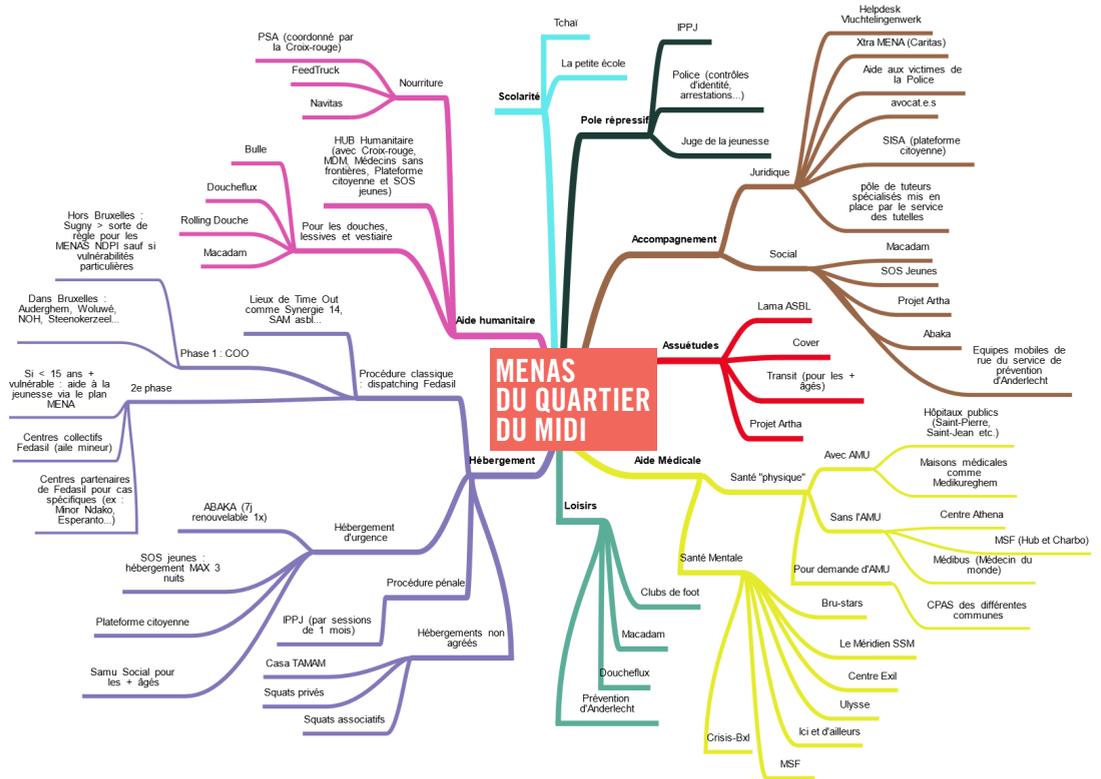
Le réseau doit être capable de tisser de la protection, de l'accompagnement, de l'inclusion, et espérons-le de l'émancipation.

LE RÉSEAU EXISTANT À BRUXELLES

Le réseau bruxellois est un réseau dense, hétéroclite, constellé d'acteurs publics (CPAS, hôpitaux...) d'associations éparpillées, actives sur un ensemble de questions. La carte réseau qui se trouve ici montre toute la diversité des acteurs qui gravitent autour des MENAS de la gare du Midi. Ces acteurs ont été rassemblés dans un groupe de recherche en 2023. Le rapport de recherche peut être trouvé sur le site du Crebis.

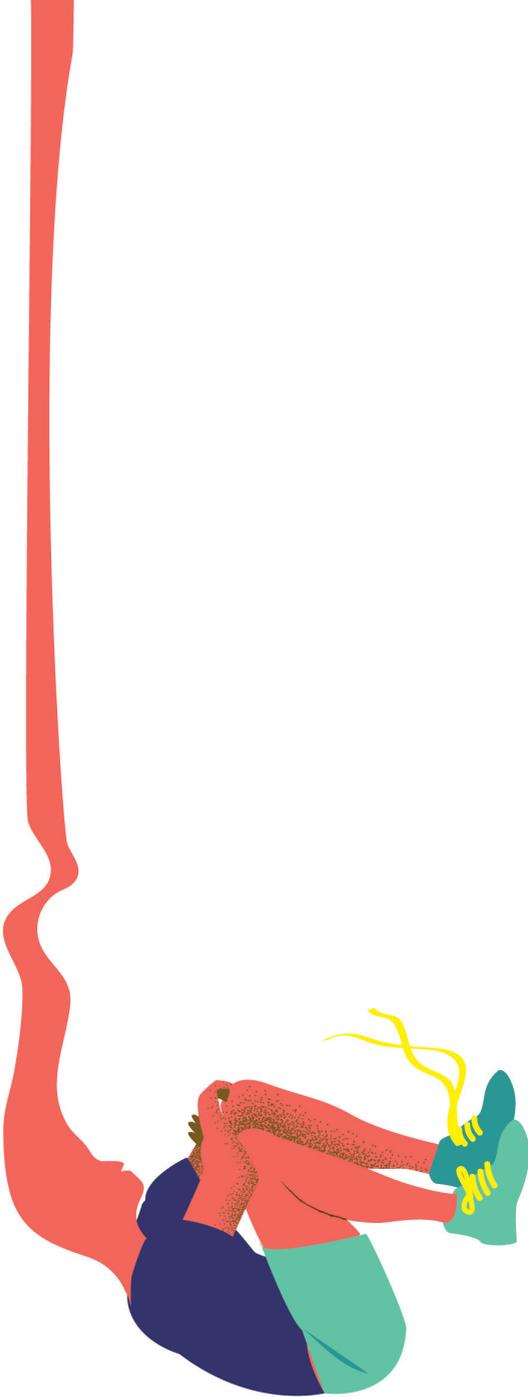
L'enjeu est d'identifier les acteurs publics et privés actifs sur cette thématique. Les CPAS de Bruxelles, Saint-Gilles et Anderlecht sont mobilisés dans le cadre des CLSS et ont porté le réseau ces deux dernières années via les coordinations sociales locales. Il n'y a pas de réseau type, il est à construire en fonction de la situation du jeune et des acteurs qu'il aura mobilisés autour de lui.

36/ Jeunes migrants : pourquoi les tests osseux ne peuvent pas suffire - InfoMIE.net. <https://www.infomie.net/spip.php?article4688>.



Il nous paraît important de solidifier ce réseau et qu'il puisse être porté par un acteur en capacité de le réunir régulièrement et de le faire vivre. Le réseau doit être capable de tisser de la protection, de l'accompagnement, de l'inclusion, et espérons-le de l'émancipation. La force du réseau résidera aussi dans sa capacité à créer un cadre de sécurisé du côté

du travailler ensemble. Un des enjeux fondamentaux, devra être de construire les conditions d'un dialogue constructif à l'établissement d'un cadre déontologique opérant entre un ensemble d'acteurs relevant de la santé, du social, du judiciaire, de l'aide à la jeunesse...



L'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOSOCIAL :

L'outreach :

La situation de rue, l'errance, la méfiance nécessitent pour les intervenants psychosociaux de pouvoir travailler « hors les murs ». Aller sur le terrain en binôme de travailleurs, marauder, zoner, explorer la ville, prendre contact sur les lieux de vie des jeunes, en rue sont des pratiques d'intervention qui permettent de nouer des liens, de se faire connaître, d'être identifié comme une ressource.

Le travail de rue offre cette souplesse d'accompagnement et offre une réponse très qualitative et taillée sur mesure, mais qui prend du temps.

L'outreach, c'est aussi entrer dans l'intimité des lieux de vie des habitants de la rue. Stations de métro, squats, tentes, voitures, terrains, autant de lieux qui font abri, qui font refuge. Une intervention est tout à fait possible dans ces lieux. Les MENA vont parfois nous amener à travailler de manière déformalisée, ce qui nécessite pour les équipes de la créativité et de l'inventivité, mais également une capacité de moyens.

La médiation interculturelle :

Éprouvé depuis plusieurs années dans l'intervention psychosociale, le rôle du médiateur interculturel peut être un élément clé dans la rencontre avec les jeunes. En effet, l'accès à la langue, mais aussi au monde

culturel permet d'établir des ponts entre le monde des soignants et des services sociaux et celui des jeunes. Le passage par la langue permet de lever de nombreuses barrières, d'accéder aux nuances, au monde des idées, des émotions, autant d'éléments qui permettent de solidifier la relation.

Le médiateur interculturel n'est pas uniquement un simple traducteur. Il intervient et peut prendre position dans le triangle de relation entre le soignant et le jeune. C'est un tiers bienveillant qui peut être un appui précieux dans la relation avec le jeune.

À Bruxelles, l'équipe ARTHA a développé des stratégies d'accompagnement avec une équipe de médiateurs interculturels, ce qui lui a permis d'entrer en contact avec des jeunes et de les accompagner vers les services. Les médiateurs de l'équipe sont parfois intervenus en IPPJ à la demande du jeune ou de l'institution.

Case management et décroisement de la prise en charge :

La situation de ces jeunes en errance vient challenger la capacité des acteurs à se coordonner pour répondre à un prisme de besoins qui se situent à l'intersection du social, des assuétudes, de la santé mentale, du juridique, du sanitaire... Fonctionner par système de référence pour un jeune MENA est pertinent et cela peut se faire de concert avec le tuteur.

La situation de rue nécessitent pour les intervenants psychosociaux de pouvoir travailler « hors les murs ».

Le case management suppose d'être garant du parcours de l'utilisateur, et témoin de l'évolution et/ou de la régression dans sa situation. Le rôle de référent implique aussi un rôle dans la co-construction et le suivi du projet individuel de l'utilisateur. Être référent, c'est éventuellement être un espace de projection/identification dans la relation. Enfin, il s'agit aussi d'être le représentant, le « défenseur » des droits de l'utilisateur. C'est un travail d'engagement qui nécessite une évaluation régulière du professionnel.

La prise en charge des MENA nous oblige à travailler de manière perméable entre les services, en réseau, à décroiser les pratiques et les réponses. C'est un public qui interroge les frontières entre les secteurs.

CONCLUSION

Les défis liés aux Mineurs Étrangers Non Accompagnés mettent en évidence les enjeux des vulnérabilités urbaines.

Nous espérons que ce guideline servira de point d'appui pour étayer une prise en charge, initier un accompagnement ou lancer une réflexion en équipe. Lors de sa réalisation et de sa relecture, il nous est apparu que la perspective d'une éthique du « care » nous avait portés dans la réflexion et dans la construction du propos. En effet, les travaux de Joan Tronto sur la vulnérabilité restent pertinents à mobiliser autour de la situation de ces jeunes adolescents à la dérive. Il y a précisément quatre concepts qu'elle a amenés dans son livre « *Un monde vulnérable* »³⁷ que nous trouvons inspirants. D'abord, l'« attention », celle qui amène les services publics, les travailleurs de rue, les acteurs de maraudes à repérer ces jeunes, à s'y intéresser, à entrer en contact avec eux, à ne pas s'en détourner. Ensuite, la « responsabilité », celle de passer à l'action en fonction de ce qui a été observé. Celle de se sentir concerné. Le concept de « compétence » invite à construire une pratique qui se structure, qui se professionnalise dans un cadre déontologique

37/ Tronto Joan, *Un monde vulnérable*. Pour une politique du care (préface inédite de l'auteure), Paris, La Découverte, 2009 [1993]

solide. Enfin, la « capacité de réponse » qui interroge la réception (par les jeunes) de ce que nous mettons en place, de ce que nous leur proposons en tant que société, en tant que soignants.

Sur le volet des assuétudes et des conduites addictives, nous encourageons à s'inspirer de la philosophie de la réduction des risques. En effet, c'est une stratégie d'intervention qui a fait ses preuves et que nous pensons adaptable à la situation des jeunes consommateurs de produits en situation d'exil : non jugement, participation, renforcement du pouvoir d'agir...les défis sont grands en la matière, il s'agira par exemple de développer des supports de promotion de la santé en associant les usagers, de pouvoir communiquer sur les pratiques de consommation, de transférer du savoir, etc. Nous devons aussi penser à créer des ponts avec les acteurs de la réduction des risques du Maghreb. Ils ont beaucoup à nous enseigner sur le parcours et l'histoire de ces jeunes.

Les défis liés aux Mineurs Étrangers Non Accompagnés mettent en évidence les enjeux des vulnérabilités urbaines, surtout dans le contexte des Contrats Locaux de Social Santé (CLSS). Pour véritablement exprimer notre engagement en tant que société à ne pas abandonner ces jeunes à la rue, à la précarité, à la consommation destructrice et au risque de délinquance, nous devons aller plus loin dans la prise de responsabilité territoriale.

La situation de ces jeunes nous convoque également en tant qu'acteurs sociaux à penser de manière transversale : ils bousculent les codes, se jouent des frontières. Nous pensons à l'instar de la mobilité de ce public, important que les réseaux d'acteurs professionnels puissent se penser désormais sur une base transnationale, que la continuité des soins puisse se construire sur une logique de parcours indépendamment des frontières qu'elles soient géographiques ou institutionnelles.

Ce guideline a été réalisé dans le cadre des Contrats Locaux Social Santé du quartier Marolles-Anneessens avec le support du CPAS de la Ville de Bruxelles et de la Commission Communautaire Commune.

Il a été rédigé par le Dr. Kevin Moens et Eric Husson du Projet Lama, avec le concours et les conseils de Pascale De Ridder, Laura Lamfalussy, Celine Graas et Marjorie Lelubre du Crebis et le Dr. Michel Roland. Nous les remercions pour leurs apports et leur disponibilité.

Graphisme et illustrations : Gaëlle Grisard - hello@gaellegrisard.com



