



Appui

Observatoire

Recherche

Information

Concertation wallonne « Exil et Santé Mentale » Volet recherche

Migrants et accessibilité aux soins en santé mentale : Besoins, ressources et obstacles

*Comment améliorer l'accessibilité aux soins en santé mentale
pour le public migrant en Région wallonne ?*

Chercheur : Chadia HEZUKURI

*Avec la contribution de Claire BIVORT
Sous la direction de Christiane BONTEMPS*

Mai 2017



Table des matières

Liste des abréviations.....	2
Introduction générale	3
I. Approche théorique	6
Repères	6
Hypothèses de travail	8
II. Contexte de la recherche	10
Historique.....	10
Démarche	11
Méthodologie.....	12
Une approche qualitative	13
Couverture géographique	13
Les structures d'accueil	13
Les cours en français langue étrangère (FLE)	14
Les entretiens réalisés	15
Guide d'entretien	17
Méthode d'analyse des données	17
III. Analyse des données.....	18
Du côté des personnes étrangères et d'origine étrangère.....	18
Du point de vue des professionnels	26
Points d'attention et mise en perspectives avec nos hypothèses	34
IV. Conclusion et pistes d'actions	36
Synthèse.....	36
Pistes d'actions	39
Annexe A - La migration en question	41
Annexe B - Centres d'accueil en Wallonie.....	47
Annexe C - Guide d'entretien.....	48
Annexe D - Repères théoriques.....	50
Bibliographie.....	69

Liste des abréviations

C.A.I. :	Centre d'Action Interculturelle de la province de Namur
Ce.R.A.I.C. :	Centre Régional d'Intégration de la région du Centre et de la WAPI (Wallonie picarde)
CGRA :	Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides
C.I.M.B. :	Centre Interculturel de Mons et du Borinage
CPAS :	Centre Public d'Action Sociale
CRI :	Centre Régional d'Intégration
CRIBW :	Centre Régional d'Intégration du Brabant Wallon
CRIC :	Centre Régional d'Intégration de Charleroi
CRILUX :	Centre Régional d'Intégration de la province de Luxembourg
CRIPEL :	Centre Régional pour l'Intégration des Personnes Etrangères ou d'origine étrangère de Liège
CRVI :	Centre Régional de Verviers pour l'Intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère
FLE :	Cours de Français Langue Étrangère
IS SSM :	Initiatives Spécifiques de Services de Santé Mentale
IPS :	Initiatives Psycho-Sociales
ILA :	Initiative Locale d'Accueil
MENA :	Mineurs Étrangers Non Accompagnés
O.E. :	Office des Etrangers
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
P.E/O.E. :	Personnes Étrangères et d'Origine Étrangère
SSM :	Service de Santé Mentale
SETIS wallon :	Service d'Interprétariat Social

Introduction générale

Depuis plus de 10 ans pour certaines d'entre elles, des équipes accueillent et prennent soin de personnes étrangères et d'origine étrangère (P.E./O.E.)¹ en souffrance, et ce dans le cadre d'accompagnements thérapeutiques spécialisés.

Ces équipes wallonnes, que nous nommerons « Exil » dans la suite de ce travail regroupe :

- ⇒ Les 3 initiatives spécifiques de services de santé mentale (*IS SSM*), spécialisées dans la prise en charge des situations d'« Exil »² :
 - Clinique de l'Exil (SSM Provincial Namur « Astrid », Namur) ;
 - Santé en Exil (SSM de Montignies-sur-Sambre) ;
 - Tabane (SSM Club André Baillon/asbl Tabane, Liège) ;
- ⇒ 3 initiatives psychosociales (*IPS*)³ :
 - Espace 28 (asbl de formations, actions et services aux personnes migrantes, Verviers) ;
 - Centre des Immigrés Namur-Luxembourg - CINL (Service social, permanences psychologiques à Namur, Marche-en-Famenne et Bertrix) ;
 - Sémaphore (Picardie Laïque, Mons).

Dans le cadre de leurs pratiques, ces équipes mettent ainsi en place une offre de soins spécifiques qui tente de tenir compte des besoins particuliers de leur public.

L'accompagnement proposé pour répondre à ces besoins prend en compte la langue parlée par la personne suivie (ce qui sous-entend de faire appel à un interprète lorsque le patient ne parle pas suffisamment bien une (des) langue(s) de l'intervenant), sa culture, la situation géopolitique de son pays d'origine ainsi que le contexte social, juridique et administratif dans lequel il se trouve en Belgique.

Une autre caractéristique prise en compte dans le cadre du travail réalisé se situe au niveau de la rupture des étayages vécue par le patient exilé, qui demande la reconstruction d'une enveloppe psychique. En effet, certains motifs migratoires couvrent des traumatismes et des deuils douloureux dont il faut tenir compte lors de l'accompagnement.

Il s'agit donc d'un accompagnement qui essaye de répondre au mieux aux besoins et qui est également en perpétuelle co-construction entre intervenants et usagers.

Une telle intervention conjuguée au sein du service favorise l'efficacité de la prise en charge quelle qu'elle soit (médication, thérapie individuelle, de couple et familiale, groupes communautaires et ethno psychiatriques, logopédie, co-thérapie...). Il s'agit d'un accompagnement multifocal.

¹ Notons que le terme « personnes étrangères et d'origine étrangère » (P.E./O.E.) renvoie à une multitude de profils. On qualifie de cette façon d'une part l'ensemble des personnes de nationalité étrangère vivant en Belgique avec un statut de séjour légal ou non, comprenant les demandeurs d'asile, les réfugiés et les sans-papiers ainsi que les étrangers devenus belges (cfr. Annexe A).

² Ces trois services bénéficient d'un agrément à durée indéterminée en qualité d'Initiative Spécifique spécialisée rattachée à un Service de santé mentale wallon.

³ Les Initiatives Psycho-sociales sont quant à elles financées dans le cadre de subventions facultatives en action sociale pour l'accompagnement psychosocial des personnes en situation d'exil.

Les équipes Exil travaillent également en réseau multidisciplinaire et interinstitutionnel et tentent au maximum de décloisonner les champs d'interventions⁴. Leur travail s'appuie notamment sur divers services d'insertion (cours d'alphabétisation, de français langue étrangère (FLE), groupe d'entraide, formation, Insertion socioprofessionnelle, ...).

Comme souligné dans un premier rapport⁵, le travail effectué par ces équipes « Exil » est jalonné de nombreux questionnements. Outre les interrogations relatives à la mise en place d'une offre de prise en charge adéquate et adaptée aux besoins de leur public, l'accessibilité aux soins proposés pose également question. S'intéresser à l'accessibilité aux soins interroge la manière dont les services sont perçus par le public cible mais également la manière dont le public-cible est orienté vers les différents services. Ainsi, ne pas se rendre dans les services alors même que l'on pourrait en avoir besoin peut être expliqué par diverses raisons que nous développerons dans la suite de ce travail.

Dans la présente étude, nous souhaitons identifier de quelle manière l'accessibilité aux soins en santé mentale disponibles sur le territoire wallon pourrait être améliorée pour le public des P.E./O.E. Pour ce faire, nous tenterons de répondre aux questions suivantes :

- Comment la population étrangère ou d'origine étrangère qui le nécessite accède-t-elle aux services disponibles sur le territoire?
- Qu'est ce qui favorise l'accessibilité et quels sont les freins qui peuvent la limiter ?
- Quels sont les problèmes spécifiques de cette population ?
- A quelles ressources ces personnes ont-elles généralement recours lorsqu'elles traversent des difficultés (et notamment des difficultés que l'on peut qualifier de psychologiques, relatives à la santé mentale) ?
- Ces problèmes peuvent-ils être rencontrés par les équipes ?

Ces diverses interrogations font écho aux questionnements quotidiens des équipes « Exil » et renvoient, d'une part, aux besoins et difficultés des personnes étrangères ou d'origine étrangère en Wallonie, mais également à leurs ressources pour faire face à ces difficultés. A cet égard, nous tenterons de déterminer quelle place les équipes « Exil » occupent parmi ces ressources.

Nous posons ici le postulat que s'intéresser à l'accessibilité aux soins en santé mentale impose d'en connaître davantage sur le quotidien, les difficultés et les ressources des personnes auxquelles s'adressent les services.

⁴ Bivort C., 2015, Etat des lieux : initiatives spécifiques "Exil", CRéSaM, pp 45-46.

⁵ Bivort C., 2015, Etat des lieux : initiatives spécifiques " Exil", CRéSaM, 100p.

Le présent rapport s'organise en quatre parties :

- I. La première présente les références théoriques sur lesquelles nous nous sommes appuyés. Comme nous le verrons, la littérature sur la santé, la santé mentale ainsi que l'accessibilité aux soins de la population migrante est importante. A travers cette riche littérature, nous avons dégagé quelques hypothèses relatives aux freins à l'accessibilité aux soins de santé mentale de la population migrante. Ces dernières seront testées au regard des entretiens que nous avons réalisés.
- II. La seconde partie présente quant à elle le contexte de réalisation de cette recherche ainsi que la méthodologie adoptée.
- III. La troisième et avant dernière partie présente les constats qui ont émergés de l'analyse des entretiens réalisés et propose une série de points d'attention.
- IV. Enfin, en guise de conclusion, nous proposons une série de pistes d'action. Ces dernières constituent une première étape dans le processus de réflexion que nous menons dans le cadre de la Concertation. Ainsi, un travail de réappropriation des éléments du rapport par les équipes impliquées poursuivra ce qui a été initié dans le cadre de cette recherche exploratoire.

I. Approche théorique

Repères

La littérature relative aux besoins des personnes étrangères et d'origine étrangère est aujourd'hui fort importante. Les études se focalisent généralement sur divers aspects souvent inter-reliés. Certaines évoquent ainsi plus particulièrement les difficultés liées au contexte de départ et d'exil, d'autres celles liées au contexte d'accueil. Ces difficultés impactent de façon négative la santé mentale des migrants. Bien souvent axées sur le public des demandeurs d'asile et des réfugiés, certaines recherches traitent également des enjeux liés à leur prise en charge, notamment via la question de l'accessibilité aux soins de santé et de santé mentale de cette population migrante.

Une chose est certaine, en raison du contexte sociétal actuel, la santé mentale des migrants⁶ constitue aujourd'hui un enjeu de premier ordre.

Plusieurs recherches et rapports soulignent ainsi l'importance de la prise en compte de cette thématique. En 2015, l'ONG Médecins Sans Frontières indiquait dans son rapport annuel⁷, qu'un grand nombre de migrants dont des demandeurs d'asile souffrent de troubles psychologiques à la suite de l'expérience vécue dans leur pays, du traumatisme du voyage vers l'Europe et des conditions d'accueil. Bien que la détection des pathologies mentales auprès des personnes étrangères et d'origine étrangère reste très difficile comme l'indique une étude réalisée en 2006⁸, il apparaît néanmoins que la vulnérabilité et les difficultés vécues par le public migrant, nécessite la mise en place d'un accueil et d'une prise en charge, notamment médicale et psychologique spécifique.

L'accessibilité de ces lieux de prise en charge prend alors toute son importance. Afin de définir cette notion d'accessibilité, nous avons choisi la définition d'Henri Picheral⁹, pour qui l'accessibilité aux soins de santé renvoie à : « *la capacité matérielle d'accéder aux ressources*

⁶ Le terme « *santé mentale* » renvoie à différentes définitions selon le référentiel qui y est associé. Nous nous basons ici sur la définition de Viviane Kovess-Masfety qui définit la santé mentale comme : « *l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné. Il s'apprécie à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs de trois ordres : les facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques des personnes, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, relationnels et affectifs, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution et s'intègrent de façon dynamique chez la personne* » - Kovess-Masfety V. (2001). « Précarité et santé mentale ». Rueil-Malmaison, France : Doin. 103p.

⁷ Médecins Sans Frontières, (2015). *Rapport Annuel*, <url : https://issuu.com/msf/fr/docs/msf_rapportannuel2015_8juin2016_apr/109>

⁸ Wluczka M. et Debska E. (2006). Les auteurs précisent dans le cadre de cette recherche que la place des pathologies mentales est sans le moindre doute sous-évalué. Cela en raison d'éléments méthodologiques. Les auteurs soulignent ainsi que : « Si les autorités en charge de la santé des migrants souhaitent que cette donnée soit correctement renseignée, il serait sans doute possible d'en faire une évaluation plus correcte, mais cela supposerait la mise en place d'une méthodologie spécifique, qui reste pour l'heure à inventer ».

⁹ Picheral H. (2001). Dictionnaire raisonné de géographie de la santé. Montpellier, Université Montpellier 3 - Paul Valéry.

sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Surtout fonction du couple distance / temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer. Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectifs (c'est à dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque »

Au regard de cette définition, l'accessibilité aux soins constitue une composante multifactorielle. Les facteurs dont elle dépend ont trait à la densité de l'offre sanitaire, à sa répartition spatiale, au temps d'accès aux services de soins, aux revenus et à l'information reçue par les patients.¹⁰ L'accessibilité aux soins de santé mentale est donc une problématique très large qui fait écho à de nombreux éléments.

A cet égard, des études réalisées en Belgique et ailleurs, ont mis en évidence les obstacles que le public migrant pouvait rencontrer. Ces derniers seraient ainsi peu réceptifs à l'aide en santé mentale proposée, soit qu'ils n'en connaissent pas l'existence (méconnaissance des structures où se rendre), soit qu'ils craignent la stigmatisation (« *je ne suis pas fou !* »), qu'ils aient honte ou ne se sentent pas compris dans de telles structures.

D'autres hypothèses ont également été avancées¹¹. Parmi celles-ci, la localisation géographique et l'accessibilité des lieux de soins, le coût des consultations, l'absence d'une couverture médicale, la barrière de la langue ou encore une situation personnelle précaire ne permettant pas de penser à son bien-être et d'envisager d'aller consulter.

A côté de ces diverses hypothèses, notons que les migrants sont peu pris en charge par le secteur de la santé mentale non spécialisé en matière d'exil (dit « généraliste »), soit parce que les demandes de ce public ne leur parviennent pas, soit parce que leur inexpérience à travailler en contexte interculturel et/ou avec un interprète rend leur pratique inconfortable. Cela constitue également un obstacle à l'accessibilité aux soins en santé mentale.

Notons également que les services en charge de l'accueil et de l'intégration des migrants ne se sentent, eux-mêmes, pas toujours non plus bien informés des possibilités d'aide en matière

¹⁰ Decoupigny F. Perez S., Yordanova D. (2007), « Modélisation de l'accessibilité aux soins », *Territoire en mouvement Revue de géographie et aménagement*

¹¹ Les hypothèses que nous mettons ici en avant se basent sur la littérature mais également sur l'expérience des équipes Exil rencontrées dans le cadre de cette recherche.

de soins en santé mentale et ne se sentent pas toujours à l'aise pour réagir et évoquer ces questions avec leur public.

Pour pallier aux réserves et difficultés rencontrées par les professionnels de la santé mentale et de l'accueil, divers outils ont été diffusés afin de faciliter la prise en charge des P.E./O.E. Ces documents regorgent d'informations et d'indications sur les difficultés liées au contexte de départ mais aussi sur l'accueil en Belgique, sur l'accompagnement psychosocial des personnes migrantes en souffrance ainsi que sur les modalités de prise en charge des troubles psychologiques de ce public.

La question de l'accessibilité aux soins de santé et plus spécifiquement en santé mentale a donc été traitée à travers diverses recherches privilégiant pour certaines le point de vue de professionnels en contact direct avec le public migrant¹², et pour d'autres une approche donnant également la parole aux personnes étrangères ou d'origine étrangère et ce dans le but d'élaborer un diagnostic de leurs besoins.

En se basant sur l'importante documentation rassemblée par Paul Jacques, psychologue au sein de l'équipe spécifique de santé mentale « *Clinique de l'Exil* », l'*Annexe D* liste une série de références bibliographiques ayant traité de la question de l'accueil, l'accompagnement psychosocial et thérapeutique des migrants et notamment des besoins en santé mentale des migrants. C'est notamment et principalement sur base de ce répertoire de recherches que nous avons construit notre cadre théorique.

Hypothèses de travail

Nous l'avons évoqué, les potentiels freins à l'accessibilité aux soins en santé mentale pour le public migrant sont nombreux. Différentes études ont souligné ces freins. A cet égard, l'exclusion des soins ou les ruptures face au système de soins peuvent ainsi être expliquées par plusieurs raisons parfois combinées. Ces diverses difficultés relatives à l'accessibilité aux soins peuvent dans le pire des cas mener les individus à une prise en charge tardive ou à renoncer aux soins. L'effet des freins à l'accessibilité aux soins en santé mentale sont donc susceptibles d'impacter sur la santé (mentale) des personnes concernées.

En 2013, une enquête réalisée par *Médecins du Monde*¹³ mettait en avant les freins suivants:

- *L'absence de couverture de santé (mutuelle ou autre)*
- *Une mauvaise expérience dans un lieu de soin tel que l'hôpital*

¹²Croix-Rouge (2002). Evaluation de l'assistance psychosociale et thérapeutique auprès des demandeurs d'asile. Enquête menée auprès des structures d'accueil et des services de soins en santé mentale présentes en province de Liège et du Luxembourg, Projet FER

¹³ Médecins du Monde, (2013). *L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie*, cité par Van Egmond, K., 2014, La santé des exilés : approche par déterminants, Actes du Colloque du 6 mai 2014 – Culture & Santé (Bruxelles) Paenser l'Exil, Actions culturelles et santé des migrants, p.6.

- *L'absence de repères dans le système général de soins*
- *L'offre de soins non adaptée*
- *Les problèmes de langue*
- *Le coût des soins*

Ajoutons à ces freins des systèmes peu lisibles et des démarches complexes qui peuvent également limiter l'accès à des ressources favorables à la bonne santé des migrants¹⁴. De nombreux migrants n'expriment pas le besoin d'aller voir un psychologue. Quand il y a souffrance, il arrive ainsi que celle-ci ne se traduise pas en termes de soutiens médicaux.

Dans le cadre de notre recherche, certaines de ces hypothèses nous semblent intéressantes à questionner notamment :

- L'absence de couverture de santé (mutuelle ou autre)
- Le coût des soins / Absence de moyens financiers suffisants
- Les problèmes de langue (barrière de la langue)
- Une mauvaise expérience au sein des services

Rajoutons à ces hypothèses :

- La localisation éloignée du lieu de soin
- Une mauvaise représentation du psychologue
- Une méconnaissance de l'existence du service d'aide
- Une situation de vie trop précaire pour envisager d'aller consulter

Autant d'éléments qui pourraient expliquer le non-recours aux soins en santé mentale disponibles sur le territoire wallon. C'est ce que nous chercherons à comprendre dans cette étude.

¹⁴ Culture et santé asbl (2015). *Migrations, vulnérabilités et santé mentale*. Dossier thématique, n° 13 - <file:///C:/Users/c.hezukuri/Downloads/DT-migrations-vulnerabilites-sante-mentale.pdf>

II. Contexte de la recherche

Notre recherche s'inscrit dans la continuité d'un premier travail d'investigation présenté en 2015. Plus précisément, elle constitue un volet de la Concertation wallonne des équipes spécialisées dans l'accompagnement des personnes étrangères ou d'origine étrangère mise en place depuis mai 2016.

Cette Concertation regroupe les initiatives spécifiques exil de SSM (*IS SSM*) et les trois initiatives psychosociales (*IPS*) développées en Wallonie pour rencontrer les situations d'« Exil ». Elle est coordonnée par le CRéSaM et bénéficie de l'appui de la Région wallonne et de la Fondation Roi Baudouin. Son objectif est de veiller à offrir sur l'ensemble du territoire wallon des soins de santé mentale accessibles et adaptés aux P.E./O.E..

Afin de rencontrer cet objectif, la recherche entend alimenter et soutenir le travail des équipes « Exil » en apportant des éléments d'analyse émanant du terrain. Bien que prioritairement à destination des équipes prenant part à la Concertation, certains des éléments relevés pourront s'avérer utiles à tout service ou professionnel en contact avec des P.E./O.E. , et potentiellement confrontés à des difficultés relatives à la santé mentale de ce public.

Historique

En 2013, les initiatives spécifiques « Exil » (*IS SSM*) de Services de santé mentale (*SSM*), spécialisées dans l'accompagnement thérapeutique des personnes étrangères et d'origine étrangère, ainsi qu'une des *IPS*, Espace 28, localisée à Verviers, ont souhaité mener une recherche sur l'accès aux soins de santé mentale de ce public. Elles ont ainsi sollicité le CRéSaM pour les accompagner dans ce projet.

Dans le cadre de sa mission d'appui, le CRéSaM a proposé, dans un 1^{er} temps, de collaborer avec les équipes « Exil » à la réalisation d'un état des lieux du travail spécifique en SSM.

Cette première étape a permis de :

- Situer le travail des 3 initiatives spécifiques dans le contexte actuel, et dans la façon dont celui-ci a évolué en 15 ans d'existence ;
- Dégager des constats et des préoccupations ;
- Proposer des recommandations.

Adoptant une visée exploratoire, cette recherche nous a également permis de mettre en lumière la spécificité du travail réalisé par les équipes ainsi que l'adaptation nécessaire de leur travail clinique.

Démarche

L'objectif poursuivi par la présente recherche est de faire état et de questionner l'accessibilité aux soins de santé mentale pour le public migrant en Wallonie. Ce faisant, nous souhaitons obtenir une information tangible du rapport que notre population d'intérêt se fait de la prise en charge thérapeutique et psychologique dans le cadre de structures comme celles représentées par les équipes « Exil ».

Bien que souhaitant prioritairement récolter le point de vue des P.E./O.E, nous avons également, en parallèle, eu l'occasion de récolter l'opinion de professionnels travaillant avec eux. Ceux-ci ont été rencontrés dans quelques centres d'accueil Croix-Rouge et Fedasil ainsi que dans le cadre de cours de français langue étrangère (FLE) proposés dans les différentes provinces de Wallonie.

Leurs points de vue ont constitué un apport non négligeable permettant d'éclairer le point de vue des P.E./O.E. que nous avons rencontrées.

Notre démarche a donc été d'interroger directement des P.E./O.E. sur différents éléments relatifs à leurs parcours, notamment leurs difficultés et les solutions et ressources qu'elles mobilisent et mettent en place pour y faire face. Parmi celles-ci, nous avons souhaité identifier si les structures de soins en santé mentale (Equipes « Exil ») étaient citées comme une ressource potentielle. Nous avons donc, dans un premier temps, voulu savoir de quelle façon les structures d'aide en santé mentale étaient identifiées et perçues.

Ainsi, nous avons interrogé nos répondants sur base d'un guide d'entretien que nous présentons dans l'annexe C. Plus particulièrement, nous avons voulu savoir si :

- Un suivi thérapeutique leur apparaît utile dans le cadre de leur parcours ?
- Ont-ils déjà vu un psychologue ou ont-ils un jour envisagé, au vu des difficultés qu'ils ont rencontrées, d'entamer un accompagnement psychologique ?
- Si oui, qu'est ce qui les a poussés à le faire ?
- Si non, qu'est-ce qui a pu les amener à ne pas le faire ?

Partant du postulat que la souffrance des individus ne doit pas être séparée des forces dont ils disposent pour y faire face, nous avons également souhaité les questionner sur leur réseau :

- Les individus rencontrés peuvent-ils compter sur des personnes pour les soutenir au quotidien ?
- A qui se confient-ils en cas de difficultés ?

En plus du comportement individuel de chaque personne, nous avons également considéré que l'utilisation des services de santé mentale présuppose aussi la prise en compte de facteurs plus structurels pouvant faciliter l'accessibilité aux services proposés et leur qualité. A cet égard les entretiens réalisés avec les professionnels en contact avec la population

étrangère et d'origine étrangère ont pu apporter un éclairage sur ces facteurs structurels.

Enfin, avant de poursuivre, notons que parler de santé mentale avec ce public a été une expérience délicate. Les aprioris existant sur le psychologue sont nombreux. Néanmoins, ceux-ci s'observent également en « *population générale* ». Consulter un psychologue n'est pas une démarche facile, que l'on soit belge « de souche », personne étrangère ou d'origine étrangère. Cependant, la clinique de l'exil, au vu des problématiques qu'elle rencontre, renvoie à une prise en charge spécifique et nécessaire au bien-être de l'individu, parfois même à sa survie. Sa spécificité se situe en outre dans les moyens à mettre en œuvre pour rencontrer ce public.

Méthodologie

La méthodologie initialement choisie se basait sur des entretiens de groupe. Un tel choix répondait à une volonté de nous entretenir avec un maximum de personnes au cours d'une période bien définie. Cependant, à la suite d'une phase test, quelques réajustements ont été nécessaires. En effet, il est très vite apparu qu'évoquer son parcours dans le cadre d'entretiens de groupe mettait un grand nombre de répondants mal à l'aise. C'est donc principalement sur base d'entretiens individuels que s'appuie notre recherche. Au total 31 personnes ont été rencontrées (Cfr. Tableau ci-dessous).

Afin d'obtenir un échantillon le plus varié possible, nous avons essayé de nous entretenir avec divers profils en termes d'âge, de pays d'origine, de parcours et de durée de vie en Belgique. Les critères pour sélectionner les personnes à interroger ont été les suivants :

- Être un migrant de première génération, c'est-à-dire ne pas être né en Belgique ;
- Avoir un niveau de français suffisant pour comprendre les questions et savoir y répondre;
- Être susceptible d'être passé ou d'avoir envisagé de passer par un service d'aide psycho-sociale au vu de son parcours migratoire.

Afin de rentrer en relation avec nos répondants, des prises de contact avec des professionnels ont été nécessaires. Ces échanges constituent également un matériau que nous avons considéré pertinent à exploiter en vis-à-vis des informations recueillies auprès des P.E./ O.E. Des entretiens avec des formateurs en français langue étrangère ainsi qu'avec des travailleurs en centre d'accueil ont ainsi été effectués en face à face ainsi que par téléphone. Diverses structures associatives ont également été approchées dont l'antenne namuroise de *Mentor Escale*¹⁵ et l'association *Le Monde des possibles*¹⁶ à Liège.

¹⁵ Mentor Escale ASBL - Guidance pour jeunes exilés - accompagne depuis plus de 20 ans des Mineurs Etrangers Non Accompagnés (MENA) : url <<http://www.mentorescale.be>>

¹⁶ Le monde des possibles : url <<http://www.possibles.org/>>

Une approche qualitative

Afin de répondre au mieux à notre démarche, l'approche qualitative nous a semblé la plus appropriée. Celle-ci permet en effet de cerner plus en profondeur l'opinion et le vécu d'une personne. Cependant, malgré l'attention portée à la constitution de l'échantillon des personnes rencontrées, cette méthodologie n'offre toutefois pas de garantie en termes de représentativité. C'est donc avec prudence que nous avons analysé les données récoltées dans le cadre de cette recherche qui reste exploratoire.

Soulignons également que l'approche qualitative nécessite de bien prendre en considération et de communiquer aux participants le caractère confidentiel des propos recueillis dans le cadre des échanges. Cette confidentialité porte notamment sur les informations partagées et développées dans la section d'analyse.

Couverture géographique

Offrir des soins de santé mentale accessibles et adaptés au public migrant sur l'ensemble du territoire wallon constitue un véritable défi. Avec une superficie de 16 844 km² et 5 provinces, la Wallonie recouvre un vaste territoire.

Afin de rencontrer des P.E./O.E. présentant des profils variés (*hommes, femmes, mineurs en famille ou non accompagnés*) et ce, à divers moments de leur parcours en Belgique (demandeurs d'asile, réfugiés reconnus, etc.), trois catégories de lieux ont été choisies pour nos prises de contact (centres d'accueil, initiatives locales d'accueil et cours de français langue étrangère).

Les structures d'accueil

Centres d'accueil

Les centres d'accueil s'inscrivent dans le cadre du dispositif d'accueil belge et ont une responsabilité légale de détection et d'orientation vers un suivi psychologique en cas de nécessité (article 30 de la loi Accueil)¹⁷.

A leur arrivée en Belgique, les personnes souhaitant déposer une demande d'asile le font auprès de l'Office des Etrangers (O.E.). Une fois la demande déposée, le demandeur d'asile a droit à l'aide matérielle. Fedasil désigne, via son service « dispatching », un lieu d'hébergement. Le nouveau modèle d'accueil, tel que prévu par le gouvernement fédéral, a instauré l'accueil dans les centres collectifs comme étant la norme. L'accueil dans les logements individuels est, quant à lui, privilégié (mais n'est pas un droit automatique car cela dépend des places disponibles) pour les personnes vulnérables et pour les demandeurs d'asile

¹⁷ Arikoglu F. (2010). *Asile et migration : l'accueil des femmes dans les centres vers une politique d'accueil sensible au genre : rapport final*. Bruxelles, Nederlanstalige Vrouwenraad, en coopération avec le conseil des Femmes Francophones de Belgique et avec le soutien de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

ayant de fortes chances d'être reconnus réfugiés¹⁸

Dans ces structures, le demandeur d'asile ne reçoit pas d'aide financière mais est hébergé, nourri et a la possibilité de recevoir des soins médicaux ou psychologiques en cas de nécessité. C'est ce que l'on nomme l'aide matérielle. Notons que la durée de résidence varie fortement d'une situation à l'autre, certains demandeurs d'asile n'y restent que quelques jours alors que d'autres plusieurs mois, voire des années. De plus, le lieu de résidence peut lui aussi changer régulièrement : transfert d'un centre d'accueil vers une ILA, fermeture d'un centre, etc.

Dans le cadre de notre recherche, l'ensemble des centres d'accueil situés en Région wallonne ont été approchés (cfr. Annexe B). Dans la plupart des cas, une première rencontre a eu lieu avec des membres des équipes médicales et/ou sociales et, par la suite, avec quelques résidents du centre lorsque cela s'est avéré possible.

Du côté des centres Fedasil, 5 centres ont été visités (*Bovigny, Charleroi, Jodoigne, Rixensart, Sugny*). A défaut de visites de terrain, des appels téléphoniques ont été effectués pour les centres de *Florennes et Morlanwelz*. Seul le centre de *Pondrôme* n'a pu être contacté.

Pour les centres gérés par la Croix-Rouge, les centres de *Beho/Gouvy* ainsi que celui de *Fraipont* ont été visités. Un échange téléphonique a été réalisé avec le centre d'*Eupen*. Une rencontre a également été organisée avec la responsable du service médical ADA-Département accueil des demandeurs d'asile de la Croix-Rouge.

Initiatives locales d'accueil

S'inscrivant également dans le dispositif d'accueil belge, des communes accueillent, à la demande de l'Administration fédérale, des demandeurs d'asile. Ce sont les CPAS de ces communes qui organisent, en accord avec Fedasil, des initiatives locales d'accueil (ILA). Il s'agit généralement d'habitations privées meublées¹⁹. Afin de toucher également le public résidant dans ce type de structure, nous nous sommes rendus dans une Initiatives Locales d'Accueil. Ce choix nous est apparu intéressant afin de diversifier l'échantillon des trajectoires rencontrées.

Les cours en français langue étrangère (FLE)

L'apprentissage de la langue du pays d'accueil, quand celle-ci n'est pas initialement connue, est une des clés pour une intégration réussie. De nombreux migrants récemment arrivés en Belgique fréquentent assidument le cours de français langue étrangère à cette fin. A côté du dispositif d'accueil, nous avons donc souhaité rentrer en contact avec des P.E./O.E. via le canal des cours de français langue étrangère. En Région wallonne, ces formations en langue française s'inscrivent (principalement) dans le cadre du parcours d'intégration.

¹⁸ <http://fedasil.be/fr/content/accueil-des-demandeurs-dasile>

¹⁹ <http://fedasil.be/fr/content/partenaires-daccueil>

Afin d'accéder à ces cours, nous sommes passés par les 8 Centres régionaux d'intégration (CRI)²⁰ présents en Wallonie qui ont comme mission le : « *développement, la mise en œuvre ainsi que d'organisation du parcours d'intégration à destination des primo-arrivants* ». Nous avons ainsi pu obtenir les coordonnées des opérateurs proposant des formations en français langue étrangère (FLE) et en alphabétisation (ALPHA) sur les 5 provinces wallonnes.

Ce point d'entrée constitue un lieu privilégié de rencontre avec le public migrant et nous a permis de sortir du cadre du dispositif d'accueil. Nous avons ainsi rencontré des « *stagiaires et apprenants* » au sein de structures associatives gravitant autour des P.E./O.E.

Le public accueilli dans le cadre de ces cours recouvre une population adulte très hétéroclite aux profils variés notamment en termes de pays d'origine et de durée de séjour en Belgique. Suite aux diverses prises de contact, nous avons pu effectuer des entretiens avec des personnes provenant de sept structures localisés respectivement à *Perwez, Charleroi, Liège, Verviers, Arlon, Namur et Libramont*.

En plus des « *stagiaires et apprenants* », nous avons pu échanger avec quelques-uns des professeurs (trois au total).

Les propos recueillis sont développés dans la partie III. Analyse des données.

Les entretiens réalisés

Comme nous l'avons souligné précédemment (cfr. Annexe A), la population qualifiée de « *migrante* » ou d' « *exilée* » recouvre une multitude de profils, pas toujours évidents à définir à travers des catégories figées.

Au cours de notre recherche, 31 personnes ont été rencontrés. Agées entre 16 et 70 ans, nous avons au total échangé avec 15 hommes et 13 femmes dont 3 mineurs non accompagnés. Les pays d'origine sont multiples et nombreux : Syrie, Palestine, Irak, Russie, Ukraine, Congo, Guinée Conakry, Palestine, Iran, Rwanda, Russie, Chine, Maroc, Italie, Ukraine, Salvador,...

Les trois lieux d'entrée choisis pour effectuer nos entretiens nous ont permis de rencontrer le « *même* » public à des stades différents de leur parcours. Hommes, femmes, mineurs, tous ont une trajectoire et un parcours de vie particulier, cependant beaucoup ont traversé et traversent encore le même type de difficultés.

Nombreux sont ceux à avoir poursuivi des études et exercé un métier dans leur pays d'origine. Les motifs migratoires sont également multiples, alors que certains ont introduit une demande d'asile et ont fui des persécutions dans leur pays d'origine, d'autres sont venus dans le cadre d'un regroupement familial ou pour raison médicale, d'autres encore pour fuir les

²⁰ C.A.I., C.I.M.M, Ce.R.A.I.C., CRIBW, CRIC, CRIPEL, CRVI, CRILUX :

<url: <http://socialsante.wallonie.be/?q=action-sociale/integration-personne-origine-etrangere/dispositifs/centre-regional-integration> >

difficultés de leur pays ou pour une visite touristique.

Tableau 1 : Liste des personnes étrangères et d'origine étrangère interrogées dans le cadre de la recherche

1	Femme, 26 ans, originaire de Guinée Conakry, en Belgique depuis mai 2016
2	Homme, 32 ans, originaire de Guinée Conakry, en Belgique depuis janvier 2015
3	Femme, 70 ans, originaire de Syrie, en Belgique depuis juillet 2016
4	Femme, 50 ans, originaire d'Irak, en Belgique depuis janvier 2016
5	Homme, 38 ans, originaire d'Arménie, en Belgique depuis mars 2014
6	Femme, 45 ans, originaire de Russie, en Belgique depuis mai 2015
7	Femme, 48 ans, originaire de Russie, en Belgique depuis mai 2015
8	Femme, 34 ans, originaire de Russie, en Belgique depuis avril 2016
9	Homme, 24 ans, originaire de Gaza/Palestine, en Belgique depuis janvier 2016
10	Homme, 29 ans, originaire de Gaza/Palestine, en Belgique depuis avril 2016
11	Homme, 27 ans, originaire de Gaza/Palestine, en Belgique depuis août 2015
12	Homme, 32 ans, originaire de Gaza/Palestine, en Belgique depuis octobre 2015
13	Homme, 25 ans, originaire d'Irak, en Belgique depuis avril 2016
14	Homme, 21 ans, originaire de Palestine, en Belgique depuis février 2016
15	Femme, 46 ans, originaire du Maroc, en Belgique depuis mars 2013
16	Homme, 23 ans, originaire de Palestine, en Belgique depuis janvier 2016
17	Femme, 53 ans, originaire du Maroc, en Belgique depuis février 2005
18	Homme, 35 ans, originaire du Salvador, en Belgique depuis avril 2016
19	Femme, 43 ans, originaire d'Italie, en Belgique depuis janvier 2016
20	Femme, 38 ans, originaire d'Ukraine, en Belgique depuis mars 2015
21	Femme, 28 ans, originaire de Syrie et Kurde, en Belgique depuis avril 2016
22	Femme, 45 ans, originaire de Géorgie, en Belgique depuis novembre 2016
23	Homme, 57 ans, originaire du Congo, en Belgique depuis septembre 2015
24	Femme, 60 ans, originaire du Congo, en Belgique depuis avril 2016
25	Homme, 33 ans, originaire du Sénégal, en Belgique depuis juillet 2016
26	Homme, 53 ans, originaire d'Iran, en Belgique depuis 2003
27	Homme, 49 ans, originaire d'Albanie, en Belgique depuis 2014
28	Homme, 34 ans, originaire du Rwanda, en Belgique depuis avril 2016
29	MENA, 17 ans, originaire du Cameroun, en Belgique depuis décembre 2016
30	MENA, 16 ans, originaire du Sierra Leone, en Belgique depuis décembre 2015
31	MENA, 17 ans, originaire de Afghanistan, en Belgique depuis septembre 2015

Guide d'entretien

Se basant sur les questions auxquelles nous souhaitons apporter un éclairage et faisant écho aux hypothèses que nous avons mises en avant dans le cadre de notre recherche (voir pp. 8 et 9) un guide d'entretien a été réalisé afin de cadrer les discussions. Celui-ci (cfr. Annexe C), se subdivise en 9 sections et explore les dimensions suivantes :

- La présentation du contexte de la recherche ainsi que de l'entretien ;
- Un descriptif général de la personne à travers ses caractéristiques personnelles (âge, sexe, situation familiale) ;
- Les raisons du départ ;
- L'arrivée en Belgique (comment cette arrivée s'est-elle organisée ? Les premières impressions) ;
- Le quotidien en Belgique (comment se déroule la vie en Belgique? Quels sont les difficultés rencontrées ?) ;
- Le rapport au psychologue (connaissance du métier, y avoir déjà eu recours, connaître quelqu'un qui y a eu recours) ;
- Les projets d'avenir.

Ces sections couvrent de manière globale les différentes étapes et les différents aspects du parcours des personnes rencontrées.

Concernant les échanges avec les professionnels, la démarche a été plus circonscrite. Nous nous sommes concentrés sur des questions concernant les modalités de la prise en charge psychologique de leur public :

- Dans quel cas de figure dirige-t-on vers un psychologue ?
- Comment cela se déroule ?
- Vers quel service dirige-t-on ?
- De quelle manière cette prise en charge est-elle vécue auprès des personnes qui y ont recours ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées et les solutions (projets ou autres) mises en place pour y pallier ?

Méthode d'analyse des données

Afin d'analyser les données recueillies, nous avons principalement utilisé le logiciel NVIVO. Pour structurer nos analyses, nous avons souhaité rattacher les informations mises en avant par nos répondants à nos questions de recherche, le chapitre qui suit fait état de cette démarche.

III. Analyse des données

Les divers échanges réalisés avec notre échantillon de personnes étrangères et d'origine étrangère ainsi que ceux réalisés avec les quelques professionnels en contact avec ce public que nous avons rencontrés, ont permis d'obtenir des réponses aux questions que nous présentions en introduction.

La partie suivante nous permet de mettre en perspective ces questions avec les éléments de réponse que nous avons récoltés sur le terrain. Accompagnée d'extraits d'entretiens, la présente section se focalisera dans un premier temps sur le point de vue des personnes étrangères et d'origine étrangère rencontrées avant de se pencher sur celui des professionnels.

Un récapitulatif des principaux éléments à retenir sera présenté en fin de chapitre. Nous reviendrons également sur les hypothèses qui se sont confirmées au vue des éléments de terrain identifiés. Afin de garantir l'anonymat de nos répondants, seules l'origine et la fonction occupée sont indiquées.

Du côté des personnes étrangères et d'origine étrangère

Beaucoup de nos répondants ont un parcours de vie jalonné par les épreuves de l'exil et font face ou ont fait face à de nombreuses difficultés. Outre celles rencontrées sur la route du voyage, s'ajoutent également celles relatives à l'arrivée (parfois mouvementée) en Belgique. Ainsi, pour beaucoup, le parcours migratoire fut compliqué. Depuis leur arrivée en Belgique, le quotidien est souvent parsemé de problèmes à surmonter. La plupart sont dans l'incertitude par rapport à leur avenir. Dans les centres d'accueil tout comme en dehors de ceux-ci, ils sont nombreux à ne pas savoir de quoi demain sera fait. Certains se retrouvent à devoir tout réapprendre.

Les extraits suivants illustrent cet état de fait :

« J'ai pris le bateau, c'était difficile, mais c'est avec beaucoup de chance que je suis arrivé ici »
[MENA, Sénégal, rencontré dans un centre d'accueil]

Comment es-tu arrivé jusqu'ici ? Avais-tu des connaissances ? T'es-tu débrouillé seul ?

« Ben je me suis débrouillé tout seul et, dans des milieux, on a trouvé des réseaux qui sont établis dans d'autres pays, on a trouvé des passeurs (...) On a trouvé d'autres personnes ensemble (...) On était un groupe, on marchait en groupe (...) Dans le groupe, j'étais le seul Congolais (...) »

Quelles étaient les autres nationalités ?

« Il y avait des syriens, des afghans, des irakiens, plein de nationalités (...) ça fait un an et six mois (...) »

Comment se passe le quotidien ?

« Ben on a suivi la procédure comme elle est, on a fait deux interviews, on attend la réponse, ça fait un an et demi que je suis là dans l'attente (...) »

[Homme, Congo, rencontré dans un centre d'accueil]

« Le futur, je ne sais pas, c'est difficile, je pense à ça tous les jours »

[MENA, Sierra Leone, rencontré dans un centre d'accueil]

« L'important c'est d'avoir le statut et le reste on verra (...) »

[Homme, Congo, rencontré dans un cours de FLE]

« Mon sort est attaché à leur décision »

[Homme, Iran, rencontré dans un centre d'accueil]

« C'est difficile pour première fois en Europe, on connaitre personne, on être dans un autre pays avec langue différente et on ne comprend pas tout, en plus il fait froid »

[MENA, Afghanistan, rencontré dans un centre d'accueil]

Afin de structurer nos analyses, nous avons souhaité rattacher les informations mises en avant par nos répondants à nos questions de recherche, la section qui suit fait état de cette démarche.

- | |
|---|
| <p>1. Les soins en santé mentale à destination du public migrant disponibles sur le territoire wallon sont-ils accessibles ? La population étrangère ou d'origine étrangère qui le nécessite accède-t-elle aux services de façon optimale ?</p> |
|---|

L'accessibilité aux services d'accompagnement psycho-social présents sur le territoire suppose d'en connaître l'existence. Sur l'ensemble de notre échantillon, seules 4 personnes déclarent avoir déjà consulté un psychologue. La plupart des personnes étrangères et d'origine étrangère que nous avons rencontrées indiquent ainsi ne s'être jamais rendues chez un psychologue depuis leur arrivée en Belgique. A cet égard, comme nous le soulignons dans la suite de l'analyse, s'il n'est pas évoqué, le psychologue n'apparaît pas comme une ressource potentiellement mobilisable en cas de difficulté majeure.

Les extraits suivants illustrent les définitions multiples rattachées à la figure du psychologue. Alors que quelques-uns en donne une définition relativement claire, pour beaucoup, le psychologue constitue une figure assez floue. Souvent associé à la folie et dès lors connoté négativement, le psychologue semble constituer une figure ambivalente. Beaucoup n'imaginent pas aller voir un psychologue même si dans le même temps des situations spécifiques justifieraient de s'y rendre :

Sais-tu ce que fait un psychologue ?

« Pas vraiment, mais j'entends souvent le nom (...) C'est peut-être quelqu'un qui peut t'aider à (silence) quelqu'un qui peut t'aider dans tes problèmes »

[MENA, Cameroun, rencontré dans un centre d'accueil]

Sais-tu ce que fait un psychologue ?

« C'est quelqu'un à qui expliquer sa vie, qui nous aide »

[Femme, Guinée, rencontrée dans un cours de FLE]

Sais-tu ce que fait un psychologue ?

« Le psychologue, je pense que c'est pour les fous. Je n'ai pas besoin d'un psychologue, Pourquoi ? »

[Homme, Guinée, rencontré dans un cours de FLE]

Sais-tu ce que fait un psychologue ?

« C'est médecin quand tête pas marcher »

[MENA, Afghanistan, rencontré dans un centre d'accueil]

Sais-tu ce que fait un psychologue ?

« Oui, c'est pour homme ou femme qui est triste, qui a beaucoup de problèmes dans la tête, mais moi pas de problème de psychologue »

[MENA, Afghanistan, rencontré dans un centre d'accueil]

Comprends-tu que certaines personnes aillent chez le psychologue ? Pourrais-tu y aller ?

« (...) c'est normal parce que chaque personne a son caractère et chaque personne a eu des problèmes plus ou moins durs et a parfois besoin de quelqu'un (...)

Oui je pourrais aller parce qu'il y a des choses que je ne pourrais pas dire à ma sœur c'est mieux pour moi d'aller chez psychologue et avoir son aide aussi »

[Femme, Russie, rencontrée dans un cours de FLE]

Pour les répondants qui se sont déjà rendus chez un psychologue, l'analyse est plus nuancée et relate généralement d'une expérience positive :

Qu'est-ce que c'est un psychologue pour toi ?

" D'abord je pense que c'est le médecin qui fait du bien qui te calme »

Est-ce que ça te fait du bien ?

« Oui, oui, beaucoup »

[Homme, Arménie, rencontré dans un cours de FLE]

2. Quels sont les (possibles) freins qui en rendent aujourd'hui l'accès difficile ?

Comme déjà souligné, le terme « psychologue » renvoie pour beaucoup de nos répondants à un certain état de folie. Au regard de nos échanges, cette connotation négative²¹ constitue le principal frein au recours au psychologue identifié lors des échanges. Ainsi, même si le psychologue est perçu comme « utile » voir « nécessaire » dans certains cas de figure, il reste néanmoins difficile, pour ceux qui n'ont jamais consulté, d'envisager de s'y rendre. Notons également que pour beaucoup de nos répondants, la vision du suivi psychologique s'apparente à un entretien au cours duquel on ne fait que parler sans réels effets bénéfiques voire thérapeutiques, ou encore un entretien duquel on ressort encore plus mal qu'avant.

²¹ Connotation négative ressentie tant à un niveau individuel que collectivement. Importance ici de l'opinion et de la vision du groupe d'appartenance.

Les extraits suivants illustrent ces éléments :

« C'est bien mais pas facile d'aller voir un psychologue »
[Homme, Syrie, rencontré dans un cours de FLE]

« C'est utile pour d'autres pas pour moi »
[Homme, Guinée, rencontré dans un cours de FLE]

« C'est dans la mentalité, c'est pas normal pour un homme. Si tu as des problèmes tu les gardes pour toi (...) Ce n'est pas bon pour la réputation (...) Vous voyez c'est notre culture en général on garde tout dans le cœur (...) »
[Femme, Ukraine, rencontrée dans un cours de FLE]

Vous connaissez le psychologue ?

« Oui, mais pas aller (...) Pourquoi aller ? Parce que je connais bien le problème moi je ne peux pas parler le français bien, je ne sais pas le culture européen, les personnes ils sont vivre comment ici, c'est après je vais connaître mais quand tu as maladie à la tête et tu connais pas cette maladie oui tu dois aller (...) Mais pourquoi aller voir un psychologue ? Il n'y a rien chez moi (...) chez psychologue on va discuter comme ça mais rien ne change »
[Homme, Palestine, rencontré dans un cours de FLE]

Es-tu déjà allé chez un psychologue ?

« Non madame L. m'a dit pour aller chez un psychologue mais j'ai refusé parce que je n'aime pas toujours parler comme ça et pleurer parce que je serais plus mauvais, heu, j'ai tombé si je vais parce que il y a parfois des difficultés où des choses quand tu parles tu être bien tu reposes ton âme comme ça, mais il y a des choses si t'as parlé mille fois tu vas pleurer mille fois aussi donc (...) »
[Femme, Syrie (kurde), rencontrée dans un cours de FLE]

Pour beaucoup de migrants et plus spécifiquement pour ceux récemment arrivés, la connaissance de la langue du pays d'accueil est une des clefs pour une intégration réussie. A cet égard, un autre frein à l'accessibilité aux soins identifié réside dans la barrière de la langue. La crainte d'être incapable de communiquer avec le psychologue dans le cadre d'un suivi semble en décourager quelques-uns comme l'illustre l'extrait suivant :

« (...) quand tu vas chez psychologue, tu attends ou tu veux dire quoi ? C'est un problème tu ne connais pas une personne pour parler de ce problème, tu as besoin de quelqu'un pour expliquer ton problème. Très difficile parce que pas la même langue comment je m'explique pour le docteur »
[Homme, Palestine, rencontré dans un cours de FLE]

<p>3. La population étrangère et d'origine étrangère rencontrée a-t-elle des problèmes spécifiques ? De quelle nature ? Comment y fait-elle face ? Ces problèmes peuvent-ils être rencontrés par les équipes ?</p>
--

Intéressons-nous maintenant aux difficultés vécues et exprimés par nos répondants.

Pour ceux rencontrés dans un centres d'accueil, ou ayant vécu dans un de ces centres dans le cadre de leur parcours, la vie dans le centre est souvent source de souvenirs négatifs. Outre l'attente induite par la régularisation de la situation administrative, la promiscuité et les conditions de vie parfois rudes ont régulièrement été citées notamment par les MENA que nous avons rencontrés. Les entretiens réalisés indiquent qu'il n'est pas rare que des tensions entre résidents apparaissent dans les centres d'accueil. Bien souvent, cela est dû à des différences culturelles ou encore à l'octroi rapide du statut de réfugié pour certaines nationalités entraînant une frustration pour les autres. De plus, l'ennui reste un élément évoqué à plusieurs reprises par de nombreux répondants.

Les extraits suivants illustrent ces différents éléments :

Comment se passe la vie dans le centre ?

« C'est pas facile ici, on est 40 garçons pour 7 chambres, c'est pas bien (...) »

C'est difficile, beaucoup de personnes dans la chambre (...) »

[MENA, Afghanistan, rencontré en centre d'accueil]

Comment se passe la vie dans le centre ?

« Parfois il y a des bagarres, pas bien dormir, beaucoup de bruit et pas respecter les autres »

[MENA, Afghanistan, rencontré en centre d'accueil]

Comment ça s'est passé la vie dans le centre ?

« Y a pas la vie, c'est attendre, attendre, manger, dormir attendre un petit peu de étudier (...) »

[Homme, Palestine, rencontré dans un cours FLE]

A côté de ces difficultés relatives à la vie en centre d'accueil, pour beaucoup aussi bien dans les centres qu'en dehors de ceux-ci l'incertitude quant au lendemain est source de préoccupations. De plus, une certaine solitude apparait tout particulièrement pour certains comme nous le montre les extraits suivants :

« Parfois je suis triste et seul parce que j'ai tout quitté dans mon pays »

[MENA, Afghanistan, rencontré dans un centre d'accueil]

« Heu vraiment je ne pense pas ni à la Belgique ni à la langue je pense toujours à comment être bien, ma famille là-bas. Comment la vie être bien ? »

[Femme, Syrie (kurde), rencontrée dans une ILA]

Enfin, pour beaucoup il est aujourd'hui question de devoir réapprendre un certain nombre de choses, le français notamment ainsi qu'un métier pour d'autres :

« Le plus dur c'est de devoir tout réapprendre ; je pourrais rester à la maison mais j'ai envie de travailler c'est nécessaire pour moi. C'est difficile d'arriver ici et de redevenir un enfant alors que dans ton pays tu étais bien.

Beaucoup de choses sont compliqués même téléphoner ou d'autres petits gestes du quotidien deviennent difficiles »

[Femme, Ukraine, rencontrée dans un cours FLE]

A cet égard, l'accès à un emploi constitue une préoccupation de taille pour certains de nos répondants comme le souligne les extraits suivants :

« Trouver un boulot, j'ai déjà envoyé mon CV mais pas de réponse, mais je relativise, c'est difficile pour tout le monde »
[Homme, Salvador, rencontré dans un cours FLE]

« Il y a pas travail, moi je cherche tout le temps travail, je cherche et je ne trouve pas, n'importe travail je peux faire, mon métier est coiffeuse ; mon assistante sociale elle me trouve le travail après je vais là-bas, il me dit non sans diplôme tu ne peux pas travailler... »
[Femme, Russe, rencontrée dans un cours FLE]

Enfin, un constat qui ressort également des entretiens est la vision parfois floue que certains de nos répondants ont de leur situation administrative et des démarches à effectuer au quotidien, comme en témoigne l'extrait qui suit :

« Je ne connais pas très bien les choses à faire pour l'asile »
[MENA, Sierra Leone, rencontré dans un centre d'accueil]

Notons que, malgré toutes ces difficultés, beaucoup expriment une forte reconnaissance envers la Belgique et ces différentes institutions et structure d'aide :

« Même si quelques problèmes j'aime beaucoup la Belgique, ici pays de droit »
[Femme, Russe, rencontrée dans un cours de FLE]

« On ne doit pas oublier qu'en Belgique, il nous a aidé on doit faire quelque chose, heu, mais regarde moi j'ai fait quelque chose par les céramiques, j'ai fait quelque chose pour L., j'ai fait le drapeau de Belgique, et comme ça donc moi je n'oublie pas quand quelqu'un vraiment il t'a aidé, il était gentil avec vous, donc je dois faire quelque chose avec ce pays aussi ; pas vient et quitter et puis au revoir »
[Femme, Syrie (Kurde), rencontrée dans cours de FLE]

« C'est déjà grand merci pour le CPAS il ne faut pas trop demander »
[Femme, Russe, rencontrée dans cours de FLE]

4. Quelles sont les ressources mobilisées par le public migrant lorsqu'il traverse des difficultés ? A quelles ressources les individus ont-ils généralement recours ?

Pour conclure, la liste qui suit synthétise les ressources citées par nos répondants. Ces dernières sont mobilisées lors des moments difficiles. Par « ressources », il convient d'entendre toutes choses, personnes qui permettent de se sentir mieux lorsque quelque chose de négatif nous affecte :

- La famille restée au pays, avec toutefois la difficulté de parvenir à la contacter régulièrement et de façon optimale :

Et est-ce que vous avez encore des contacts ?

Est-ce que vous arrivez à avoir des contacts avec votre famille restée là-bas ?

« Oui ! Oui, oui à l'internet tous les jours juste chance si il y a électrique là-bas si il y a pas électrique parce que électrique là-bas un jour ça va un jour ça va pas, 6 heures marche deux heures il y a plus l'eau aussi comme ça le gaz aussi là-bas (...) »

[Homme, Palestine, rencontré dans un cours de FLE]

- La famille, les amis et connaissances en Belgique ou dans les pays limitrophes :

« Ma cousine en Finlande m'a beaucoup aidé elle m'appelle souvent et m'envoie parfois un peu d'argent (...) »

[Homme, Iran, rencontré dans un cours de français]

- Pour les parents, les enfants constituent une véritable ressource. La plupart ont évoqué la force que leur apportent les enfants au quotidien, que ce soit au niveau matériel (soutien au niveau du français) et émotionnel. Les enfants apparaissent également comme un espoir pour un meilleur avenir avec tout ce que cela implique comme projection sur ces derniers :

« (...) les problèmes c'est difficile mais avec les enfants ça passe plus vite (...) »

[Femme, Russie, rencontrée dans un cours de FLE]

- Pour les personnes rencontrées dans des centres d'accueil, les équipes des centres d'accueil, et notamment les assistants sociaux (assistants sociaux, infirmières), ont fréquemment été citées comme ressources mobilisés en cas de problèmes.

En dehors des centres, outre les membres de la famille, les formateurs ou encore les bénévoles ayant été rencontrés au cours du parcours apparaissent comme une ressource pour certains des répondants. Ces diverses figures les guident et leur apportent des conseils au quotidien :

« par exemple tu sais ici je peux parler avec E. (la formatrice) par exemple s'il arrive quelque chose, je sais que E. elle m'aide beaucoup aussi pour le moral ; moi ici je peux toujours parler avec eux même quand on est en pause ou après l'école, parler avec E. expliquer notre situation et elle nous dit oui voilà tu peux aller par là et quelque chose par là ; ici ce n'est pas qu'un cours de français, c'est plus, elle nous donne comme les « psychologues » comme ça oui je sais pas (...) Mais pour les plus grands problèmes c'est mieux un professionnels un psychologue »

[Femme, Russe, rencontrée dans un cours de FLE]

- Autre ressource, les diverses activités mises en place dans les centres permettent aux résidents de s'évader, d'échapper à l'enfermement et à l'attente. En dehors des centres, les activités fréquentées permettent de tisser des liens, de construire un réseau mais également de parfaire le français en apprenant de surcroît la connaissance de la « culture » belge. Ainsi, les associations et structures d'aide aux

personnes migrantes et d'origine étrangère constituent également une ressource non négligeable notamment pour les personnes récemment sorties des centres. Ces lieux permettent de rencontrer des personnes vivant le même genre de difficultés et d'échanger des informations utiles :

« (...) faire quelque chose est très important, j'ai envie et besoin de faire des activités »
[Femme, Ukraine, rencontrée dans un cours de FLE]

« (A propos des cours de français) -
« après j'ai essayé apprendre les cours français ici je trouve c'est très bien, si je ne comprends pas, E. (la formatrice) bien tout m'expliquer
Je suis venue ici avec plaisir »
[Femme, Russie, rencontrée dans un cours FLE]

« (...) ici connais juste CPAS, connais FOREM et connais commune »
[Homme, Palestine, rencontré dans un cours FLE]

Où allez-vous quand vous avez une question ou un problème ?
« On va au CPAS ou à [...] où il y a beaucoup de personnes qui font travail pour aider les réfugiés et là-bas ils nous aident, il y a un avocat et il y a des traducteurs »
[Homme, Palestine, rencontré dans un cours FLE]

- L'écriture ainsi que la religion et l'église apparaissent également comme des moyens d'affronter les difficultés de manière plus sereine :

« Peut-être que je vais écrire un livre (...) »
[MENA, Sénégal, rencontré dans un centre d'accueil]

« Regarde, il y a autre chose que les personnes ils ne connaissent pas. Moi quand je suis là quand j'ai beaucoup de tristesse dans ma cœur, je peux faire autre chose mais mieux. Je sais pas comment je peux te dire pas je reste comme ça et triste et pleure non c'est pas ça je fais une force pour moi maintenant moi je suis en train d'écrire un roman qui parle de mon histoire, donc heu si je n'étais pas comme ça je suis heu bien et je parle quelque chose je suis content je ne peux pas écrire »...
[Femme, Syrie (kurde), rencontrée dans cours FLE]

« Mes amis toujours aide moi, l'église aide moi »
[Homme, Arménie, FLE]

Du point de vue des professionnels

L'ensemble des professionnels que nous avons contactés nous ont réservé un bon accueil. La thématique du bien-être psychologique des personnes étrangères et d'origine étrangère ainsi que l'accessibilité aux soins en santé mentale de ce public a semblé intéresser et préoccuper nombreux de nos interlocuteurs.

Parlant de la prise en charge psychologique des migrants, un professionnel travaillant dans un centre d'accueil nous confie :

« Il s'agit d'une question évidente et percutante, néanmoins il convient de prendre en compte qu'il s'agit d'une population changeante. Aujourd'hui, il s'agit essentiellement d'une population arabophone principalement composée d'hommes seuls mais demain cela peut et va sûrement changer (...) »

Le caractère changeant des profils accueillis au sein des structures d'accueil ainsi que la difficulté à mobiliser ce public autour de démarches comme la nôtre ont été soulignés à plusieurs reprises aux cours des divers échanges. Réunir un échantillon de P.E./O.E. dans le cadre d'une recherche qualitative et ce sur base volontaire n'a en effet pas été chose aisée.

A côté de cet intérêt pour la question, notons également, que la prise de contact avec les professionnels aura été fastidieuse. A cet égard, les échanges furent souvent accompagnés d'une certaine appréhension et d'une crainte de brusquer le public, en posant par exemple des questions trop intrusives au vu du parcours de certains (demandes d'asile, interviews au CGRA, etc.). De plus, les différents centres d'accueil avec lesquels nous avons pris contact ont été fort sollicités ces derniers mois²² et la perspective d'une visite pour rencontrer les résidents ne fut pas toujours accueillie avec le plus grand des enthousiasmes.

Au total, 7 centres d'accueil auront été visités et 8 entrevues dans des cours de Français Langue Etrangère réalisées.

Comme pour la partie précédente, nous reprenons ici quelques points saillants des entretiens réalisés avec ces professionnels (*formateurs en français langue étrangère, travailleurs en centre d'accueil et travailleurs sociaux dans des associations d'aide aux populations migrantes et plus spécifiquement aux MENA*) en les liant aux questions que nous nous posons en introduction.

1. Dans quel cas de figure oriente-t-on vers un psychologue ? Comment cela se déroule ?

Une des questions auxquelles nous souhaitions répondre était de savoir dans quels cas de figure les professionnels dirigent une personne vers les équipes « Exil » et de quelle manière cette orientation s'effectue.

²² C'est notamment le cas des centres d'accueil gérés par la Croix-Rouge, qui ont été plus nombreux à ne pas prendre part à la recherche.

Tout d'abord, notons que nos différents échanges, nous indiquent que les centres d'accueil constituent les endroits où un accompagnement psychologique est bien souvent initié. A cet égard, il nous apparaît important de bien distinguer les consultations « volontaires » (initiées directement par le résident ou la personne) des consultations « orientées » (initiées par un professionnel). Ces dernières apparaissent de façon plus fréquente pour les personnes que nous avons rencontrées.

Ensuite, dans le cadre des centres d'accueil où nous nous sommes rendus, l'orientation vers un psychologue se fait toujours au cas par cas et toujours sur base de l'identification d'un besoin par le personnel du centre. Les situations des différents résidents sont ainsi discutées dans le cadre de réunions d'équipe réunissant les intervenants du service médical et social. Pour les formateurs en français langue étrangère rencontrés, les cas d'orientation sont plus rares.

2. Vers quel service dirige-t-on ?

A côté des équipes spécialisées, d'autres ressources de prise en charge ont également été citées par différents professionnels rencontrés. Les raisons de cette diversification sont nombreuses comme l'indique l'extrait suivant :

« Mais donc on envoie parfois à Exil (Bruxelles), il y en a qui sont à Namur, Bruxelles. Donc il y en a qui vont à Bruxelles parfois à Ulysse, mais de toute façon pour avoir des nouvelles places, c'est galère ... Mais les gens qui ont un suivi, on ne leur interdit pas de continuer le suivi déjà entamé auparavant : idem s'il y a une demande particulière. Et alors il y a "Women dô" aussi je ne sais pas si vous avez entendu, c'est à Bruxelles. Ce sont des psychologues essentiellement pour les femmes migrantes. Il y en a plusieurs qui vont là et ça leur fait du bien »

Quelques-unes des équipes rencontrées envoient ainsi régulièrement des résidents dans des structures spécialisées sur Bruxelles (*Ulysse et Exil* ont ainsi été citées à diverses reprises). C'est généralement le cas lorsqu'un nouveau résident a déjà initié un suivi à Bruxelles ou quand la structure bruxelloise apparaît être la plus appropriée au vue du profil du résident ou encore lorsqu'il s'agit d'une demande particulière. Ajoutons à cette raison un cas de figure supplémentaire qui semble inciter les équipes à diriger vers d'autres structures spécialisées que les équipes « Exil », à savoir : la difficulté à obtenir une place en raison d'une longue liste d'attente.

D'autre part, certains centres font appel à un psychologue en interne :

« (...) pour notre part, on travaille beaucoup avec une des équipes Exil mais on a quand même pas mal de difficultés car les délais sont très longs (...) pour le moment on a deux psy qui viennent dans le centre et pour toutes les langues qu'elle ne maîtrise pas on fait appel à un interprète (...) »

« je sais qu'il y a un psychologue qui vient très ponctuellement pour faire des groupes d'afghans hommes, ça à l'air de mieux se passer ... Ils viennent parler de ce qu'ils vivent au quotidien ici donc ils ne vont pas parler de leur histoire au pays ils ne parlent pas de la raison pour laquelle ils sont venus mais plutôt comment je me sens ici et maintenant »

« je sais qu'ici ils tiennent à ma présence parce que je dégage un peu le service médical parce que c'est vraiment un gros centre (...). C'est vrai qu'un psychologue n'est pas de trop parce que le service médical est très engorgé et tout ce qui est psy, ils n'ont pas envie de s'en charger ce n'est pas leur rôle non plus, donc c'est pour cela que je crois qu'il y a une pertinence à ce que je sois là »
[Psychologue dans un centre d'accueil]

Cette présence en interne questionne le cadre d'intervention dans lequel se déroule le suivi psychologique. Devoir sortir du centre implique souvent une procédure plus lourde (démarches, temps de travail conséquent, etc.) qui s'atténue quand le psychologue est en interne.

De plus, la présence fréquente d'un psychologue au sein de l'enceinte du centre aurait quelques avantages dont la dé-stigmatisation de l'image souvent négative de ce dernier.

3. De quelle manière cette prise en charge est-elle vécue auprès des personnes qui y ont recours ?

Concernant cette question, pas mal de professionnels rencontrés nous relatent qu'une fois le suivi mis en place, la prise en charge n'a pas toujours l'effet escompté par le résident. Cette inadéquation entre attente et résultat est parfois difficile à expliquer aux résidents :

« Donc c'est vraiment aussi ça, d'un côté ils nous disent « ça fait du bien » sur le moment même mais il y a un contre coup qui est parfois plus violent (...); c'est difficile de leur dire que ça prend du temps »

« Ca fait du bien sur le moment-même mais il y a parfois un contre coup qui peut être difficile à vivre, on est parfois plus mal après que quand on arrive parce qu'on est arrivé en se disant « allez testons ce qu'elle va conseiller l'autre ; je vais aller voir un peu ; apparemment, ce n'est pas pour les fous ici »
[Assistante sociale]

« (...) Souvent quand je leur propose ils me disent de toute façon il (le psychologue) ne m'aidera pas à oublier, je dis non, pas oublier mais à vivre avec, être mieux mais eux, ils semblent chercher quelqu'un pour oublier »

4. Quelles sont les difficultés relatives à l'orientation vers un psychologue ?

Concernant les difficultés, soulignons tout d'abord, la difficulté relative à l'orientation. Orienter les personnes le nécessitant vers une structure de prise en charge appropriée n'est pas chose aisée. Quelques professionnels rencontrés soulignent la difficulté d'évoquer le suivi psychologique et d'utiliser le mot « psychologue » auprès de leur public. Pour beaucoup, il est essentiel de «*démystifier*» le recours à un suivi psychologique et cela plus particulièrement

quand il s'agit d'un public MENA. Les extraits suivants nous font état de ces diverses considérations :

« (...) il y a plein d'axes différents ; il y a les soucis que nous on perçoit en tant que travailleurs sociaux mais qui ne correspondent pas forcément aux problèmes que les gens voient eux-mêmes et ça c'est un truc qui revient quand même souvent ; et puis là où on pense que les gens ont besoin d'un appui et eux disent qu'ils n'en ont pas besoin parce que c'est toujours perçu comme accompagnement des fous (...) »

« Les personnes ne formulent pas leur demande de la sorte, les difficultés sont abordées de façon détournée (...) et puis, il faut faire attention aux projections : ce qui fait mon bien-être à moi ne fera pas forcément le bien être des autres (...) »

« (...) et puis, la démarche de demande de l'aide n'est pas facile, en raison de tout ce que ça remue chez la personne. Ça représente une réelle difficulté chez elle ; ça touche à l'intimité (...) »

« (...) le mot "psy" fait horriblement peur, peu importe la culture, qu'elle soit du sud, que ce soient les cultures africaines ou les cultures plus du Proche Orient et Moyen Orient telles que celle des afghans : les psychologues, c'est pour les fous, il n'y a pas de secret, il n'y a pas de miracle... ; donc amener le mot psy directement c'est difficile (...) »

« Ils n'ont pas cette notion culturelle c'est à dire que dans leur culture, ils ont toutes sortes de guides spirituels qui font un peu office de psychologue dans leur pays mais le psychologue en soi est une fonction inexistante ou à connotation ambiguë « pour les fous », donc il faut bien les conforter ; les rassurer (...) »

D'autre part, initier une prise en charge prend du temps et il est nécessaire qu'une relation de confiance soit préalablement établie :

« (...) donc il faut en général deux à trois séances de relation de confiance et au bout de 3 séances en général, on commence à sentir une forme - je ne vais pas dire de dépendance mais - de liens qui les raccrochent à quelque chose et alors je suis un petit peu leur confidente »
[Psychologue dans un centre d'accueil]

« (...) Je pense qu'au début ils sont plein d'appréhension mais une fois que la prise de contact est faite et que la première séance est initiée, ils se font leur idée ; donc soit ils ne reviennent plus jamais et ça arrive régulièrement, soit je suis comme une espèce de lien entre la nébuleuse Fedasil - procédures et tout ce que l'exil peut représenter - et l'humanité »
[Psychologue dans un centre d'accueil]

Ce pose ainsi la question de savoir comment bien parler du suivi psychologique ? Est-il nécessaire de se cantonner au terme de santé mentale ? L'utilisation d'autres termes est-elle plus adéquate ? A ce propos, une intervenante sociale se confie :

« Ce qui arrive régulièrement, c'est qu'on nous demande « c'est quoi un psychologue ? » et c'est difficile parfois de définir le rôle d'un psychologue et quel effet il peut avoir sur la personne (...) »

« Il faut aussi former les professionnels pour que ce soit déjà moins tabou pour eux et qu'ils puissent trouver les mots pour en parler, parce que, en ce qui me concerne, je serais très preneuse de savoir comment aborder ce sujet-là ? Arrêter d'en faire un sujet tabou parce que lorsqu'on parle de la santé mentale, on parle de la santé au final, on parle vraiment de la santé ; je peux parler de consommation de drogue et de relations sexuelles avec des jeunes mais je ne suis pas capable de parler d'un suivi psychologique et de santé mentale... »

Ensuite, autant dans les centres d'accueil qu'en dehors de ceux-ci, quelques professionnels rencontrés ont partagé leurs difficultés à orienter des personnes qu'elles identifient comme étant en souffrance vers une structure spécialisée dans la prise en charge psycho-sociale ; la lourdeur des démarches à faire au préalable, notamment concernant l'adéquation de l'agenda du psychologue et de l'interprète, constitue un frein et une source de frustration comme le montre l'extrait suivant :

« Maintenant c'est vrai qu'à chaque fois qu'il y a un suivi psy, c'est là aussi que c'est plus complexe. Je ne sais pas si tu as déjà rencontré ce service pour en parler avec eux mais pour faire un suivi régulier, c'est compliqué alors qu'il faut parfois deux mois, trois mois pour un rendez-vous et la même chose pour l'interprète c'est ... enfin je sais pas si ils ont un partenariat ou s'ils peuvent avoir des rendez-vous plus facilement mais c'est catastrophique ... et c'est dommage parce que c'est le structurel qui bloque et c'est vrai que moi je le vends comme étant un lieu d'écoute et s'ils ne sont pas écoutés ni entendus parce que ce n'est pas sa propre langue ça complique la donne »

Ces diverses démarches semblent également renvoyer aux listes d'attente souvent longues ainsi qu'au « tri » des demandes effectuées par les équipes « Exil » en raison de ces listes d'attente.

Dans certains centres visités mais aussi pour certains travailleurs sociaux exerçant dans des structures de formation en français langue étrangère, le temps de prise en charge à la suite d'une demande est trop important et freine parfois l'initiation de la démarche. Il arrive ainsi que les centres se tournent vers d'autres options telles que des psychologues en interne ou des psychologues privés consultant dans les environs du centre. Ainsi, bien que le travail avec les équipes exil apparaisse comme essentiel - *il reste en effet considéré comme la meilleure option pour prendre en charge le public concerné* -, les listes d'attente semblent constituer un frein à l'orientation.

Une autre difficulté réside dans le fait qu'il faille parfois travailler sur base de logiques de travail différentes. Les personnes étrangères et d'origine étrangère que nous avons rencontrées sont pour bon nombre d'entre elles dans des contextes socio-juridiques particuliers. A cet égard, le rapport médico-psychologique apparaît essentiel à obtenir afin de faire avancer les démarches auprès du CGRA. Ce rapport constitue pour certains résidents un possible accélérateur de procédure. A cet égard, la place des avocats et de la procédure d'asile questionne de nombreux professionnels travaillant dans les centres d'accueil car deux logiques de travail parfois antagonistes s'entrecroisent :

« Et puis à un moment il me dit, oui mais non il faut trouver un psy pour m'aider. J'ai eu vraiment du mal à décoder pourquoi il avait besoin de ce psychologue. Dans ce qu'il m'a montré et dit, c'était pour que son psy l'aide à écrire son recours et qu'il ait une attestation de suivi psy pour que son recours soit validé.

Et je lui ai dit : ça déjà, ça ne va pas, ça ne marche pas comme cela »

« C'est difficile pour eux de se détacher de la boudruche d'imaginaire qui se cache derrière la (décision) positive²³ (...) il y a un réel surinvestissement derrière cette positive »

« (...) d'un autre côté il y a les avocats qui nous demandent des attestations de suivi psy et ça c'est quand même pas toujours très chouette pour nous à gérer, je trouve, parce que tu as des gens qui vont effectivement aller chez le psy mais qui ne vont pas forcément fournir un travail et qui vont manquer de sérieux mais qui vont quand même avoir besoin de leur attestation et ce sera une attestation qui n'aura guère de sens finalement et oui, ça reste une demande d'un avocat et ce n'est pas une demande de la personne, et en plus c'est toujours urgent (...) »

Les problèmes de langue et corollairement du recours aux interprètes ont également été cités à de nombreuses reprises :

« (...) et puis bon il y a toujours le problème de la langue ; on travaille beaucoup avec les interprètes mais ça foire quand même régulièrement : soit l'interprète n'est pas là, soit l'interprète est malade, soit c'est la personne qui n'y va pas (...) ; on travaille beaucoup avec le SETIS et Bruxelles accueil (...) »

« (...) il y a vraiment des langues pour lesquelles il y a une réelle demande »

Et alors par rapport à la langue, et même vous au quotidien, comment est-ce que vous gérez la question de la langue ? L'interprète reste-t-il nécessaire ou est-ce que vous avez d'autres options ?

« C'est vrai que la langue reste un problème, ça c'est sûr et certain ! Maintenant à force de travailler avec eux on apprend à les connaître, on apprend à voir quand ils comprennent et ne comprennent pas, même s'ils disent « j'ai compris » on voit bien qu'ils n'ont pas compris. Donc on apprend à les connaître (...) »

La question des cas plus lourds est également apparue. Face à certains cas de figure qualifiés de « cas lourds » les équipes se sentent parfois démunies :

« (Parlant du public MENA) pour les cas psychiatriques lourds il y a une réelle difficulté à trouver des places pour eux ... »

« (...) et on voit pléthore de pathologies, donc ça veut dire que l'on peut aller de la simple névrose d'adaptation post réactionnelle à vraiment des grosses psychoses parfois décompensatoires ; c'est ce que l'on appelle les cas lourds, les cas psychiatriques. Là, je suis obligée de travailler en collaboration avec un psychiatre parce que malheureusement je n'ai pas les compétences et je suis un peu démunie »

[Psychologue dans un centre d'accueil]

Face à de tels cas, les démarches administratives à initier sont souvent trop longues alors même que la personne représente un danger pour elle-même et pour les autres résidents du centre.

²³ La décision positive fait ici référence à la décision donnée dans le cadre d'une demande d'asile (voir p.13).

A côté de ces cas lourds, l'encadrement et la prise en charge du public MENA pose également énormément de question aux travailleurs sociaux des centres d'accueil.

Au cours de l'année 2015, le nombre de Mineurs Non Accompagnés - MENA accueillis dans les structures d'accueil a considérablement augmenté. Ce public prépubère et majoritairement composé de jeunes garçons²⁴, pose question à certains travailleurs sociaux que nous avons rencontrés. Les modalités de prise en charge générale mais également dans le cadre d'un suivi psychologique ne sont pas toujours évidentes. Au vu de leur âge, ils apparaissent comme étant bien souvent difficiles à gérer. De plus, parler d'un suivi psychologique lorsque cela s'avère nécessaire n'est pas toujours évident comme le souligne les extraits suivants :

« Avec les MENA, quand on parle d'un suivi c'est un non catégorique (...), ils ont vraiment cette représentation du fou si on va voir un psychologue (...); même prendre des médicaments n'est pas concevable pour certains d'entre eux (...) »
[Professionnel – Centre Fedasil]

« On essaie de mettre en place des activités de groupe, avec un aspect créatif, pour eux mais ce n'est pas évident (...) »
[Professionnel – Centre Fedasil]

La problématique de la consommation de drogue ainsi que celle des automutilations et scarifications chez les MENA a également été brièvement abordée lors de quelques rencontres avec les équipes de centres d'accueil hébergeant ces jeunes.

Beaucoup d'équipes rencontrées souhaiteraient mettre en place un nombre plus important d'activités à destination des résidents. Cependant, cela s'avère bien souvent difficile en raison d'un manque de financements ainsi que du peu de soutien de leur hiérarchie. Différentes activités visant à favoriser le bien-être des résidents ont ainsi été citées telles que : l'art thérapie, la sophrologie, les potagers thérapeutiques, etc.

« J'aurais voulu que l'on mette beaucoup plus de choses en place pour les résidents, qu'il y ait plus activités (...) qu'ils soient dans une dynamique positive pour sa vie d'après, qu'il se sente accepté, intégré, acculturé²⁵ au pays, qu'il puisse comprendre les notions et les codes et qu'il se sentent à l'aise. »

Enfin, la question de la communication a également été soulevée. Aussi bien entre centres qu'entre centres d'accueil et équipes « Exil », une bonne communication s'avère primordiale.

²⁴ Vermylen, A., 2017, L'impact des politiques d'accueil sur la santé mentale des demandeurs d'asile dans le contexte particulier de la crise de l'accueil en 2015.

²⁵ Le terme acculturation renvoie, selon le dictionnaire Larousse, à l'adaptation d'un individu ou d'un groupe à la culture environnante. Plus précisément, il s'agit de la modification des modèles culturels de base de deux ou plusieurs groupes d'individus, de deux ou plusieurs ethnies distinctes, résultant du contact direct et continu de leurs cultures différentes.

L'année 2015, ainsi que l'année 2016 se sont caractérisées par un contexte migratoire particulier. L'Europe et la Belgique ont connu un afflux de demandeurs d'asile sans précédent, lui-même consécutif à une crise humanitaire mondiale d'une gravité exceptionnelle. L'impact de ce que l'on a appelé la crise de l'accueil sur le travail des équipes dans les centres d'accueil a été évoqué à plusieurs reprises lors de nos entretiens avec les professionnels.

Ce constat s'est confirmé tout particulièrement au sein des centres Fedasil visités où les collaborations entre centres Fedasil pourraient être renforcées sur le terrain comme cela a été évoqué lors de plusieurs entretiens.

« Une meilleure collaboration interéquipes au sein de Fedasil est nécessaire car il y a vraiment une espèce de culture Fedasil, il n'y a pas vraiment de réseau entre les différents centres (...) »

Au vu des échanges avec les équipes médicales et sociales, les métiers d'assistants sociaux et d'infirmiers/infirmières ne sont pas évidents dans de telles structures. Le personnel est parfois dépassé. Les divers intervenants rencontrés font face à des situations de plus en plus complexes et sont soumis à des contraintes venant d'environnements politiques et/ou administratifs en permanente mutation.

Les extraits suivants relatent ce contexte spécifique et les difficultés que cela a engendrées sur le terrain :

« Il y a des liens entre les différentes structures mais ce n'est pas alimenté, ce n'est pas nourri (...) C'est très compliqué surtout avec la crise migratoire, je pense que personne n'était préparé à ça (...) ; on se doutait qu'il allait arriver quelque chose mais on ne pensait pas que ça allait avoir cette ampleur là (...) ; aucune structure n'était préparée à recevoir autant de gens avec autant de souffrance et de difficultés et donc on est un peu démunis, dépourvus, on n'a plus le temps ni l'espace de mettre des choses en place, on est dans l'urgence continue, dans la crise et l'urgence, voilà, et donc, on n'a plus le temps de contacter les autres centres pour essayer de connaître un peu leur lecture du monde, leur appréciation personnelle et leur ressenti »

[Professionnel – Centre Fedasil]

Un tel contexte rend bien évidemment toute mise en place de suivi psychologique plus complexe que d'habitude. Ces nombreuses questions nous amènent à demander comment permettre et assurer un suivi de qualité ? Comment créer des synergies sur le long terme notamment et plus particulièrement entre les centres d'accueil et les « Equipes Exil » ?

Dans le cadre des cours de FLE, des professionnels nous ont fait part de leur difficulté à gérer certaines situations. Ainsi, pour quelques-uns des formateurs en français rencontrés, la résurgence de souvenirs difficiles dans le cadre du cours (notamment durant des exercices spécifiques ou lors de moments plus informels tels que les pauses) est quelque chose qu'il est parfois difficile à gérer. Dans de tels cas de figure, comment recadrer le travail tout en ne brusquant pas la personne ?

Points d'attention et mise en perspectives avec nos hypothèses

Que retenir au terme de cette analyse ? Les divers constats que nous venons d'évoquer nous permettent de mettre en lumière une série d'éléments présentés ci-après :

Personnes étrangères et d'origine étrangère

- Importance de la parole des personnes rencontrées et plus spécifiquement de la validation de leur récit en dehors de toutes procédures légales.
- Importance de pallier au manque d'information sur l'accès aux soins de santé ainsi que sur les droits et devoirs en Belgique de façon générale. Même si une partie des personnes rencontrées disposait de l'information relative à ses droits, il semble rester de la confusion pour nombre de migrants. Tout au long de leur procédure d'asile et à la fin de celle-ci, les migrants bénéficient d'un ensemble de droits. Ces droits sont rattachés à un statut et à un titre de séjour. Le statut et le titre de séjour du migrant changent avec le temps. Ces changements rendent difficile l'accès à l'information car les droits ne sont pas les mêmes selon les statuts. Par exemple, l'aide matérielle donne droit au logement, aux repas, à l'habillement, à une allocation journalière ainsi qu'à l'accompagnement médical, social et psychologique, elle donne aussi accès à l'aide juridique et à une formation²⁶. De plus, certaines personnes ignorent leur statut exact, entre autres parce que les attestations légales peuvent se ressembler d'un statut à l'autre (notamment la carte électronique). Cette confusion a été identifiée lors des échanges avec certaines P.E./O.E. rencontrées dans le cadre de la recherche. Elles possèdent des documents mais ne savent pas vraiment à quel titre de séjour ceux-ci se rapportent.²⁷
- Relativement à ce qui vient d'être évoqué, il pourrait être intéressant en termes de communication, de (re)placer l'offre de soins dans une approche globale en considérant la situation administrative de l'individu comme possible source de stress et de désagrément. Pour les personnes migrantes que nous avons rencontrées, il apparaît qu'un accompagnement social en vis-à-vis du suivi psychologique aurait toute son importance.
- Un autre constat réside dans le fait que nos rencontres nous indiquent que rares sont les personnes qui initient d'elles-mêmes un suivi psychologique²⁸. Dans les cas de figure que nous avons rencontrés, celui-ci débute généralement dans les centres d'accueil à la suite d'une proposition d'un membre de l'équipe médicale.
- Sur base des différentes rencontres, il apparaît essentiel de questionner les représentations de la santé mentale et du psychologue auprès des personnes étrangères et d'origine étrangère. Une question centrale est apparue : *Comment faire*

²⁶ <http://www.adde.be/ressources/fiches-pratiques/asile/accueil-des-demandeurs-dasile>

²⁷ Aussems G. (2012). « Les Titres de séjour en Belgique ». In : *Dossier thématique de l'Association pour le droit des étrangers (ADDE)*

²⁸ Opposition entre consultations « volontaires » (initiées directement par le résident ou la personne) des consultations « orientées » que nous évoquons dans la partie analyse.

connaître la fonction du psychologue en se défaisant d'une certaine connotation négative que celui-ci peut avoir ?

Professionnels

- Le recours aux services d'interprétariat pose problème en termes de logistique et de langues disponibles.
- Importance pour les professionnels, professeurs en français langue étrangère et personnels de centres d'accueil d'acquérir une meilleure connaissance des divers projets et structures d'accueil mis en place autour de la santé mentale des migrants. Au niveau de la réflexion de ces projets, il pourrait s'avérer intéressant d'impliquer au maximum les acteurs de terrain dont le travail risque d'être impacté par le projet.
- Enormément de questionnements sur les procédures d'orientation vers les structures spécialisées dans l'accompagnement thérapeutique des P.E/O.E. Vers qui diriger ? Comment alléger la procédure ? N'est-elle pas trop lourde pour les services envoyeurs ? Qu'est-ce qui pourrait être amélioré ?
- Initier une meilleure connaissance des difficultés rencontrées par les professionnels dans les centres d'accueil mais également en dehors de ceux-ci. Ces professionnels semblent en effet rencontrer de nombreuses difficultés et font face à des questionnements que les équipes « Exil » pourraient adresser et répondre via des questionnaires ou des enquêtes épisodiques ; sortes de coups de sonde périodiques.
- Aider les professionnels qui en font la demande à améliorer leur bagage théorique afin que celui-ci soit plus poussé. Leur permettre ainsi de travailler plus aisément avec des personnes ayant vécu un parcours migratoire difficile : comment accueillir la souffrance et vers qui envoyer ?

Vérification des hypothèses

A ce stade, revenons maintenant brièvement sur les hypothèses que nous mettons en avant au début de ce travail. Nous identifions ainsi certains freins à l'accessibilité aux soins en santé mentale. Sur l'ensemble des hypothèses formulées, seules trois d'entre elles semblent se vérifier sur base des éléments de terrain récoltés auprès de l'échantillon de P.E./O.E. :

- Une méconnaissance de l'existence du service d'aide ;
- Une mauvaise représentation du psychologue ;
- Les problèmes de langue (barrière de la langue).

Ce n'est pas le cas pour les hypothèses suivantes :

- Le coût des soins / Absence de moyens financiers suffisants ;
- Une mauvaise expérience au sein des services ;
- L'absence de couverture de santé (mutuelle ou autre) ;
- La localisation éloignée du lieu de soin ;
- Une situation de vie trop précaire pour envisager de consulter.

IV. Conclusion et pistes d'actions

Synthèse

En guise de conclusion, rappelons le contexte de la présente recherche. Celle-ci s'inscrit dans le cadre de la poursuite d'un premier travail d'investigation sur la pratique de travail des initiatives spécifiques « Exil » présenté en 2015²⁹. Plus précisément, elle constitue un volet de la Concertation wallonne des équipes spécialisées dans l'accompagnement psycho-social des personnes étrangères ou d'origine étrangère en souffrance sur le territoire wallon, mise en place depuis mai 2016.

Depuis plus de 10 ans, pour certaines d'entre elles, les équipes qui prennent aujourd'hui part à cette *Concertation* accueillent et prennent soin de personnes étrangères et d'origine étrangère en souffrance. Continuellement en questionnement par rapport à leur public et souhaitant sans cesse améliorer leur pratique afin de se rapprocher au plus près des réalités de celui-ci, la présente recherche vise à alimenter ces divers questionnements. Pour ce faire, il est primordial de considérer et prendre en compte le point de vue des personnes visées par les actions des équipes. C'est ce que nous avons tenté de faire.

Comment améliorer l'accessibilité aux soins en santé mentale pour le public migrant le nécessitant en Région wallonne ? C'est à cette question principale que nous souhaitons répondre. Plus précisément, il s'agissait d'étudier les questions suivantes :

- La population étrangère ou d'origine étrangère qui le nécessite accède-t-elle aux services disponibles sur le territoire de façon optimale ?
- Si ce n'est pas le cas, quels sont les freins qui en rendent, aujourd'hui, l'accès difficile ?
- Cette population a-t-elle des problèmes spécifiques ? De quelle nature ? Comment y fait-elle face ?
- Ces problèmes peuvent-ils être rencontrés par les équipes ?
- A quelles ressources les individus ont-ils généralement recours lorsqu'ils traversent des difficultés (et notamment des difficultés que l'on peut qualifier de psychologiques, relatives à la santé mentale) ?

A cet égard, nous présentions en introduction quelques hypothèses explicatives de l'inaccessibilité aux soins de santé en général et aux soins de santé mentale pour les populations étrangères et d'origine étrangère. Trois de ces hypothèses mises en avant dans la littérature se trouvent confirmées dans le cadre de notre recherche.

Au terme de nos analyses nous souhaitons mettre en avant divers éléments (pointés au terme

²⁹ Bivort C. (2015). *Etat des lieux : initiatives spécifiques « Exil »*. Namur, CRéSaM, 100 p.

de l'analyse des données (voir supra - pp. 33-35).

Tout d'abord, du côté des **personnes migrantes** que nous avons rencontrées, il apparaît clairement que le **recours à un psychologue** ne constitue pas une ressource mobilisée de prime abord, si ce n'est **dans le cadre d'une orientation par un professionnel**, souvent initiée dans un centre d'accueil, ou encore lorsque le suivi est initié **dans une perspective de facilitation des démarches entamées dans le cadre d'une demande d'asile**. Rajoutons encore le rôle du « **bouche à oreille** », via une connaissance ayant rencontré un psychologue. Ce partage de vécu et d'information participe en effet à faciliter le recours à une aide psychologique.

Au vu de ces divers éléments, il apparaît également que le psychologue semble revêtir, aux yeux de la plupart des personnes rencontrées, une posture ambivalente à la fois utile et soutenante mais aussi souvent rattachée à la folie. La **prise en compte des représentations** notamment culturelles prend ici tout son sens.

Notons encore que très peu de nos répondants connaissent l'existence des « Equipes Exil ». Ce **manque d'information** est également un frein à l'accessibilité. Il semble cependant que cette lacune ne concerne pas que la santé mentale. Nombreux sont en effet ceux qui ne savent pas où trouver des réponses à leurs questionnements, notamment administratifs. Nous parlerons donc plutôt d'une **méconnaissance générale des lieux où l'on peut trouver réponse à ses questions**.

De leur côté, certains des **professionnels** rencontrés se sentent parfois **démunis et peu outillés** en ce qui concerne la prise en charge des personnes nécessitant selon eux un accompagnement psychosocial, notamment lorsqu'il s'agit de les **réorienter**. De nombreuses questions préoccupent ainsi quelques-uns de nos répondants professionnels. Comment, par exemple, **expliquer** au mieux l'apport d'un tel suivi auprès de la personne ? Comment faciliter l'orientation vers des structures spécialisées (tout particulièrement depuis 2015, année caractérisée par une crise de l'asile sans précédent), en mobilisant notamment au mieux le **recours aux interprètes** ? Etc.

Ces quelques éléments font écho aux recommandations mises en avant dans le premier rapport d'état des lieux³⁰. Ces dernières restent en effet d'actualité. Plus particulièrement, celles qui pointent l'importance de :

- *Pouvoir s'appuyer sur les services spécialisés, incontournables dans l'offre de soins ;*
- *Faciliter le travail avec les interprètes eux aussi bien souvent incontournables dans la prise en charge du public qui nous concerne.*

³⁰ Bivort, C., 2015, Etat des lieux : initiatives spécifiques " Exil", CRéSaM,, 100p.

Aujourd'hui, l'afflux croissant de migrants, demandeurs d'asile et réfugiés place les soins de santé mentale devant d'importants défis. Comme nous l'évoquions en introduction, il apparaît que se questionner sur l'accessibilité aux soins en santé mentale interroge bien plus que l'aménagement du cadre de travail des équipes « Exil ». Cette notion renvoie également à la question des représentations culturelles des individus. Au vu des entretiens avec les personnes étrangères et d'origine étrangère que nous avons rencontrées, les représentations de la figure et de la fonction du psychologue sont ainsi à questionner dans une perspective d'amélioration de l'accessibilité. A côté de cela, **des aspects plus structurels** posent également question. La localisation de certains lieux d'accueil parfois éloignée de tout transport en commun, les places disponibles dans les lieux de soins ou encore les relations entre les différents champs professionnels concernés par la prise en charge du public migrant ont ainsi soulevé de nombreux questionnements auprès des professionnels que nous avons rencontrés.

Les points d'attention présentés à la fin du chapitre précédent ainsi que les quelques pistes d'action que nous présentons ci-après constituent une première étape dans le cadre d'une réflexion continue sur l'amélioration de l'accès aux soins en santé mentale pour les personnes migrantes en Wallonie. Ces pistes font état de ce que le terrain nous a révélé et doivent à cet égard être prises en compte. Elles sont toutefois loin d'être exhaustives. Elles ne permettent pas non plus de rendre compte des actions, projets et initiatives qui au quotidien visent à améliorer la prise en charge du public migrant notamment en ce qui concerne les suivis psycho-sociaux.

Nous espérons qu'elles pourront, au vu du contexte actuel, déboucher sur des actions (à poursuivre, développer ou initier) qui permettront de faciliter l'accessibilité aux soins en santé mentale mis en place sur le territoire wallon. Une perspective de travail à inscrire dans le cadre de la *Concertation* des équipes « Exil », en cours depuis 2016.

Rappelons aussi que la migration n'est pas en soi une maladie. Néanmoins, il apparaît clairement que nombre de personnes migrantes de façon générale, et en particulier celles rencontrées dans le cadre de cette étude, vivent quotidiennement des situations difficiles pouvant se répercuter sur leur santé mentale. A cet égard, le recours à des structures d'aide, travaillant dans une dimension psychosociale, semble probable et pertinent pour un tel public.

Pistes d'actions

Au vu de nos résultats de recherche, et afin d'améliorer la prise en charge des P.E./O.E. sur le territoire wallon les pistes d'action suivantes pourraient être considérées :

- ⇒ **Elargir l'offre** et l'accès des services spécialisés en accompagnement psycho-social des migrants **et questionner les listes d'attente** qui constituent aujourd'hui un frein à l'orientation, pour certains centres d'accueil ou structures travaillant avec le public migrant.
- ⇒ Poursuivre la réflexion autour de **l'accessibilité aux interprètes**. Comme nous le soulignons à plusieurs reprises, ces derniers sont indispensables dans le cadre de la mise en place de suivis psychologiques pour le public migrant. Cependant, malgré les efforts faits dans ce sens, tant par le pouvoir subsidiant que par le service d'interprétariat, de nombreuses difficultés subsistent lorsqu'il s'agit de recourir aux interprètes. Ces difficultés se doivent d'être réexaminées régulièrement en vue de continuer à améliorer la situation.
- ⇒ Initier une réflexion sur les **nouvelles pratiques de terrain** telles que l'interprétariat par téléphone ou en vidéo-conférence, en questionnant leurs limites et avantages.
- ⇒ De manière plus globale, assurer **une meilleure information** sur les divers projets concernant la prise en charge de ce public spécifique initiés sur le territoire wallon et ce auprès de l'ensemble des professionnels du secteur. Cela pourrait passer par une réflexion sur la façon dont les projets sont communiqués aux services prenant en charge le public migrant (entendu dans le cadre de la santé ou de l'intégration sociale (*formation en FLE; etc.*)). Une telle démarche pourrait se faire selon différentes modalités, par exemple dans le cadre de rencontres ponctuelles et/ou via un mailing.
- ⇒ Initier et mettre en œuvre le partage d'expérience des équipes afin que tous les acteurs de terrain puissent s'en inspirer. Proposer dans ce cadre, des outils relatifs à la communication sur la santé mentale, l'accueil (bienveillant) de la souffrance de ce public spécifique à tout professionnel qui le nécessite dans sa pratique et plus particulièrement aux intervenants sociaux travaillant avec des personnes étrangères ou d'origine étrangère (assistants sociaux dans les centres d'accueil, formateurs en français langue étrangère, etc.). A cette fin, il pourrait être utile de **répertorier l'ensemble des guides existants à destination des professionnels et de voir dans quelle mesure et de quelle manière en permettre une meilleure diffusion auprès des professionnels concernés**.
- ⇒ Concevoir et mettre régulièrement à jour **une cartographie des aides psychologiques**

disponibles pour un public migrant afin d'avoir une vision plus claire du réseau (services spécialisés, services généralistes, psychologues en hôpitaux, psychologues privés, etc.)

- ⇒ Pour répondre à la demande de soutien et de conseil des professionnels identifiés dans le cadre de la recherche, la **mise en place d'actions de sensibilisation et d'appui pourrait être envisagée de manière plus systématique**. Le public visé serait celui des formateurs en français langue étrangère ou des professionnels du champ social, de l'asile et de la migration. L'appui pourrait prendre la forme de supervisions ou de sessions de formation/information.

- ⇒ Au regard de la perception bien souvent mal connue ou négative du rôle du psychologue, un **travail d'information et de communication autour du suivi psychologique** pourrait être mis en place à destination des personnes migrantes présentes sur le territoire wallon. A travers des témoignages, une brochure ou autre support jugé adéquat, l'objectif serait d'expliquer : *Qu'est-ce qu'un psychologue ? Que fait-il ? De quelle manière ? En quoi peut-il être utile ?* Rappelons que nos entretiens nous indiquent que c'est le terme « psychologue » qui est connoté négativement et non le soin et la prise en charge. Il y a donc un travail de sensibilisation à faire avec le public migrant pour qu'il puisse - dans le meilleur des cas - parvenir à formuler une demande d'aide de façon claire et décodable pour les professionnels du secteur ou qu'il ait accès à des espaces perçus et identifiés comme moins inquiétants afin d'y déposer ses questionnements. A cet effet, soutenir le développement d'une communication nuancée et qui ne stigmatise pas autour des troubles psychiques viendrait utilement compléter cette piste d'action.

- ⇒ Au vu des nombreux questionnements apparus autour du public « enfant » et plus spécifiquement des « Mineurs Etrangers Non Accompagnés », la poursuite d'une réflexion avec des familles³¹, enfants et jeunes (**Mineurs accompagnés et non accompagnés**) pourrait s'avérer intéressante. Ainsi, tout comme nous l'avons réalisé dans la présente recherche, nous pourrions déterminer les difficultés, besoins, et ressources spécifiques de ce public.

Autant de pistes à creuser dans le cadre de la Concertation mise en place avec les équipes Exil, grâce au soutien de la Wallonie et de la Fondation Roi Baudouin.

³¹ La question des familles et de leur composition dans le cadre de trajectoires migratoires constitue un sujet de préoccupation important notamment pour les équipes « Exil ». La famille étant à la fois source de tracas et ressource sur laquelle s'appuyer.

Annexe A- La migration en question

Pour rappel, les équipes des initiatives spécifiques « Exil » s'adressent aux populations étrangères ou d'origine étrangère qui recouvrent différents cas de figure : les demandeurs d'asile, les illégaux, les étrangers régularisés et les descendants des migrants. Cette population renvoie à de nombreux statuts et concepts auxquels sont liés autant de motifs migratoires. Tous les usagers de ces services présentent des difficultés en lien avec le parcours de vie d'immigré. Il s'agit d'hommes et de femmes de tous âges.

Il est intéressant de définir un peu mieux ce que recouvre le terme « population étrangère ou d'origine étrangère ». Quels concepts, statuts et motifs migratoires se cachent derrière ce public-cible des initiatives spécifiques de SSM et initiatives psychosociales « Exil » ? En d'autres mots : « de qui parle-t-on lorsque l'on évoque cette population ? ».

a) L'étranger

Définition technique :

*Elle relève du registre juridique : celui qui n'a pas la nationalité du pays où il réside*³².

Définition du sens commun :

*Celui qui n'appartient pas à la communauté nationale ou à une autre communauté (régionale, locale, villageoise...) ou qui ne semble pas lui appartenir à cause de ses caractéristiques, quelles qu'elles soient (physiques, langagières, vestimentaires, religieuses...)*³³.

Définition sociologique :

Selon Dornel, « *Ce qui définit l'étranger, c'est sa non-appartenance à un espace d'interconnaissance considéré, cet espace pouvant être géographique ou social* », « *ou encore psychique* » rajoute Bonneville³⁴.

b) L'exilé, l'immigré, le migrant³⁵

« *Une personne **exilée** est une personne qui a quitté sa patrie volontairement ou sous la contrainte* ».

« *Un **immigré** est une personne née étrangère à l'étranger et entrée en Belgique en cette qualité en vue de s'établir sur le territoire belge de façon durable. Cette personne a pu, au cours de son séjour en Belgique, acquérir la nationalité belge* ».

« *Le terme de **migrant** est plus large que celui d'immigrant ou d'émigrant, puisqu'il se réfère à une personne qui se déplace soit d'un pays à un autre, soit d'une région à une autre (au sein de son propre pays) pour s'y établir* ».

³² Brigitte Fichet, « Etrangers et immigrants, deux termes problématiques », *Revue des sciences sociales de la France de l'Est*, n° 20, 1993, pp. 112-117.

³³ Idem

³⁴ BONNEVILLE A. *et al.*, « quand la question de l'interculturel fait retour à la clinique... Eléments pour une rencontre de l'autre », in *Psychothérapies*, 2010, vol. 30, p. 5.

³⁵ Centre Primo-Levi : <http://www.primolevi.org/actualites/dossier-special-journee-des-migrants.html>

c) Les Primo-arrivants

La Région Wallonne a présenté une définition des primo-arrivants dans le projet de décret pour un parcours d'intégration des primo-arrivants sur son territoire.

*« Les personnes étrangères qui séjournent en Belgique **depuis moins de 3 ans** et qui disposent d'un titre de séjour **de plus de 3 mois**, à l'exception des citoyens d'un Etat membre de l'Union européenne, de l'espace économique européen et de la Suisse, et des membres de leurs familles.»*

Le terme primo-arrivant peut correspondre à différents types de situations, pour autant qu'elles rejoignent les conditions précitées, et inclure par ce fait:

- des migrants arrivés par regroupement familial ;
- des travailleurs (bien qu'ils ne soient en principe pas visés par le parcours d'intégration, nombre d'entre eux bénéficient de dispenses) ;
- des étudiants (s'ils n'ont pas obtenu de diplôme en Belgique) ;
- des réfugiés reconnus ;
- et des personnes dont le séjour temporaire a été « régularisé ».

Ces catégories sont à titre d'exemples et ne sont pas figées. Une liste des dispenses est mentionnée dans le décret³⁶.

Le terme « primo arrivants », tel que défini par la Région wallonne recouvre différentes catégories de population et différents statuts. Cette définition ne reprend pas, quand bien même le terme le laisse penser, les demandeurs d'asile ou les personnes en attente de régularisation de leur demande de séjour.

d) Les demandeurs d'asile³⁷

« Tout étranger qui a fui son pays parce que sa vie ou son intégrité y était menacée, et qui craint d'y retourner, peut demander une protection et un droit de séjour à la Belgique, c'est-à-dire, « demander asile » ».

La loi Belge prévoit deux statuts de protection :

1. Le statut de réfugié, selon la Convention de Genève et l'article 48/3 de la loi du 15-12-1980 ;
2. La protection subsidiaire selon l'article 48/4 de la loi du 15-12-1980.

d.1. Le statut de réfugié :

« Un réfugié est une personne qui se trouve hors de son pays d'origine et qui craint avec raison d'être victime de persécutions, et qui ne peut ou ne veut, du fait de cette crainte, obtenir la protection des autorités de ce pays.

La convention de Genève énonce 5 motifs de persécutions qui peuvent donner lieu à la reconnaissance de statut de réfugié :

³⁶ <http://socialsante.wallonie.be/?q=news-parcours-integration-accueil-primo-arrivants>

³⁷ Selon le *Guide de la procédure d'asile en Belgique*. (2008) Bruxelles, Coordination et Initiative pour Réfugiés et Etrangers (CIRE), pp. 8-9.

- *La race ;*
- *La nationalité ;*
- *La religion ;*
- *L'appartenance à un certain groupe social ;*
- *Les opinions politiques ».*

« Un réfugié est donc une personne dont la demande d'asile a été acceptée par la Belgique parce qu'il y a de fortes présomptions de craindre pour sa vie s'il retourne dans son pays. On parle dans ce cas de réfugié reconnu³⁸. »

Remarque :

« Au niveau mondial, la notion de réfugié englobe tant les personnes qui se sont vu octroyer ce statut au terme d'une procédure d'asile que celles qui ont quitté leur pays d'origine dans le cadre d'un déplacement massif de population³⁹. »

d.2. La protection subsidiaire :

§ 1 : « le statut de protection subsidiaire est accordé à l'étranger qui ne peut être considéré comme un réfugié et qui ne peut pas bénéficier de l'article 9 ter, et à l'égard duquel il y a des sérieux motifs de croire que, s'il était renvoyé dans son pays d'origine ou, dans le cas d'un apatride, dans le pays dans lequel il avait sa résidence habituelle, il en encourrait un risque réel de subir les atteintes graves visées au paragraphe 2, et qui ne peut pas ou, compte tenu de ce risque, n'est pas disposé à se prévaloir de la protection de ce pays et ce, pour autant qu'il ne soit pas concerné par les clauses d'exclusion visées à l'article 55/4 ».

§ 2 : « ces atteintes graves sont définies comme :

- *La peine de mort ou l'exécution ;*
- *La torture ou les traitements ou sanctions inhumains et dégradants du demandeur dans son pays d'origine ;*
- *Les menaces graves contre la vie ou la personne d'un civil en raison d'une violence aveugle en cas de conflit armé intense ou international ».*

Lorsqu'elle arrive en Belgique, la personne qui demande asile, s'adresse à l'Office des Etrangers (OE), qui enregistre sa demande d'asile et la transmet au Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA). Tout le temps que dure sa procédure d'asile (qui peut durer entre 2 mois et 4 ans), le demandeur d'asile reçoit une « **aide matérielle**⁴⁰ ». La personne est accueillie dans un « centre d'accueil » communautaire (Fedasil ou Croix Rouge) ou en individuel (Initiative Locale d'Accueil (ILA) d'un CPAS). Si au terme de la procédure, la personne obtient le statut de réfugié, c'est à dire reçoit la protection, celle-ci quitte la

³⁸ <http://www.croix-rouge.be/activites/solidarite/asile-et-migration/immigrationc2a0-quelques-definitions/> consulté le 24/11/14

³⁹ *Rapport statistique et démographique 2013 : Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique*. Op cit., p. 67.

⁴⁰ « La loi du 12 janvier 2007, plus communément appelée "loi accueil", prévoit une aide matérielle comprenant 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. » <http://fedasil.be/fr/content/cadre-legal>: consulté le 28-11-14

structure d'accueil et a droit à l'aide sociale, a le droit de travailler, le droit à la mutuelle.

Le bénéficiaire de la protection subsidiaire est inscrit au registre des étrangers et admis au séjour limité. Il se voit délivrer un titre de séjour valable un an, prorogeable et renouvelable, sous la forme d'un certificat d'inscription au registre des étrangers (CIRE). A l'expiration d'une période de cinq ans à dater de la demande initiale, un séjour à durée illimitée est reconnu.

Durant le séjour limité, le permis de séjour peut être retiré à tout moment en cas de cessation de la protection subsidiaire ou d'exclusion de la protection subsidiaire.

Le statut de protection subsidiaire qui est accordé à un étranger cesse lorsque les circonstances qui ont justifié l'octroi de cette protection cessent d'exister ou ont évolué dans une mesure telle que cette protection n'est plus nécessaire. Il s'agit de s'assurer que le changement des circonstances a un caractère suffisamment profond et n'est pas temporaire. Durant les dix premières années de séjour – à dater de l'introduction de la demande d'asile - et même si le séjour est devenu illimité, la protection peut être retirée à tout moment en cas de fraude⁴¹.

Tout au long de sa **procédure d'asile**, la personne a droit à l'assistance d'un avocat et d'un travailleur social de la structure d'accueil. Elle a droit aux soins médicaux et aux soins psychologiques. Après six mois de procédure d'asile, la personne a, en principe, le droit de travailler (permis C). Après quatre mois de vie dans un centre communautaire, la personne a, en principe, droit à un logement plus individualisé dans une ILA d'un CPAS. Cependant, en pratique, ce délai dépasse souvent un an pour les personnes seules.

e) Demandeur d'asile débouté

Les « déboutés » de l'asile sont les personnes dont la demande d'asile n'a pas été acceptée. Ils reçoivent l'ordre de quitter le territoire (OQT). Bien qu'une part d'entre eux retourne effectivement dans son pays d'origine, les autres :

- Tentent de demander l'asile dans un autre pays de l'Union Européenne ;
- Refont une demande d'asile sur base d'éléments nouveaux ;
- Tentent d'obtenir une autorisation de séjour auprès de l'Office des Etrangers pour raisons médicales ou humanitaires (demande de régularisation du séjour) ;
- Deviennent illégaux.

Ces différentes solutions pour rester sur le territoire ne sont pas exclusives : une nouvelle demande d'asile peut-être entamée en parallèle d'une demande de régularisation de séjour. Lors du traitement de la recevabilité de la demande de régularisation pour motifs médicaux, la personne est considérée comme illégale.

⁴¹ http://www.adde.be/J_15/index.php?id=84&option=com_content&task=view

f) MENA (Mineur étranger non-accompagné)

Définition du MENA⁴² (art. 5 Loi-programme du 24/12/2002)

« Toute personne:

- de moins de dix-huit ans ;
- non accompagnée par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle en vertu de la loi nationale du mineur ;
- ressortissante d'un pays non membre de l'Espace économique européen ;
- et étant dans une des situations suivantes :
 - soit, avoir demandé la reconnaissance de la qualité de réfugié ;
 - soit, 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 ».

« Tous les mineurs qui répondent aux critères définis dans la circulaire du 23/04/2004 doivent être signalés à l'Office des Etrangers au moyen de la fiche « mineur étranger non accompagné ».

« En fonction de sa situation, le MENA pourra entamer toutes les procédures prévues par la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, par exemple :

- 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.

Cependant, en vertu des instruments internationaux qui lient la Belgique, une protection particulière doit être offerte aux MENA. La loi du 15 décembre 1980 prévoit donc un statut de séjour spécifique pour le MENA »⁴³.

g) Les personnes sans séjour légal

« Les sans-papiers (ou clandestins) sont les personnes qui séjournent en Belgique sans titre de séjour valable. Soit elles y sont arrivées sans statut de séjour légal (...), soit leur demande d'asile en Belgique a été rejetée, ou encore elles séjournent en Belgique au-delà de l'échéance d'un titre de séjour à durée limitée. Ces personnes ont reçu l'ordre de quitter le territoire (OQT) et peuvent être détenues en centre fermé en attendant l'exécution effective de la mesure d'éloignement. Les sans-papiers peuvent parfois vivre des années en Belgique (...) avec des droits très limités : ces personnes ne peuvent pas travailler légalement, ont un accès limité à

⁴² Direction générale Office des étrangers :

<https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/FR/Guidedesprocedures/Pages/Mineur%C3%A9trangernonaccompagn%C3%A9.a.spx> consulté le 9/01/15

⁴³ Pour plus d'informations sur la procédure que doit suivre les MENA : Association pour le droit des étrangers : http://www.adde.be/J_15/index.php?option=com_content&view=article&id=86:mineur-etranger-non-accompagne&catid=148:mineurs-etrangers#Qui?

l'aide médicale (AMU⁴⁴) et ne peuvent bénéficier du soutien d'un CPAS. Plusieurs ONG et des avocats pro deo travaillent pour ce public, notamment pour lui apporter une aide sociale, médicale ou juridique⁴⁵ ». Les trois services « Exil » travaillent également avec ce public.

h) Migrant économique

« Un migrant économique est une personne qui a quitté son pays de plein gré en quête de conditions de vie meilleures et qui, s'il choisit d'y retourner continue de jouir de la protection de son gouvernement⁴⁶ ».

Un migrant économique peut donc arriver sur le territoire avec un titre de séjour valable, un visa touristique par exemple, et, lorsque celui-ci expire, devenir illégal.

Pour en savoir plus :

Afin d'y voir plus clair, diverses ressources proposent des lexiques catégorisant cette population « migrante » hétéroclite :

- Amnesty International, novembre 2016, 10 préjugés sur la migration : Arrêtons de croire n'importe quoi ! – Nouvelle Edition, disponible en ligne : < url : <https://www.amnesty.be/camp/asile/prejuges/article/10-prejuges-sur-la-migration-nouvelle-edition> >
- CNCD-11.11.11, avril 2017, Pour la Justice Migratoire. Dossier de campagne disponible en ligne : < url <http://www.cncd.be/pour-la-justice-migratoire-dossier-de-campagne-2017> >
- Myria, 2015, Myriatics#2, Immigré, Etranger, Belge d'origine étrangère : de qui parle-t-on ?, disponible en ligne : < url : http://www.myria.be/files/Myriatics2_layout.pdf >
- Bivort, C., 2015, Etat des lieux : initiatives spécifiques « Exil », CRéSaM, « *Présentation du public fréquentant les services* », pp.14-20, disponible en ligne : < url : http://www.cresam.be/IMG/pdf/rapport_cresam_exil_2015_clb.pdf >
- Institut Provincial d'Orientation et de Guidance, Clinique de l'Exil, Province de Namur, 2015, L'accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés. Repères pour les professionnels de la santé mentale, Aspect juridique, pp.13-18, Disponible en ligne : < url : https://www.province.namur.be/documents/fichier/1/551/20150630_110631ci_re.pdf >

⁴⁴ « Toute personne en séjour illégal et ne disposant pas de moyens financiers pour payer elle-même ses frais médicaux peut demander au CPAS de son lieu de séjour de prendre ces frais en charge. La procédure appliquée dans pareil cas s'appelle 'procédure de l'Aide Médicale Urgente (AMU) pour personnes en séjour illégal'. » <http://www.medimmigrant.be/?idbericht=50&idmenu=3&lang=fr> consulté le 28-11-14

⁴⁵ GODENIR A., MOTTIN M., STORME A., (2012) « Les Primo-arrivants : qui sont-ils et quelle place ont-ils dans les politiques d'alphabétisation ? », Lire et Ecrire en Wallonie, p. 4.

⁴⁶ <http://www.croix-rouge.be/activites/solidarite/asile-et-migration/immigrationc2a0-quelques-definitions/> consulté le 24/11/14

Annexe B - Centres d'accueil en Wallonie

Liste des centres d'accueil contactés et parfois visités dans le cadre de la présente recherche. Notons que le réseau d'accueil belge compte 63 centres ouverts pour demandeurs d'asile en date du 3 avril 2017.

<u>Centres fédéraux directement gérés par Fedasil en Wallonie</u>	<u>Centres gérés par la Croix-Rouge francophone et situés en Wallonie</u>
<p><u>Province du Luxembourg</u> Centre fedasil de Bovigny</p> <p><u>Province de Namur</u> Centre fedasil de Florennes Centre fedasil de Pondrôme Centre fedasil de Sugny</p> <p><u>Province du Brabant-Wallon</u> Centre fedasil de Jodoigne Centre fedasil de Rixensart</p> <p><u>Province du Hainaut</u> Centre fedasil de Charleroi Centre fedasil de Morlanwelz</p>	<p><u>Province de Liège</u> Centre Croix-Rouge de Ligneuville Centre Croix-Rouge de Fraipont Centre Croix-Rouge de Banneux Centre Croix-Rouge de Ans Centre Croix-Rouge de Bierset – Campos « L'envol » Centre Croix-Rouge de Bierset – Carda Centre Croix-Rouge d'Eupen</p> <p><u>Province du Luxembourg</u> Centre Croix-Rouge de Herbeumont Centre Croix-Rouge de Sainte-Ode Centre Croix-Rouge de Beho-Gouvy Centre Croix-Rouge de Manhay Centre Croix-Rouge de Hotton Centre Croix-Rouge de Rendeux Centre Croix-Rouge de Barvaux</p> <p><u>Province de Namur</u> Centre Croix-Rouge d'Oignies-en-Thierache Centre Croix-Rouge de Natoye Centre Croix-Rouge de Belgrade Centre Croix-Rouge d'Yvoir – « Bocq » Centre Croix-Rouge d'Yvoir – « Pierre Bleue »</p> <p><u>Province de Liège</u> Centre Croix-Rouge de Manderfeld Centre Croix-Rouge de Nonceveaux</p> <p><u>Province du Hainaut</u> Centre Croix-Rouge de Tournai</p>

Annexe C - Guide d'entretien

	Sections	
1	Présentation de l'interviewer Présentation de la recherche et de son contexte	<p>Ma présentation Explication du motif de ma présence (CRéSaM et objectif de la recherche)</p> <p>Modalités pratiques Nécessité d'enregistrer les échanges pour le besoin de l'analyse Explication de l'utilisation des données récoltées (anonymat et confidentialité) Possibilité d'arrêter l'enregistrement ou l'échange à tout moment si les répondants le souhaitent</p> <p><i>+ Réponses aux questions éventuelles des répondants</i></p>
2	Caractéristiques générales du répondant	<p>Quel âge avez-vous ? De quel pays venez-vous ? Depuis combien de temps êtes-vous en Belgique ? Situation administrative actuelle Niveau d'éducation</p>
3	Parcours d'exil	<p>Que pouvez-vous me dire sur votre départ du pays d'origine ? Dans quelles circonstances votre départ s'est-il fait ? Raisons du départ ? Comment s'est passé votre arrivée en Belgique ? Quel a été le premier ressenti ? Quelles ont été les premières impressions ? Depuis l'arrivée en Belgique quel rapport est-ce que vous entretenez avec le pays d'origine ? Quel type de contact ? Avec qui ? A quelle fréquence (parfois; régulièrement) ? Avez-vous de la famille, des connaissances en Belgique ?</p>
4	La vie au pays d'origine	<p>Conditions de vie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Possibilité 1 : Centre d'accueil / ILA - Possibilité 2 : Hors d'un centre <p>Situation familiale actuelle Les études et le travail</p>
5	La vie en Belgique depuis l'arrivée	<p>Conditions de vie en Belgique (Quotidien – emploi (si emploi il y a), vie de famille, support social rassurant, source de revenu, etc.)</p>

6	Difficultés et problèmes rencontrés en Belgique	<p>Possibles problèmes et difficultés rencontrés de manière générale (en Belgique)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les difficultés auxquelles vous avez dû faire face depuis votre arrivée en Belgique ? - De quel ordre était ces difficultés (financières, idéologiques, de santé..) ? <p>Possibles éléments de stress au quotidien, problèmes de santé, etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Si stress, de quel type ? Quel en est la ou les causes ?</i>
7	Gestion des problèmes et difficultés en Belgique	<p>Nous venons d'évoquer des problèmes et difficultés que vous avez rencontrés. Comment les avez-vous surmontées ? Vous a-t-on aidé ? Si oui, qui (institution, personne, fonction (AS, psy, ...))?</p> <p>Lorsque vous aviez des difficultés au pays comment faisiez-vous pour y faire face ? Généralement, à qui parlez-vous de vos problèmes quand vous en avez ? Avez-vous des personnes autour de vous à qui vous pouvez parler de vos difficultés ? Qui sont-elles ? Quand vous faite appel à ces personnes vous sentez-vous écouté ? Si oui, qu'est-ce que favorise cette écoute ? Si non comment l'expliquez-vous ?</p> <p>Avez-vous déjà consulté un médecin depuis votre arrivée en Belgique ? Avez-vous eu des difficultés à faire appel à un médecin? Si oui, pourquoi ? Trouvez-vous généralement l'aide que vous souhaitez, ici en Belgique ?</p>
8	Rapport au suivi psy et au travail du psychologue	<p>Savez-vous ce qu'est un psychologue ?</p> <p>Connaissez-vous des personnes qui sont allé voir un psychologue ?</p> <p>Pourriez-vous me décrire son travail ?</p> <p>Son travail vous semble-t-il utile ? Si oui, pourquoi, si non, pourquoi ?</p> <p>Pensez-vous que vous pourriez faire appel à un psychologue ? Si oui, savez-vous à qui (personne, service) vous adresser ? Si, non savez-vous à qui (personne, service) vous adresser ?</p> <p>Dans le cas où vous connaissez quelqu'un qui a déjà été consulter un psychologue : Pourriez-vous faire de même ? si oui, pourquoi ? si non, pourquoi ?</p> <p>Depuis que vous êtes arrivé en Belgique, avez-vous déjà envisagé d'aller voir un psychologue ?</p> <p>Pensez-vous que le fait d'aller voir un psychologue revient à aller voir un médecin ?</p> <p>Quels sont les principaux freins qui vous empêchent d'aller voir un psychologue ?</p>
9	<p>Activités qui favorisent le bien-être</p> <p>Projets d'avenir</p>	<p>Quelles sont les activités qui aujourd'hui vous apportent un bien-être ? Vous font vous sentir bien ? Pour quelles raisons ?</p> <p>Quelles sont les personnes dans votre entourage ou plus largement en Belgique qui vous font vous sentir bien ? Pour quelles raisons ?</p> <p>Quels sont vos projets ?</p> <p>Qu'aimeriez- vous bien faire dans le futur proche ?</p>

Annexe D - Repères théoriques

Cette 4^{ème} annexe est constituée d'une série de références bibliographiques et de résumés de recherches portant sur la thématique de l'accueil, l'accompagnement psychosocial et thérapeutique des migrants (demandeurs d'asile, mineurs non accompagnés, réfugiés, primo-arrivants).

Se basant sur l'importance de la documentation rassemblée par Paul Jacques, psychologue à « Clinique de l'Exil » (Namur), cette section, loin d'être exhaustive constitue la base de travail qui nous a permis de construire notre chapitre I – Approche théorique.

Le répertoire présenté ci-dessous pourra ainsi constituer un point de départ intéressant pour toute personne souhaitant développer la question de manière plus approfondie.

Clinique de l'exil - Service de Santé Mentale spécialisé - Province de Namur
Auto-évaluation du service

FER 2004

L'évaluation du service de santé mentale spécialisé « Clinique de l'exil », réalisée en 2004 avait pour but de situer l'impact de l'action du service sur base de l'opinion exprimée par les réfugiés eux-mêmes. La question de recherche était la suivante : « *Après quatre années de fonctionnement, comment évaluer les attentes des services existants en matière d'aide psychologique aux réfugiés, ainsi que celles des réfugiés eux-mêmes ?* »

Cette évaluation a permis d'obtenir un feed-back sur la manière dont les services collaborateurs de la « Clinique de l'Exil » perçoivent leur offre de service par rapport à leurs besoins respectifs. Il s'agissait aussi d'évaluer l'accessibilité aux soins en santé mentale des migrants en général, et à partir de là, évaluer l'accessibilité du service situé à Namur. Ainsi la question suivante fut posée : « De quelle manière le service s'inscrit-il dans le réseau namurois, et quelle adéquation entre ce que fait le service et les besoins, tant des services envoyeurs que des réfugiés eux-mêmes ? ».

L'idée était d'approcher les services de 1^{ère} ligne et la population migrante pour mieux connaître leur perception des difficultés et ressources rencontrées et ainsi contribuer à renforcer les solutions que ceux-ci ont déjà pu mettre en place. Afin de situer au mieux l'action du service, le but était d'avoir une meilleure connaissance des besoins psychosociaux des demandeurs d'asile et/ ou réfugiés tels qu'ils sont identifiés par :

- le personnel des centres d'accueil et ILA ;
- les CPAS ;
- les services de soins en santé mentale généralistes ;
- les services de soins en santé mentale spécialisés dans le travail avec les migrants ;
- et, surtout, par les demandeurs d'asile recevables et réfugiés, eux-mêmes.

Groupe cible :

- Réfugiés ;
- Professionnels de 1^{ère} ligne ;
- Professionnels de santé mentale.

Méthode :

Evaluation du travail à la lumière d'une série d'indicateurs : objectifs atteints, groupe-cible efficacité, la pertinence, l'aspect novateur, projet additionnel, incidence, pérennisation, partage d'expérience, participation des usagers, etc.

Questionnaire disponible: oui

Clinique de l'exil - Service de Santé Mentale spécialisé - Province de Namur
Evaluation de l'accompagnement psychosocial de femmes primo-arrivantes

FER 2007

En 2006-2007, l'équipe de la « Clinique de l'exil » a tenté d'identifier et de comprendre les facteurs qui influencent la santé mentale de femmes migrantes demandeurs d'asile arrivées récemment en Belgique et ayant fréquenté leur service. A travers des entretiens avec ces femmes seules ou avec enfants et en fonction du profil sociodémographique de la personne ainsi que de leur vécu pré et post migratoire, différents objectifs ont été ciblés :

- mieux cerner quelle a été l'évolution clinique tout au long du programme d'aide et d'accompagnement
- évaluer l'impact de notre intervention sur l'évolution de la personne
- identifier les facteurs qui ont permis à la personne de s'en sortir.

Groupe cible :

Un groupe de 80 femmes a été suivi dans le service. Ces dernières étaient en procédure d'asile ou reconnues réfugiées. 80% d'entre elles étaient donc accueillies en Centre d'accueil pour demandeurs d'asile ou en Initiative locale d'accueil (ILA) d'un CPAS.

Méthode :

Suivi des patients en cours et feed-back en équipe.

Canevas portant sur les points particuliers pour l'évaluation du travail clinique en cours et effectué et pour l'analyse des facteurs contextuels qui influencent la santé. Pour chaque patiente du groupe cible, les items suivants ont été enregistrés en format « Excel » et ont fait l'objet d'une analyse détaillée avec le thérapeute pendant et après le suivi:

⇒ *Pour l'analyse du « Profil sociodémographique »:*

- l'origine nationale ou l'appartenance ethnique ;
- la langue maternelle ;
- la langue utilisée pour les entretiens et l'aide éventuelle d'un interprète ;
- le rôle que la religion occupe dans la vie de la personne ;
- qui a adressé la demande d'aide ;
- à quel stade de la procédure se trouve la personne ou quel est son statut de séjour sur le territoire ;
- s'agit-il d'une femme seule et/ou une mère avec enfants et combien ;
- l'état civil et la place de l'époux ;
- l'âge ;
- le niveau de scolarisation.

⇒ *Pour le « Profil clinique »:*

le vécu pré migratoire et les plaintes et souffrances alléguées, et/ou le psycho traumatisme éventuel.

- ⇒ Ensuite *la « nature de l'intervention »* a également été évaluée à travers les items suivants : Suivi commencé depuis x temps ; Y a-t-il eu un travail en équipe ? A ton fait un ou des rapports médico-psychologiques dans le cadre des procédures ? Quel travail en réseau ? Quelle est l'issue de notre intervention et quel bilan le patient en fait-il ou en a-t-il fait ? Dans notre intervention comment peut-on qualifier la nature du lien thérapeutique? Sur quel aspect primordial de la vie de la personne le travail thérapeutique ou d'accompagnement a-t-il principalement porté ?
- ⇒ Pour conclure, *la dimension « Intégration »* fut également questionnée via une analyse de : Insertion socioprofessionnelle ; existence ou non d'un support social et/ou communautaire ; contacts ou non avec la famille au pays d'origine. Nous avons analysé le processus d'intégration dans les premiers mois et les premières années de séjour en Belgique, ainsi que les facteurs qui facilitent celui-ci et dégager ce qui a permis à ces femmes de se reconstruire.

Clinique de l'Exil- Service de Santé Mentale spécialisé - Province de Namur
Rédaction d'un guide pratique et enquête sur les soins en santé mentale aux réfugiés et demandeurs d'asile en provinces de Namur et Luxembourg

FER 2008

Rédaction d'un guide pratique sur l'accompagnement psychosocial des réfugiés et demandeurs d'asile.

Dans ce but, enquête préalable sur la manière dont le réseau namurois et luxembourgeois des équipes de soins en santé mentale, hospitaliers et ambulatoires, s'est organisé autour de la question de la prise en charge juridico-médico-psycho-sociale des demandeurs d'asile et réfugiés.

Groupe cible : les professionnels en santé mentale

Méthode :

Un questionnaire adressé aux différents services de soins en santé mentale ambulatoire et résidentiel (Provinces de Namur et Luxembourg) visant à décrire la pratique clinique et sociale du service avec le public des personnes d'origine étrangère, des demandeurs d'asile, réfugiés ainsi que les constats et questions éventuels que ce travail amène au sein de leur équipe.

Sur base des réponses aux questionnaires nous avons rédigé un avant-projet du guide pratique.

L'avant-projet de guide a été envoyé aux équipes.

Une rencontre avec les équipes pour faire part des résultats de l'enquête et pour recueillir leurs commentaires au sujet du projet de guide.

Rédaction définitive et diffusion.

Questionnaire disponible: oui

< url : https://www.province.namur.be/documents/fichier/1/551/20150630_110631cire.pdf >

Racines aériennes / Tabane

Quel accompagnement pour les demandeurs d'asile à la sortie des structures d'accueil ?

FER 2005

Réalisation d'un état des lieux sur la manière dont le demandeur d'asile est accompagné lors de la transition entre la fin de l'aide matérielle dans une structure d'accueil et l'installation effective dans son nouveau pays. Volonté d'identifier chez les professionnels les représentations qu'ils ont de leurs missions, de leurs objectifs, de leur rôle auprès des demandeurs d'asile. Recueil d'information sur les besoins et les manques

Groupe cible : Professionnels des structures d'accueil, professionnels des CPAS, professionnels des services sociaux spécialisés, personnes demandeuses d'asile.

Méthode :

Interview en face à face à l'aide d'un questionnaire :

- avec 11 professionnels des structures d'accueil (recueil d'information relative à l'aide proposée durant le séjour de la personne en structure d'accueil, difficultés rencontrées, ressources identifiées, représentations que les professionnels ont de l'autonomie et des initiatives dont font preuve les résidents, aide proposée lors du départ de la structure d'accueil, représentations que les professionnels ont de la relation avec les candidats réfugiés) ;
- avec 6 professionnels des CPAS (recueil d'information relative à l'aide à la prise en charge des demandeurs d'asile au sein des CPAS, spécificité du public des demandeurs d'asile, difficultés rencontrées dans la réalisation de l'accompagnement, collaboration entre le CPAS et d'autres services, représentations que les professionnels ont de la relation avec les candidats réfugiés) ;
- avec 4 personnes demandeuses d'asile (recueil d'information relative aux représentations que les candidats réfugiés ont de la prise en charge dont ils ont bénéficié durant leur séjour en structure d'accueil, accompagnement réalisé, informations obtenues, sentiment subjectif d'avoir reçu de l'aide et qualité des relations avec les professionnels, collaboration avec les services extérieurs, mise en contact avec d'autres professionnels, ..., support communautaire, préparation du départ, choix du lieu d'habitation, recherche de logement, démarches administratives, besoins et difficultés rencontrées, continuité des liens créés durant la période de séjour en structure d'accueil, ...)
- à 2 professionnels des services sociaux spécialisés (recueil d'information relative à la prise en charge dans le service, fonction, missions des intervenants, besoins identifiés et difficultés rencontrées, ressources, collaboration avec d'autres services ; point de vue personnel des intervenants, relation entretenue avec les demandeurs d'asile, comment améliorer la prise en charge.

Ulysse (Centre de Santé Mentale) – A. Van Oeteren – 2002
Recherche sur les besoins et ressources en région bruxelloise en matière de prise en charge psychosociale pour réfugiés/demandeurs d’asile

Cocof

Cette recherche, constitue un état des lieux sur les questions de l’accueil, de l’accompagnement psychosocial et de la prise en charge psychothérapeutique des réfugiés/demandeurs d’asile en région bruxelloise. Volonté de proposer de nouvelles initiatives d’actions.

Groupe cible : Les professionnels de l’accueil des demandeurs d’asile et les professionnels du secteur social ou de soins en santé mentale qui sont en contact régulièrement ou non avec des demandeurs d’asile.

Méthode :

- Identifier les facteurs susceptibles d’avoir un impact déstabilisant ou pathogène dans le vécu objectif et subjectif de l’expérience actuelle d’immigration, d’exil et de demande d’asile.
- Recueil de témoignages auprès de professionnels s’occupant de la gestion de cas individuels de demande d’asile via un questionnaire sur la qualité de la relation avec ce public, les difficultés rencontrées, les cas particuliers de malaises relationnels ou individuels, les solutions envisagées en matière de prise en charge psychosociale, leur connaissance du réseau et des partenaires susceptibles de prendre le relais face à des situations, leur appréciation sur le travail avec des partenaires-relais.
- L’enquête a été menée auprès de professionnels de l’aide psychosociale, psys et non psys, via un questionnaire sur les conditions de la prise en charge psychothérapeutique de personnes réfugiées, les spécificités du travail thérapeutique avec ce type de public, l’impact supposé des représentations socialement ou culturellement déterminées, le type de troubles rencontrés et leur fréquence, l’impact éventuel des modalités de la procédure d’accueil sur le bien-être psychique, l’efficacité de la prise en charge, l’existence d’un travail en réseau. Plus particulièrement, auprès des projets spécifiquement mis en place pour un public de réfugiés, les responsables thérapeutiques ont été interrogés sur le sens, les attentes et les résultats d’initiatives élaborées sur base des particularités du vécu de réfugiés

Thèmes abordés :

- Quand et à qui s’adressent les professionnels encadrant les réfugiés lorsqu’une intervention spécialisée en santé mentale leur semble indiquée ?
- Comment les réfugiés arrivent-ils à faire une demande « psy » ? Qui les envoie, quel est le réseau ? Pour quels motifs consultent-ils ?
- Particularités constatées, limites perçues, réserves ou critiques formulées dans le cadre de la collaboration entre spécialistes de l’encadrement des réfugiés et spécialistes en santé mentale ;
- Spécificités de la problématique des réfugiés en matière de santé mentale et perception du monde « psy » par les réfugiés ;
- Avis sur le traitement, la clinique avec les réfugiés ;
- Adaptation du cadre et clinique différentielle ;

- Influence potentielle de la différence de vécu, de représentations ou de référents culturels sur les modalités et le contenu de la prise en charge ;
- La différence de langue et l'intervention d'un interprète dans la prise en charge ;
- Impasses rencontrées dans la prise en charge, et leurs déterminants ;
- Initiatives de soutien et de prise en charge psycho-sociales extérieures au champ de la santé mentale proprement dit ;
- L'aide psychosociale aux clandestins et aux illégaux : particularités de leur situation, de leur problématique et des modes d'intervention ;
- Constats d'un manque, réflexions, expression de réserves ; idées, propositions d'initiatives, de solutions à développer.

SSM Le Méridien - NSHIMIRIMANA, L. (2001-2003)

L'accueil et l'accès aux soins des personnes migrantes en Belgique

Cocof

Réalisation d'une recherche visant à mieux cerner si les immigrés recourent ou non aux services de soins en santé mentale, s'ils pensent que cette offre est appropriée ou non à leur demande, s'ils ont été déçus ou satisfaits, ce qu'ils pensent des "psys" en général, ce qu'ils suggèrent pour améliorer de tels services.

Cette étude s'appuie sur l'analyse des déterminants de la santé mentale d'un groupe de migrants ; analyser la relation entre la santé mentale des immigrés et les difficultés éventuelles qu'ils rencontrent dans leur famille ou dans leur environnement social élargi, entre autre l'accès aux soins en santé mentale : que représente, pour les personnes migrantes, un service de santé mentale ? Comment appréhendent-elles les difficultés individuelles, familiales ou communautaires qui leur arrivent ? De quelle aide estiment-elles avoir besoin ? Qui, d'après eux, est qualifié pour la leur apporter ? Comment se représentent-elles nos services ? Qu'est-ce qu'elles en attendent ? Pour quelles difficultés ou souffrances, d'après eux, serions-nous qualifiés ? Pour celles qui ont déjà recouru à nos services, comment jugent-elles l'accueil et l'accompagnement reçu ? Que nous conseillent-elles d'améliorer ou d'introduire dans nos dispositifs ?

Groupe cible : Les migrants eux-mêmes (immigrés reconnus, exclus, sans-papiers)

Méthode :

Constitution d'un groupe enquêteur :

Personnes issues elles-mêmes, directement ou secondairement, de l'immigration (proximité de statut) et qui pouvaient parler "la langue" des immigrés provenant de leur aire culturelle d'origine (proximité culturelle et symbolique)) : Europe occidentale (Belgique 1) ; Europe de l'Est (Russie 1, Pologne 1); Asie (Iran 1, Cambodge 1); Afrique du Nord (Maroc 1), Afrique centrale (Burundi 2, Rwanda 1); Amérique Latine (République Dominicaine1, Pérou 2). Nous les avons d'abord rencontrés individuellement, et avons discuté ensemble de la recherche, ses objectifs, l'usage du guide d'entretien (qui a varié en fonction de la culture des immigrés). Nous les avons également rencontrés en groupe, après que chacun ait effectué son premier entretien, et nous avons repensé ensemble « les règles du jeu ».

Avec l'aide d'enquêteurs, nous avons recueilli auprès de 50 immigrés des significations, des

sentiments, des attentes et opinions relatives à leur santé mentale et à l'aide qu'ils ont trouvée, via des interviews en face à face

Canevas d'interview :

1. *Les caractéristiques spécifiques de la personne* (son patrimoine génétique, sa personnalité et son "sens de cohérence", les éléments marquants de son histoire, ses habitudes en matière d'hygiène de vie...);
2. *L'environnement* au sens large, ou la qualité du milieu de vie, aussi bien physique (climat, ressources naturelles, hygiène publique, espaces verts, parc immobilier, pollution, réseaux de communication...) que social (lois, institutions, traditions et normes organisant la vie et les interactions sociales);
3. *Les facteurs économiques*, les revenus, l'accès à l'emploi;
4. *Les facteurs sociaux*: le niveau social et culturel, *l'intégration* dans la société, l'appartenance à une catégorie socio-professionnelle;
5. *La famille* et la qualité des liens de ses membres, *le soutien fourni par l'entourage*, la présence d'amis et de support social;
6. *L'accès aux soins*, lui-même déterminé en grande partie par l'attitude vis-à-vis des soins disponibles, attitude souvent déterminée par la culture et l'éducation reçue;
7. La politique du pays en matière des soins (par exemple l'existence ou non d'une *protection sociale*, les efforts pour traduire dans les faits le droit à santé pour tous...);
8. La politique globale du pays en matière d'intégration des immigrés;
9. *Si un service ou une organisation se proposait de favoriser l'accueil et l'accès aux soins des personnes immigrées, quels conseils lui donneriez-vous ? A quoi devrait-il faire le plus attention ?*

SSM Le Méridien - NSHIMIRIMANA, L. 2004

La relation entre migration et santé mentale des jeunes immigrés

Cocof

Réalisation à travers cette recherche d'un coup de sonde dans le domaine de la santé mentale des jeunes immigrés. L'objectif principal de l'étude est l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants immigrés vivant en Belgique. Organisée par le service de Santé Mentale "Le Méridien", situé à Bruxelles, à Saint Josse, avec l'appui de la Communauté Française de Bruxelles, la recherche a consisté à rencontrer de nombreux jeunes immigrés afin de leur demander un éclairage sur les difficultés éventuelles qu'ils ont connues depuis qu'ils sont en Belgique. Le but est de chercher la meilleure façon d'aider les jeunes qui rencontrent les mêmes difficultés, et mieux encore, de prévenir ces difficultés avant qu'elles n'arrivent. Différentes questions sont ainsi posées : ces jeunes immigrés sont-ils vraiment en souffrance ? Plus que les jeunes belges de souche ? Si oui, de quelle nature est cette souffrance ? Est-elle à mettre sur le compte de l'exil ? Par quels processus ou facteurs ? Certaines expressions de souffrance seraient-elles plus présentes que d'autres ? Comment ces jeunes perçoivent-ils eux-mêmes leur situation ? Quelles solutions suggèrent-ils comme pouvant avoir du sens à leurs yeux ? Que peut-on proposer aux décideurs politiques pour prévenir ces souffrances et promouvoir la santé mentale des enfants immigrés ?

Groupe cible :

Jeunes ayant rencontré une difficulté importante (scolaire, trouble psychique, juridique, drogue, violence...), entre 12 et 18 ans, qui soit ont vécu le processus migratoire en compagnie de leurs parents (nés ailleurs), soit sont nés en Belgique de parents migrants ou demandeurs d'asile.

Méthode :

Entretiens par interview en face à face à l'aide d'un guide d'entretien, recueil auprès de jeunes immigrés en souffrance actuellement, ou ayant traversé une période de souffrance, de la perception qu'ils ont eux-mêmes de ce qu'ils ont vécu, et des réponses qu'ils ont eu ou auraient souhaité obtenir.

Guide d'entretien disponible : oui

Pascale Jamoulle et Jacinthe Mazzocchetti

Adolescences en exil

Academia, coll. « Anthropologie prospective », 2011

Enquête de terrain réalisée à Bruxelles dans des quartiers défavorisés, auprès d'adolescents migrants ou descendants de migrants. Il s'agit d'une enquête ethnographique sur plusieurs axes :

- Une ethnographie du phénomène de bandes urbaines ;
- Une radiographie d'une des premières émeutes ethniques de Bruxelles ;
- Une enquête dans les écoles, avec l'aide des agents médico-sociaux et des enseignants de français, pendant un à trois ans. L'objectif était de mettre les jeunes en recherche sur leur vision de la ville, du quartier et de la famille. Recherche pas basée uniquement sur des récits individuels. Une des méthodes utilisées a été celle des entretiens collectifs avec retour : en classe, un tour de table est fait pour voir quelles sont les questions qui intéressent les jeunes, ces questions sont travaillées tout en étant enregistrées, puis un retour sur le travail de réflexion est réalisé. Les points qui leur semblent avoir été traités de façon anecdotique ou peu nuancée sont retravaillés. Cette succession d'allers et retours, de conceptualisation progressive, a amené à des rapports collectifs. Puis, les jeunes ont écrit sur ce qu'ils avaient vécu dans un travail individuel ;
- De très longs récits de vie d'adolescents à partir de rencontres avec leurs familles et en lien avec l'Aide en milieu ouvert (AMO).

Méthode :

Quatre types de groupes ont été choisis : des jeunes d'origine turque, marocaine, subsaharienne d'une part et des adolescents primo-arrivants (en « classe passerelle ») d'autre part.

Altay Manço, IRFAM , Michel Born, Université de Liège , Sylvie Petit, Université de Liège
**Optimalisation de l'interaction entre familles récemment immigrées et services sanitaires
: contribution au bien-être des enfants**

Rapport de recherche : actions locales de l'Université de Liège
En collaboration avec le Fonds Houtman et l'ONE , 2005,
Recherche-action « UNI-SOL »

Recherche-action menée par trois universités avec le soutien du Fonds Houtman. L'objectif poursuivi est de mieux comprendre et mieux identifier les aspects problématiques de l'accueil socio-sanitaire des familles primo-arrivantes et ainsi optimaliser ce processus afin d'accroître le bien-être des familles et de leur enfants. Pour ce faire la recherche entendait :

- Identifier auprès des services et des familles concernées, ainsi qu'à travers la consultation de spécialistes et de la littérature afférente, les problèmes socio-sanitaires des familles avec enfants récemment immigrés en Belgique ainsi que les ressources et contraintes de ces dernières ;
- Analyser le parcours migratoire et le projet de vie des familles ;
- Repérer les facteurs intrinsèques de résilience des enfants et de leurs familles ;
- Favoriser leur expression concernant les besoins de santé et l'accessibilité aux structures existantes ;
- Quels sont les besoins et les ressources des professionnels qui les prennent en charge ?
- Créer des réseaux intra- et inter-universitaires ;
- Favoriser la création de réseaux avec et entre les structures locales de prise en charge des familles ;
- Production d'une information et d'une impulsion favorisant la compréhension et la solidarisation entre les familles de demandeurs de droit de séjour et les intervenants socio-sanitaires.

Groupe cible :

- Familles tout juste arrivées en Belgique et autres déjà en place depuis trois, quatre, ou cinq ans, voire dix ans ;
- Intervenants sociaux chargés de leur prise en charge

Méthode :

- Identification et synthèse de la littérature portant sur les difficultés de santé des populations immigrées ;
- Réalisation d'une grille d'entretien ;
- Interviews avec 40 intervenants socio-sanitaires et éducatifs ;
- Réunions régulières entre les membres de l'équipe de recherche et les intervenants rencontrés dans le but, de recueillir les pratiques apparaissant comme utiles dans l'accueil et l'intégration socio-sanitaire des familles récemment immigrées et de développer le réseau sur Liège ;
- Rencontres avec 12 familles primo-arrivantes (adultes, ados et enfants) dont quelques-unes accueillies en centre d'accueil, sur base de la grille d'entretien. Thèmes abordés : l'insécurité de séjour, financière et de logement, les actes d'exclusion subis, le sentiment d'inutilité, le sentiment d'isolement psychosocial, les problèmes liés à l'apprentissage de la langue, le stress acculturatif, l'aliénation des enfants, la difficulté

d'emploi, les problèmes éducatifs par rapport aux enfants, la culpabilité de l'immigré, et enfin, le tiraillement culturel ;

- Interviews de 36 adolescents primo-arrivants de l'enseignement secondaire ont également été interviewés sur base d'un guide d'entretien ;
- Diffusion des résultats et interpellation des décideurs ;

Guide d'entretien disponible : oui

Plate-forme de concertation psychiatrique de West Vlanderen – 2010
**Enquête sur l'adaptation culturelle⁴⁷ des services de soins en santé mentale
en Flandre occidentale**

Langue : néerlandais

Sur base des constats des études faites par le croix rouge en matière de soins en santé mentale pour demandeurs d'asile dans les centres d'accueil, évaluer si ces services sont adaptés pour recevoir un public de migrants , primo arrivants, dans le cas de figure où il est fait appel à des interprètes, comment ces derniers travaillent-ils avec ce public ? Quelle adaptation ? Ces différentes analyses étant menées en vue d'améliorer l'offre et de renforcer le réseau en lien avec les structures d'accueil de la région.

Groupe cible : Les membres de la plateforme :

- SSM ;
- Initiative d'habitations protégées ;
- Service psychiatrique d'hop généraux ;
- Hôpitaux psychiatriques ;
- Maison de soins psychiatriques ;
- Conventions Inami.

Méthode :

Enquête/interview avec différents acteurs locaux ; interview semi-structuré ;
Courrier à chaque équipe pour demander de désigner un référent, celui qui se sent le plus sensibilisé à la question ;
Rendez-vous tel avec cet interlocuteur ;
Interview par tel ;
A ceux qui n'ont pas répondu au courrier ; appel téléphonique pour comprendre pourquoi il n'y a pas eu de participation.

Questionnaire : oui

⁴⁷ Cultuur Sensitieve Zorg

Enquête exploratrice en 2002 sur l'assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile

Fedasil – 2002/2004

Enquête sur les aspects institutionnels et organisationnels de la prise en charge des difficultés psychologiques des demandeurs d'asile (et non sur les difficultés des demandeurs d'asile). Réalisée sur la région Bruxelles, Hainaut, Brabant wallon et Namur, d'une part, auprès du personnel des centres d'accueil et ILA et, d'autre part, des intervenants en santé mentale. L'enquête n'est pas centrée sur les difficultés vécues par les demandeurs d'asile, mais sur les aspects institutionnels et organisationnels relatifs à l'aide psychosociale, psychologique ou psychiatrique. L'étude prend en compte ce qui, en théorie, est prévu par les dispositifs :

- La perception que le personnel des structures d'accueil a des difficultés pys des demandeurs d'asile ;
- La manière dont ces difficultés pys sont gérées, d'une part, à l'intérieur des structures d'accueil et d'autre part, par les intervenants en santé mentale ;
- Et enfin ce qui, idéalement, pourrait être fait pour améliorer la gestion interne ou la prise en charge externe des difficultés pys des demandeurs d'asile.

Groupe cible :

- Les travailleurs médico-sociaux des structures d'accueil présentes sur les provinces Brabant wallon, Hainaut, et Namur, et Bruxelles Capitale francophone ;
- Les intervenants en santé mentale en contact avec le public des demandeurs d'asile (intervenants de soins renseignés par les intervenants des structures d'accueil).

Méthode :

Enquête par questionnaire sur la perception du personnel des ILA et des centres d'accueil de la santé mentale des résidents au sein des structures d'accueil :

- Le type de difficultés psy perçues par les structures d'accueil et l'évolution de ces difficultés ;
- La façon dont, une fois la nécessité d'une aide détectée, les personnes sont prises en charge ;
- Les limites de cette prise en charge et des solutions envisagées ;
- Le moment à partir duquel on fait appel aux services d'aides externes et pour quelles situations ;
- Les aspects positifs et les limites de cette aide ;
- Ce qui est fait concrètement par les structures d'accueil et de soins en interne et où elles orientent, en fonction de quels critères :
 - À quels intervenants et à quels types d'institutions les structures d'accueil font préférentiellement appel et pour quels types de services ;
 - Comment s'établit la collaboration, quelles sont les demandes et de quelle façon y répond-on ;
 - Quelle est l'offre de soins, quelles en sont les spécificités ;
 - Ce qui devrait être fait idéalement ;
 - Mettre en évidence les éventuels manquements et points forts de la prise en charge des demandeurs d'asile présentant des difficultés d'ordre psychique ;
 - Proposer des axes d'interventions prioritaires, des pistes d'action afin d'améliorer les conditions globales d'accueil des demandeurs d'asile qui ont

besoin d'un soutien psychosocial et/ou thérapeutique.

Réalisation de divers questionnaires

- Questionnaires destinés aux directeurs /responsables des structures d'accueil ;
- Questionnaires destinés aux intervenants directs des structures d'accueil ;
- Questionnaires destinés aux intervenants en santé mentale (hop, SSM, équipes spécifiques, planning, ...) ⁴⁸ ;
- Questionnaire destiné au personnel du Dispatching.

Notons que sur 135 envois dans les services de soins en santé mentale, seulement 42 services ont répondu, soit 31,1 %, mais parmi ceux qui n'ont pas répondu 6 services ont marqué un intérêt.

Résultats

- Perception des difficultés psys des demandeurs d'asile selon les intervenants directs des ILA et des centres : inventaire des difficultés psys (y compris les cas ingérables et d'urgence) rencontrées par les demandeurs d'asile selon le personnel des ILA et des centres ;
- Quelle prise en charge des difficultés psy des demandeurs d'asile selon les intervenants directs des structures d'accueil : ce que les ILA et les centres font concrètement pour prendre en charge ces difficultés psychologiques : prise en charge en interne, collaborations avec services et degré de satisfaction de ces collaborations ;
- Prise en charge des difficultés psy des demandeurs d'asile selon les intervenants directs des structures de soins et cartographie des collaborations entre services de soins et structures d'accueil .

Croix-Rouge – 2002

**Evaluation de l'assistance psychosociale et thérapeutique auprès des demandeurs d'asile
Enquête menée auprès des structures d'accueil et des services de soins en santé mentale
en province de Liège et Luxembourg**

FER 2002

A travers cette recherche deux objectifs ont été poursuivis :

- Dresser un état des lieux des pratiques concernant l'accueil et la prise en charge thérapeutique et psychosociale des demandeurs d'asile en souffrance psychique en province de Liège et Luxembourg ;
- Effectuer un relevé des besoins afin d'améliorer l'accueil et/ou la prise en charge des demandeurs susmentionnés.

Groupe cible :

- les travailleurs médico-sociaux des structures d'accueil sur territoire des provinces de

⁴⁸ « Psychologues, psychiatres, médecins, assistants sociaux,... qui travaillent dans le secteur de la santé mentale des demandeurs d'asile. Le degré d'implication de ces intervenants, dans le travail avec des demandeurs d'asile, n'est pas pris en compte dans notre méthodologie. A partir du moment où l'intervenant a travaillé, ne fut-ce qu'une fois, avec un demandeur d'asile, il est susceptible de recevoir notre questionnaire »

Liège et Luxembourg;

- les intervenants en santé mentale en contact avec le public des demandeurs d'asile.

Méthode :

- Deux questionnaires ont été élaborés pour les structures d'accueil. Le premier, destiné aux personnes responsables des dites structures. Le second, adressé au personnel médico-social des mêmes structures d'accueil (description des difficultés psychologiques, psychiatriques ou psychosociales perçues ; limites de la prise en charge ; aide interne ; sollicitation du réseau de soins ;évaluation de l'offre de soins)
- Un questionnaire destiné aux intervenants en santé mentale des provinces de Liège et Luxembourg (taux de réponses : 36%)

Eléments d'analyse

- Les difficultés psychologiques, psychiatriques ou psychosociales des demandeurs d'asile vues par les intervenants des structures d'accueil ;
- L'aide apportée aux demandeurs d'asile en interne ;
- L'aide apportée aux demandeurs d'asile par le réseau de soins : collaborations et cartographie ;
- Le point de vue des intervenants en Santé mentale qui reçoivent les demandeurs d'asile.

Rode Kruis - ERF- 2004

**Onderzoek naar psychosociale en therapeutische hulpverlening aan asielzoekers
Enquête sur l'aide psychosociale et thérapeutique auprès de demandeurs d'asile
(Majeurs, mineurs et MENA)**

Langue : néerlandais

A travers cette recherche volonté de :

- Réaliser un inventaire et une analyse des problèmes psychosociaux, psychologiques et psychiatriques chez les demandeurs d'asile séjournant dans une structure d'accueil : quelle est la nature et la gravité des problèmes? Quel est le besoin pour le diagnostic, le conseil et l'orientation des demandeurs d'asile? Quelle est l'offre d'aide en interne?
- Développer un réseau opérationnel des services d'assistance psychosociale et thérapeutique pour demandeurs d'asile ;
- Promouvoir l'expertise des aidants et travailleurs de base dans le domaine en favorisant l'échange d'information entre intervenants et contribuer à construire une offre de formation qui réponde le mieux aux besoins des collaborateurs.

Groupe cible : Les professionnels de l'accueil en Flandre (centre d'accueil Fedasil, centre croix rouge et ILA des CPAS)

Méthode :

- Réalisation d'une enquête préliminaire auprès de personnel de structures d'accueil (centres et ILA) relative au point de vue du personnel sur cette problématique ;
- Réalisation d'un questionnaire sur trois thèmes :

- Point de vue des personnes interrogées sur un certain nombre d'aspects de l'accueil des demandeurs d'asile ayant des problèmes psychologiques et psychiatriques : le soutien psychosocial, la langue, les aspects financiers, des mesures préventives, et le soutien au personnel ;
 - Aperçu des services externes avec lesquels ils travaillent et comment ils évaluent cette collaboration ;
 - Description des cas problématiques : caractéristiques d'un demandeur d'asile ayant des problèmes psychologiques ou psychiatriques et comment ils font face ;
- Questionnaire envoyé à 228 structures d'accueil (14 centres croix rouge, 8 centres fedasil, 253 ILA CPAS, 13 logements CIRE ; reçu : 117 réponses (48 ILA, 21 centres d'accueil, et 8 logements CIRE)

Arikoglu Fatma, 2010

Asile et migration : l'accueil des femmes dans les centres

Vers une politique d'accueil sensible au genre

Nederlandstalige Vrouwenraad, Conseil des Femmes Francophones de Belgique

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

Etude portant sur la situation des femmes dans les centres d'accueil belges. Cette recherche comprend une phase exploratoire de sensibilisation et une recherche participative sur les circonstances dans lesquelles les femmes sont arrivées dans les centres, la qualité de l'aide qui leur est offerte, le respect des droits fondamentaux et la mesure dans laquelle l'accueil de ces personnes contribue ou non à l'égalité des sexes. A travers cette recherche, le but est de contribuer à l'autonomisation des femmes dans les centres par un processus participatif d'évaluation. Les chercheurs ont écouté ces femmes en les associant plus étroitement aux décisions concernant leur prise en charge et la recherche prend en compte leur opinion à ce sujet. Sur base de quoi le présent rapport contient également une série de recommandations pour améliorer les conditions de vie des femmes dans les centres d'accueil.

Groupe cible : les femmes qui séjournent dans les centres d'accueil ouverts et fermés pour des demandeurs d'asile, sans tenir compte de leur statut légal.

Méthode :

- ⇒ Volet théorique : une recherche basée sur la récolte d'informations, l'analyse préliminaire et des entretiens : législation et directives quant à l'accueil des femmes, les études/recherches/enquêtes sur l'accueil des demandeurs d'asile et le genre, les modèles ou les exemples de bonnes et mauvaises pratiques. Il n'y a pas de directives dans les politiques d'accueil qui tiendraient compte des besoins et des exigences spécifiques aussi bien que de la vulnérabilité des femmes. Sondage : rencontres avec direction et personnel des centres d'accueils sur base de questions ouvertes portant par exemple sur les initiatives qui sont ou ont été prises pour introduire la dimension genre dans les politiques, l'existence et/ou l'absence d'une politique spécifique pour des femmes/filles, les méthodes utilisées pour la mise en place d'activités/débats avec des femmes, leur perception des problèmes (spécifiques) des femmes et des suggestions pour des solutions possibles,...
- ⇒ Volet participatif : évaluation participative sous la forme de groupes de discussion et

d'interviews/entretiens exploratoires avec les personnes concernées (12 groupes dans différentes centre d'accueil, d'une durée de 6 h, soit 76 femmes). Elaboration d'un questionnaire structuré qui sert de canevas pour la discussion autour des thèmes :

- emploi du temps/occupations quotidiennes;
- aide de base/accueil de base;
- violence;
- estime de soi/empowerment

La méthodologie participative est un processus de consultation dans le dialogue structuré qui permet l'accumulation des connaissances à partir de l'expérience de toutes les parties prenantes, y compris les connaissances, les jugements et les opinions de la partie qui a le moins de pouvoir, dans ce cas, les femmes qui résident dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile. La méthode permet de recueillir des renseignements détaillés sur les risques spécifiques ou les besoins de protection qu'elles ont vécus, et sur les causes sous-jacentes de ceux-ci, mais aussi de faire un inventaire de leurs propres possibilités et compétences, existantes et potentielles, et d'écouter les solutions qu'elles proposent elles-mêmes.

Centrum voor Sociaal Beleid - Marie Godin - Before & After – Université d'Anvers - Vincent Corluy
Groupe d'études sur l'ethnicité, le racisme, les migrations et l'exclusion Université libre de Bruxelles
La situation sociale et économique des personnes ayant bénéficié de la procédure de régularisation en 2000

Objectif :

Cette étude réalisée en 2007 tente d'évaluer l'efficacité des efforts consentis par les autorités en vue de l'intégration sociale et professionnelle des personnes régularisées (Enquête sur les parcours des individus avant et après leur régularisation) et établir les éventuels facteurs de succès déterminants, tout en évaluant l'impact de la politique de régularisation en 2000.

Groupe cible :

Les personnes régularisées pour longue procédure d'asile et pour raisons humanitaires et/ou avec attaches durables en Belgique

Méthode :

Interviews semi-structurées, en face à face, avec 116 personnes régularisées, au domicile des personnes, en respectant la diversité des parcours dans la composition de l'échantillon des personnes interrogées.

Thèmes abordés : contexte socio relationnel (famille, communautés locale et ethnique) et institutionnel (contacts avec les institutions comme le Centre public d'aide sociale (CPAS) et d'autres agences officielles ou non gouvernementales) ; parcours des enfants en âge scolaire avant et après la régularisation, l'intégration dans les communautés locales et la vie associative, le bien-être subjectif et l'univers mental des personnes régularisées.

Questionnaire disponible : oui

Groupe ETHEALTH, 2011
Vers des soins de santé interculturels en Belgique
Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé
parmi les migrants et minorités ethniques

La diversité culturelle de la population belge a fortement augmenté ces dernières années. Ceci a une incidence sur la politique de soins de santé. Malgré un certain nombre de très bonnes initiatives, la Belgique semble encore à la traîne sur le plan mondial. Ainsi, les migrants et minorités ethniques ont une moins bonne santé et un moins bon accès aux soins que les belges.

Afin de pouvoir traiter efficacement les différences dans les soins de santé, la Belgique a besoin d'une politique commune avec un cadre normatif clair. Cela sous-entend un travail de collaboration entre les différentes institutions politiques au niveau fédéral, des communautés et des régions.

Groupe - ETHEALTH

A la demande de Madame L. Onkelinx, ministre de la Santé Publique, un groupe de travail ETHEALTH s'est créé. Composé d'experts en santé et de praticiens, ce groupe de travail a reçu une double mission :

- La préparation d'un état des lieux des soins de santé pour les migrants et les minorités ethniques ;
- La formulation de recommandations pour une meilleure accessibilité et une meilleure qualité de soins pour les migrants et minorités ethniques.

Recommandations

Le groupe ETHEALTH a formulé 46 recommandations politiques qui peuvent être regroupées en quatre domaines d'action. Le groupe appelle ainsi les différentes autorités sanitaires et sociales du pays à une conférence interministérielle pour mettre en œuvre ces recommandations :

- Créer des stratégies pour récolter les informations sur les inégalités ethniques de santé et également pour disposer d'institutions et de professionnels de la santé culturellement compétents ;
- Renforcer la prévention et la promotion de la santé par le biais de la santé communautaire et également améliorer le statut socio-économique des migrants et des minorités ethniques (c'est un déterminant important de la santé) ;
- Cibler plus particulièrement les groupes plus vulnérables : les personnes sans permis de séjour, les demandeurs d'asile, les personnes avec un statut précaire, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale et les femmes ;
- Proposer des soins accessibles, de qualité et culturellement compétents dans les hôpitaux mais aussi et surtout en première ligne et dans les soins de santé primaires.

<url : http://unia.be/files/Z_ARCHIEF/2011_12_16_rapport%20final_FR.pdf >

ASKV / Steunpunt Vluchtelingen - Loes van Willigen -2010
Care for Asylum seekers with Psychological Problems - Europees Vluchtelingenfonds, Fonds
Psychische Gezondheid, Innovatiefonds.

Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen (ZAPP) - Literatuurstudie
Les soins aux demandeurs d'asile présentant des difficultés psychologiques
Etude de la littérature

Langue : néerlandais

Le projet Mapp a mis en lumière l'absence d'accès aux soins spécifiques en santé mentale des demandeurs d'asile malgré l'importante prévalence de troubles psychiques, et a démontré l'importance de l'identification précoce des problèmes de santé mentale en termes d'impact de l'état de santé mentale sur la procédure d'asile.

A la suite de ce projet, le but du projet ZAPP est de contribuer à améliorer l'accès, la continuité et la qualité des soins de santé mentale offerts aux demandeurs d'asile aux Pays-Bas en procédure d'asile accueillis en centre d'accueil et présentant des troubles psychiques.

Dans cette partie d'une recherche en trois volets, le but est d'avoir une bonne connaissance des besoins de soins et les barrières actuelles dans l'accès aux soins en santé mentale des demandeurs d'asile ayant des problèmes psychologiques.

Groupe cible : les demandeurs d'asile résidents en centre d'accueil.

Cette étude ne concerne pas d'autres groupes vulnérables : les menas, les enfants en centre d'accueil, les demandeurs d'asile en centre fermé, les demandeurs d'asile présentant des problèmes psychiatriques ou graves troubles du comportement, ni les sans-papiers déboutés de l'asile

Méthode :

Dans une 1^{ère} phase l'étude se penche sur la manière dont en Hollande, l'offre de soins en santé mentale peut être améliorée en termes d'accessibilité et de qualité. Ce rapport présente les études les plus importantes sur la prévalence des problèmes de santé mentale chez les demandeurs d'asile et leur recours aux des soins de santé en mettant en lumière les points d'achoppement qui méritent attention : le droit à l'aide en santé mentale, l'organisation de l'aide et les « bonnes pratiques ».

Deux études qualitatives, l'une auprès de demandeurs d'asile qui avaient été examinés dans le projet Mapp, la seconde, auprès des soignants de ces demandeurs d'asile.

L'étude de la littérature se penche sur les points suivants :

10. Qu'est-ce qui est déjà connu sur la nature et l'étendue des problèmes psychologiques des demandeurs d'asile, quels facteurs influencent la santé mentale, et aperçu sur la manière dont ils ont recours aux services de soins ainsi que les facteurs qui influencent ce recours ou non ?
11. Quelle est la réglementation internationale, européenne et nationale en matière de droit aux soins ?
12. Comment sont organisés les soins pour demandeurs d'asile ?

13. Quelles «bonnes pratiques» ont été mises au point aux Pays-Bas et dans d'autres pays européens pour les soins aux demandeurs d'asile ayant des problèmes psychologiques?

ASKV/Steunpunt Vluchtelingen - Sander Kramer - 2010
Zorg voor Asielzoekers met Psychische Problemen (ZAPP)
Het perspectief van de asielzoeker
Les soins aux demandeurs d'asile présentant des difficultés psychologiques
Le point de vue du demandeur d'asile
Europees Vluchtelingenfonds, Fonds Psychische Gezondheid , Innovatiefonds.
Langue : néerlandais

Objectif

Le projet Mapp a mis en lumière l'absence d'accès aux soins spécifiques en santé mentale des demandeurs d'asile malgré l'importante prévalence de troubles psychiques, et a démontré l'importance de l'identification précoce des problèmes de santé mentale en termes d'impact de l'état de santé mentale sur la procédure d'asile.

A la suite de ce projet, le but du projet ZAPP est de contribuer à améliorer l'accès, la continuité et la qualité des soins de santé mentale offerts aux demandeurs d'asile aux Pays-Bas en procédure d'asile accueillis en centre d'accueil et présentant des troubles psychiques.

Dans cette partie d'une recherche en trois parties, Enquête qualitative aux Pays-Bas sur la manière dont les demandeurs d'asile présentant des difficultés psychologiques en Hollande ont vécu leur rapport aux services de soins :

- Comment candidats réfugiés vivent ils leur situation actuelle, leur santé et quelles difficultés rencontrent ils (plaintes, symptômes) ?
- Comment ressentent-ils l'accès aux et l'offre de soins ?
- Qu'a signifié la recherche MAPP pour ceux qui ont participé au projet MAPP et quel est l'impact des troubles psychiques sur leur capacité à faire valablement une audition auprès des instances d'asile ?
- Comment et par qui leur situation actuelle pourrait-elle être améliorée ?
- Quel est le point de vue du personnel des centres d'accueil sur les soins en santé mentale pour demandeurs d'asile souffrant de problèmes psychologiques ?

Groupe cible :

14. Les demandeurs d'asile résidant en structures d'accueil en procédure d'asile et présentant des difficultés psychologiques ;
15. Les collaborateurs des Centres d'accueil.

Méthode :

Interviews en face à face d'une heure à l'aide d'un questionnaire semi-structuré et avec l'aide d'un interprète par téléphone, dans 7 Centres d'accueil au Pays-Bas.

8 interviews avec personnel des structures d'accueil

Eléments d'analyse :

- Le contexte de vie des demandeurs d'asile ayant des difficultés psychologiques, leur vécu dans le centre d'accueil et par rapport à la procédure d'asile ?
- Quelles sortes de plaintes physiques et psychiques présentent-ils ?
- Quelle connaissance ont-ils du système de soins en santé mentale ?
- L'utilité du dépistage MAPP dans leur cas ?
- Quelle expérience ont-ils eu avec les services de soins en santé mentale et quel a été l'impact des soins reçus ?

France terre d'asile et Emmaüs solidarité (2011).

Le Paris des Afghans :

Regard sur une catégorie invisible et précaire d'exilés du 10e arrondissement

FER

Cette étude questionne les raisons et les circonstances du départ, les modalités du parcours migratoire, les conditions d'accès au statut de demandeur d'asile dans le pays européen désigné responsable en application du règlement Dublin II ainsi que les conditions de vie d'une population d'exilés d'origine centre-asiatique et principalement afghane concentrée sur le territoire du 10e arrondissement de Paris, à proximité du canal Saint-Martin, des gares de l'Est et du Nord. L'objectif est d'évaluer dans quelle mesure ce type de migrants voudrait et pourrait accéder à une demande de protection en France. L'enquête a été conduite auprès du public de jeunes – voire très jeunes – migrants adultes et isolés, reçus par le Kiosque, une plate-forme de suivi et d'orientation sociojuridique située en plein cœur du territoire d'errance de cette population créée en octobre 2008 par France terre d'asile et Emmaüs Solidarité.

Groupe cible :

- d'une part les personnes, souvent mineures, relevant de « Dublin » c'est-à-dire la catégorie des « ni, ni » (ni des demandeurs d'asile comme les autres, ni des personnes que l'on peut éloigner) mais aussi tous les « sans guichets », soit des personnes plus ou moins totalement invisibles d'un point de vue juridico-social ;
- d'autre part, les professionnels qui travaillent avec ces jeunes en errance.

Méthode :

- Description du contexte socio-géopolitique et juridique ;
- En 2010 entretiens en face à face dans le « kiosque » avec 20 personnes.

Attention : difficultés méthodologiques d'interview avec ce type de public car c'est tenter de rendre « visible » une catégorie « d'invisibles ».

Bibliographie

- 1) Aina Stanojevich E. et Veïsse A. (2007). « Repères sur la santé des migrants ». In : *Dossier « La santé des migrants »*, La Santé de l'homme, n° 392, pp. 21-24
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/392/02.htm>
- 2) Arikoglu F. (2010). *Asile et migration : l'accueil des femmes dans les centres vers une politique d'accueil sensible au genre : rapport final*. Bruxelles, Nederlanstalige Vrouwenraad, en coopération avec le conseil des Femmes Francophones de Belgique et avec le soutien de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes - <http://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/downloads/RAPPORT%20Asile%20et%20migration%20-%20I%27accueil%20des%20femmes%20dans%20les%20centres.pdf>
- 3) Aussems G. (2012). « Les Titres de séjour en Belgique ». In : *Dossier thématique de l'Association pour le droit des étrangers (ADDE)*, - <http://www.adde.be/joomdoc/guides/les-titres-de-sejours-en-belgique-guide-pratique-dec12-g-aussems-pdf/download>
- 4) Benslama F. (2000). « Épreuves de l'étranger ». In : *Cahiers Intersigne*, pp. 9-29
- 5) Benslama F. (1999). « Épreuves de l'étranger ». In : Ménéchal J. (sous la direction de), *Le Risque de l'étranger : soin psychique et politique*, Paris, Dunod, pp. 54-76
- 6) Benslama F. (2003). « Qu'est-ce qu'une clinique de l'exil ? ». In : *L'Evolution psychiatrique*, n° 69, pp. 23-30 - https://www.academia.edu/10307276/Quest-ce_quune_clinique_de_lexil
- 7) Belkis D., Franguiadakis S., Bourgeois F. et al. (2005). « Demandeurs d'asile. Un engagement clinique et citoyen ». In : *Rhizome*, n° 21, 60 p.
- 8) Bivort C. (2015). *Etat des lieux : initiatives spécifiques « Exil »*. Namur, CRéSaM, 100 p.
http://www.cresam.be/spip.php?page=article&id_article=878
http://www.cresam.be/IMG/pdf/rapport_cresam_exil_2015_clb.pdf
- 9) Bodart M. (2011). *Recherche-action sur Sambreville : compréhension des besoins des personnes étrangères ou d'origine étrangère*. Namur, Centre d'Action Interculturelle de la province de Namur (C.A.I.), 63 p.
http://www.cainamur.be/images/pdf/publications/recherche_action_moignele_travail_complet.pdf
- 10) Bonnet P. (2002). *Le Concept d'accessibilité et d'accès aux soins : étude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé*. Dossier de DEA GEOS, Montpellier, Université Paul Valéry, 12 p. - http://epe.cirad.fr/fr2/doc/accessibilite_soins.pdf
- 11) Chan M. (2010). *Comblent les écarts entre besoins et accès aux soins en santé mentale*. Allocution au Forum du Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale, Genève, 7 octobre 2010 - http://www.who.int/dg/speeches/2010/mhGap_forum_20101007/fr/
- 12) Chauvin P., Parizot I. et Revet S. (2005). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*. Paris, Inserm, 325 p., coll. Questions en santé publique
- 13) CIFO et C.A.I. (2009), *Systématisation des constats sur les besoins des primo-arrivants auprès des services en province de Namur*, 180 p.
http://cainamur.be/images/pdf/publications/rapport_recherche_primoarrivants_2009.pdf

- 14) Croix-Rouge (2002). *Evaluation de l'assistance psychosociale et thérapeutique auprès des demandeurs d'asile*. Enquête menée auprès des structures d'accueil et des services de soins en santé mentale présentes en province de Liège et du Luxembourg, Projet FER
- 15) Croix-Rouge (2012). *Assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile*. Fiche d'information pour le personnel des structures d'accueil en Belgique, 2^{ème} édition - <http://www.croix-rouge.be/linkservid/063E5517-0921-95F3-7AE23BD8CB54EC33/showMeta/0/>
- 16) Culture et santé asbl (2015). *Migrations, vulnérabilités et santé mentale*. Dossier thématique, n° 13 - <file:///C:/Users/c.hezukuri/Downloads/DT-migrations-vulnerabilites-sante-mentale.pdf>
- 17) Comiti V.-P. et Patureau J. (2005). « La Santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires ». In : *Santé, Société et Solidarité*, n° 1, pp. 129-140
- 18) Comité médical pour les exilés (Comede) (2005). *La Santé des exilés : rapport d'activités et d'observation*, 48 p. - http://doc.hubsante.org/opac/doc_num.php?explnum_id=2838
- 19) Comité médical pour les exilés (Comede) (2007). *Guide de prise en charge médico-psychosociale des migrants/étrangers en situation précaire*, 568 p.
- 20) Delbecchi G., Fleury F., Veisse A. et al. (1999). « Charité et continuité des soins, des logiques divergentes ». In : *La Presse médicale*, n° 28, p. 20
- 21) Docquier F. et Machado J. (2015). « Crise des réfugiés : quelques clarifications s'imposent ! ». In : *Regards économiques*, n° 119, octobre 2015
https://perso.uclouvain.be/frederic.docquier/filePDF/D_Refugees.pdf
- 22) Decoupigny F., Perez S. et Yordanova D. (2007), « Modélisation de l'accessibilité aux soins ». In : *Territoire en mouvement*, n° 4, pp. 47-60 - <http://tem.revues.org/886> ; DOI : 10.4000/tem.886
- 23) Fassin D., Carde E., Ferré N. et al. (2001). *Un traitement inégal : les discriminations dans l'accès aux soins*. Rapport du Cresp, Bobigny
- 24) Fedasil (2016). *Etude sur les personnes vulnérables avec des besoins d'accueil spécifiques : synthèse des principales constatations*. Rapport I, 42 p.
http://fedasil.be/sites/5042.fedimbo.belgium.be/files/rapport_synthese_personnes_vulnerables_2016.pdf
- 25) Gunes C. (2017). « La Santé mentale des migrants : l'affaire de qui ? ». In : *Cliniques et migration*, Les Cahiers de Rhizome, n° 63 - <http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/cahiers-de-rhizome-n63-cliniques-et-migrations/la-sante-mentale-des-migrants-l-affaire-de-qui-2044.html>
- 26) Chadelat J.-F. (2006). *Rapport pour monsieur le Ministre de la Santé et des Solidarités : les Refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*. Paris, La Documentation française, 32 p.
- 27) Kreuzsch J.-M., Alen P., Hajji N. et al. (2011). « Santé mentale et migration ». In : *La Lettre de l'Irfam*, n° 25
http://www.irfam.org/assets/File/e-journal/e-journal_25_sante_mentale_et_migration.pdf
- 28) Kovess-Masfety V. (2001). « Précarité et santé mentale ». Rueil-Malmaison, France : Doin. 103p.
- 29) INAMI et Médecins du Monde (2014). *Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*, 16 p. - <http://www.inami.fgov.be/fr/publications/Pages/acces-soins-recommandations-systeme-plus-inclusif.aspx#.WYHL-tJJbcs>

- 30) Kirmayer L., Narasiah L., Munoz M. et al. (2011). « Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care ». In : CMAJ, 183(12)
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168672/>
- 31) Lert F., Martin M., Melchior M. et al. (2006). *Comment caractériser l'ethnicité dans les travaux épidémiologiques en France : approche exploratoire à partir de l'étude Insee-Histoire de vie*. Colloque thématique « Épidémiologie sociale et inégalités de santé » de l'Adelf
- 32) Levesque A. et Rocque R. (2015). « Représentation culturelles des troubles de santé mentale chez les immigrants et réfugiés de l'Afrique francophone subsaharienne au Canada ». In : *Alterstice*, vol. 5, n° 1
https://www.journal.psy.ulaval.ca/ojs/index.php/ARIRI/article/view/Levesque_Alterstice5%281%29/126
- 33) Lochak D. (2006). *Concilier protection des plus vulnérables et principe d'égalité*. Audition publique sur la vaccination des enfants par le BCG, SFSP, 13 et 14 novembre 2006
- 34) Martiniello M., Réa A., Timmerman Ch. et al. (2010). *Nouvelles migrations et nouveaux migrants en Belgique*. Gent, Academia Press, Série Société et avenir
http://orbi.ulg.be/bitstream/2268/33643/1/academia_nieuwe_migraties.pdf
- 35) Maille D. et Veisse A. (2001). « Accès au système de santé pour les étrangers : le droit progresse, l'exclusion persiste ». In : *Ecorev*, n° 6
- 36) Maille D., Toullier A. et Volovitch P. (2005). L'Aide médicale d'État : comment un droit se vide de son sens faute d'être réellement universel. In : *Revue de droit sanitaire et social*, n° 4, pp. 543-554
- 37) Médecins du Monde, (2013). L'accès aux soins en Europe en temps de crise et de montée de la xénophobie, cité par Van Egmond, K., 2014, La santé des exilés : approche par déterminants, Actes du Colloque du 6 mai 2014 – Culture & Santé (Bruxelles) Paenser l'Exil, Actions culturelles et santé des migrants, p.6.
- 38) Médecins Sans Frontières, (2015). Rapport Annuel
https://issuu.com/msf/fr/docs/msf_rapportannuel2015_8juin2016_apr/109
- 39) Paquay M., De Hey S. et Weber C. (2011). *Rapport de recherche : Accompagnement psychologique des migrants, des rencontres, des questions, des réalités complexes, des pistes, pour un nouveau projet Verviétois ?*. Verviers, Espace 28 asbl
- 40) Picheral H. (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier, Université Paul Valéry
- 41) Province de Namur - Institut Provincial d'Orientation et de Guidance - Clinique de l'Exil (2015). *L'Accompagnement des demandeurs d'asile et réfugiés : Repères pour les professionnels de la santé mentale*, 70 p.
https://www.province.namur.be/documents/fichier/1/551/20150630_110631cire.pdf
- 42) Rechel B., Mladovsky Ph., Devillé W. et al. (2011). *Migration and health in the European Union*. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies
https://books.google.es/books?id=x4Oc-45FUN8C&pg=PR3&hl=fr&source=gs_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false

- 43) Robert A.-M. et Gilkinson T. (2012). *Santé mentale et bien-être des immigrants récents au Canada : données de l'enquête longitudinale auprès des immigrants au Canada*. Canada, citoyenneté et Immigrations Canada (CIC), 31 p. - <http://www.cic.gc.ca/francais/pdf/recherche-stats/sante-mentale.pdf>
- 44) Stanojevich E. A. et Veïsse A. (2007). « Repères sur la santé des migrants ». In : *La Santé de l'homme*, n° 392 - <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/392/02.htm>
- 45) Stitou R. (1997). « Universalité et singularité de l'exil ». In : *Psychologie Clinique*, n° 3, pp. 13-29
- 46) Tousignant M. (1992). *La Santé mentale des migrants : analyse de son contexte social et longitudinal* - [http://www.psychanalyse.com/pdf/sante mentale des migrants.pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf/sante_mentale_des_migrants.pdf)
- 47) Veïsse A. (2004). « Malades en exil, exilés malades ». In : *Transcriptases*, n° 114
- 48) Vermylen A. (2017). *L'Impact des politiques d'accueil sur la santé mentale des demandeurs d'asile dans le contexte particulier de la crise de l'accueil en 2015*. Bruxelles, UCL/LAAP - recherche menée pour et par le centre de santé mentale "Ulysse"
<https://www.youtube.com/watch?v=TFIjIO81E70&t=2s>
- 49) Wluczka M. et Debska E. (2006). *La Santé des primo-migrants en 2006 : étude réalisée à partir des enquêtes « Semaine données »*. Paris, Agence nationale de l'accueil des étrangers et des migrations (ANAEM)
[http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Organismes/ANAEM/Publications/2007/Sante primo-migrants_2006.pdf](http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Organismes/ANAEM/Publications/2007/Sante_primo-migrants_2006.pdf)