

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Analyse des besoins d'intervention pour réduire les barrières linguistiques et culturelles dans l'accompagnement médico-social des demandeurs de protection internationale : étude qualitative."**

**Auteur :** Tankeu, Siduone

**Promoteur(s) :** Mescoli, Elsa

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/22598>

---

*Avertissement à l'attention des usagers :*

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

**ANALYSE DES BESOINS D'INTERVENTION POUR RÉDUIRE  
LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET CULTURELLES DANS  
L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES  
DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE :  
ÉTUDE QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **LARISSA SIDUONE TANKEU**  
En vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique.  
Finalité spécialisée en Santé publique options :  
Épidémiologie & Santé Internationale.

**Année académique 2024 - 2025**

# **ANALYSE DES BESOINS D'INTERVENTION POUR RÉDUIRE LES BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET CULTURELLES DANS L'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL DES DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE : ÉTUDE QUALITATIVE**

Mémoire présenté par **LARISSA SIDUONE TANKEU**  
En vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique.  
Finalité spécialisée en Santé publique options : Épidémiologie &  
Santé Internationale.

Année académique 2024 - 2025

Promotrice : **Madame MESCOLI ELSA**  
Docteur en sciences politiques et sociales  
Chargée de cours, Faculté des Sciences Sociales.  
Bâtiment B31 Faculté des sciences sociales - Quartier Agora  
+32 4 3663051  
E.Mescoli@uliege.be

## REMERCIEMENTS

Je tiens avant tout à exprimer toute ma gratitude à Madame Mescoli Elsa, ma promotrice, pour l'encadrement attentif dont j'ai bénéficié tout au long de la réalisation de mon protocole et de ce mémoire. Ses remarques, ses explications enrichissantes et son accompagnement constant ont joué un rôle déterminant dans l'aboutissement de cette recherche. Je lui suis particulièrement reconnaissante pour l'investissement et la disponibilité dont elle a fait preuve au cours de ces années académiques.

Je souhaite également remercier chaleureusement mes proches : **Kenguep Colette, Njantchou Evelyne, Ndonga Nadine Lore, Mboumi Roline et Kopa Audrey nickel.** Leurs encouragements et leur soutien moral ont été d'une grande aide tout au long de mon parcours de master.

## TABLE DE MATIÈRE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. PRÉAMBULE</b>  | <b>1</b>  |
| <b>2. INTRODUCTION</b>   | <b>2</b>  |
| 2.1. LES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉS À LA MIGRATION  | 2         |
| 2.1.1. Mouvements migratoires à l'échelle mondiale   | 2         |
| 2.1.2. Les différentes catégories utilisées pour définir les migrants                          | 2         |
| 2.1.3. La situation des migrants en Belgique : statistiques, défis et enjeux de santé publique | 3         |
| 2.1.4. L'accueil des migrants en Belgique : cadre légal et mesures d'intégration               | 3         |
| 2.2. SITUATION PROBLÈME  | 5         |
| 2.2.1. La barrière linguistique dans l'accompagnement médico-social                            | 5         |
| 2.2.2. Les barrières culturelles dans l'accompagnement médico-social                           | 6         |
| <b>3. CADRE THÉORIQUE</b>  | <b>7</b>  |
| <b>4. MODELE D'ANALYSE</b>   | <b>9</b>  |
| 4.1. Question de recherche   | 9         |
| 4.2. Objectif principal  | 9         |
| 4.3. Objectif secondaire   | 9         |
| 4.4. Hypothèse   | 9         |
| 4.5. Concepts étudiés  | 9         |
| 4.5.1. Équité  | 9         |
| 4.5.2. Vulnérabilité   | 10        |
| 4.5.4. Compétence culturelle   | 10        |
| 4.5.5. Les stratégies d'adaptation   | 10        |
| <b>5. MATERIEL ET METHODE</b>  | <b>11</b> |
| 5.1. Type d'étude et type de démarche de recherche   | 11        |
| 5.2. Caractéristiques de la population d'étude et paramètres étudiés                           | 11        |
| 5.3. Méthode d'échantillonnage, échantillon et méthode de recrutement                          | 11        |
| 5.4. Outil de collecte de données  | 12        |
| 5.5. Organisation et planification de la collecte des données                                  | 12        |
| 5.6. Traitement des données et méthodes d'analyse  | 13        |
| <b>6. RESULTATS</b>  | <b>14</b> |
| 5.1. État des lieux : profil des résidents   | 14        |
| 5.2. Accompagnement dans la structure d'accueil  | 15        |
| 5.3. Difficultés rencontrées dans l'accompagnement médico-social                               | 16        |
| 5.3.1. Difficultés d'ordre linguistique  | 16        |
| 5.3.1.1. L'outil de communication  | 16        |
| 5.3.1.2. Les contraintes personnelles face à l'apprentissage                                   | 17        |
| 5.3.1.3. Freins administratifs   | 18        |
| 5.3.1.4. Niveau d'instruction  | 18        |
| 5.3.1.5. Charge mentale et facteurs psychologiques des DPI                                     | 19        |
| 5.2.3. Diversité culturelle : des défis dès l'arrivée  | 20        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>5.3.4. Normes sociales et valeurs culturelles</b>                                  | <b>20</b> |
| <b>5.3.5. Défis d'intégration : impatience, discrimination, racismes et violences</b> | <b>21</b> |
| <b>5.3.6. Difficulté d'ordre relationnel</b>  | <b>22</b> |
| <b>5.3.7. Les défis de l'interprétariat dans l'accompagnement</b>                     | <b>22</b> |
| <b>5.3.8. Manque de personnel médical</b>   | <b>23</b> |
| <b>5.3.9. L'Inéquité dans l'accompagnement et l'accès aux services médico-sociaux</b> | <b>24</b> |
| <b>5.3.10. Impact psychologique et limites du rôle d'accompagnement</b>               | <b>25</b> |
| <b>5.4. <i>Solutions proposées par les accompagnateurs polyvalent</i></b>             | <b>27</b> |
| <b>5.4.1. Adaptation à la barrière linguistique</b>                                   | <b>27</b> |
| <b>5.4.2. Intégration et soutien social</b>   | <b>28</b> |
| <b>5.4.3. Besoin d'interprètes et de traducteurs internes</b>                         | <b>28</b> |
| <b>5.4.4. Prise en charge des « profils psy »</b>                                     | <b>29</b> |
| <b>7. DISCUSSION</b>  | <b>29</b> |
| <b>7.1. Résultats principaux et confrontation avec la littérature scientifique</b>    | <b>29</b> |
| <b>7.2. Perspectives en santé publique</b>  | <b>33</b> |
| <b>7.3. Limites et forces</b>   | <b>34</b> |
| 7.3.1. Forces   | 34        |
| 7.3.2. Limites  | 34        |
| <b>8. CONCLUSION</b>  | <b>35</b> |
| <b>9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>   | <b>36</b> |
| <b>10. ANNEXES</b>  | <b>39</b> |
| ♣ Annexe 1 : Guide de l'accompagnement individuel                                     | 39        |
| ♣ Annexe 2 : Demande du comité d'éthique  | 41        |
| ♣ Annexe 3 : Réponse du comité d'éthique  | 45        |
| ♣ Annexe 4 : Guide d'entretien  | 46        |
| ♣ Annexe 5 : Formulaire de consentement au stage                                      | 51        |

## ABBRÉVIATIONS

| Acronyme       | Signification   |
|----------------|---|
| <b>OE</b>      | Office des Étrangers  |
| <b>DPI</b>     | Demandeur de Protection Internationale                            |
| <b>CGRA</b>    | Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides                |
| <b>Fedasil</b> | Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile             |
| <b>ILA</b>     | Initiatives locales d'accueil                                     |
| <b>CPAS</b>    | Centres publics d'action sociale                                  |
| <b>OCDE</b>    | Organisation de coopération et de développement économique        |
| <b>HCR</b>     | Haut-commissariat des Nations unies pour les Réfugiés             |
| <b>ONU</b>     | Organisation des nations unies                                    |
| <b>CRB</b>     | Croix rouge Belgique  |
| <b>AI</b>      | Accompagnateur individuel   |
| <b>MENA</b>    | Mineurs étrangers non accompagnés                                 |
| <b>FLE</b>     | Français langue étrangère   |
| <b>LGBTQ</b>   | Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, queer/en questionnement |

## RÉSUMÉ

### INTRODUCTION :

La barrière linguistique et culturelle constitue un obstacle majeur à l'accompagnement médico-sociale des demandeurs de protection internationale (DPI). Malgré l'existence d'un cadre législatif garantissant leur accompagnement, ces difficultés persistent dans la pratique. L'objet de cette recherche porte sur les enjeux liés aux barrières linguistiques et culturelles dans l'accompagnement médico-social des DPI ne maîtrisant pas le français, au sein du centre d'accueil de Montegnée.

### MATÉRIEL ET MÉTHODE:

Cette recherche qualitative de type phénoménologique se concentre sur les expériences des participants de l'étude. Les données ont été recueillies via des entretiens semi-directifs auprès de 17 personnes, incluant des accompagnateurs médico-sociaux et des DPI. L'objectif de l'étude est d'identifier les principaux défis d'accompagnement liés aux barrières linguistiques et culturelles, ainsi que d'analyser les stratégies déployées pour y faire face.

### RÉSULTATS :

Les résultats de l'étude révèlent que les principales difficultés rencontrées dans l'accompagnement médico-social des DPI sont liées à la barrière linguistique et parfois aux différences culturelles, qui freinent leur accès aux services et compliquent leur intégration sociale. Ces obstacles, associés à des contraintes administratives, à la précarité économique et à des difficultés d'adaptation à un nouvel environnement culturel, entravent profondément l'accompagnement des DPI. Pour y faire face, les accompagnateurs médico-sociaux adoptent une attitude d'écoute active et mettent en place des stratégies telles que l'organisation d'activités collectives, la collaboration avec des réseaux associatifs, le suivi régulier des résidents et des réunions pluridisciplinaires pour trouver des solutions adaptées aux situations de vulnérabilité.

### CONCLUSION :

Cette étude met en lumière le rôle fondamental des collaborateurs et la nécessité d'un soutien constant face aux défis linguistiques et culturels. Le renforcement des dispositifs d'interprétariat, l'accès facilité aux médiateurs interculturels, l'apprentissage de la langue locale, la sensibilisation des collaborateurs au vécu des DPI et la formation continue des équipes sont des leviers essentiels mis en place pour garantir un accompagnement de qualité des DPI. L'accent doit également être mis sur l'encouragement à la réflexion collective au sein des équipes pour adapter en permanence les pratiques professionnelles et centrer l'action sur le bien-être et l'intégration sociale des résidents.

**MOTS-CLÉS** : accompagnement médico-sociale ; barrière culturelle et linguistique ; autonomie.

## **ABSTRACT**

### **INTRODUCTION:**

Linguistic and cultural barriers represent a major obstacle to the medico-social support of asylum seekers. Despite the existence of a legislative framework guaranteeing their support, these difficulties persist in practice. The focus of this research is on the issues related to linguistic and cultural barriers in the medico-social support of asylum seekers who do not master French, within the Montegnée reception center.

### **MATERIAL AND METHOD:**

This qualitative phenomenological study focuses on the experiences of the study participants. Data were collected through semi-structured interviews with 17 individuals, including medico-social support workers and asylum seekers. The aim of the study is to identify the main challenges in providing support to individuals facing language and cultural barriers, and to analyze the strategies used to overcome them.

### **RESULTS:**

The study results reveal that the main difficulties encountered in the medico-social support of IPS are linked to linguistic barriers and sometimes cultural differences, which hinder their access to services and complicate their social integration. These obstacles, combined with administrative constraints, economic precariousness, and difficulties adapting to a new cultural environment, deeply hinder the support provided. To address these challenges, medico-social workers adopt an active listening approach and implement strategies such as organizing group activities, collaborating with associative networks, regularly monitoring residents, and holding multidisciplinary meetings to find solutions adapted to vulnerable situations.

### **CONCLUSION:**

This study highlights the fundamental role of collaborators and the need for constant support in the face of linguistic and cultural challenges. Strengthening interpretation services, facilitating access to intercultural mediators, learning the local language, raising awareness among collaborators about the experiences of asylum seekers, and providing ongoing team training are essential levers to ensure quality support. Emphasis should also be placed on encouraging collective reflection within teams to continuously adapt professional practices and focus actions on the well-being and social integration of residents.

**KEYWORDS:** medical-social support, linguistic-cultural barriers, empowerment.

## 1. PRÉAMBULE

### MOTIVATION PERSONNELLE ET INTERET DE LA RECHERCHE

La motivation pour cette recherche repose sur un intérêt personnel et sur une curiosité marquée pour les défis rencontrés par les DPI. Ayant des proches et des connaissances qui ont vécu un parcours d'immigration, j'ai été témoin des nombreux défis auxquels ils ont dû faire face. Ces expériences, souvent marquées par des barrières linguistiques et culturelles, ont renforcé mon désir d'approfondir ma compréhension de ces enjeux.

À travers cette étude, je souhaite explorer de manière approfondie les difficultés rencontrées tant par les professionnels de l'accompagnement médico-social que par les DPI eux-mêmes. Il s'agirait de mieux comprendre les stratégies mises en place pour surmonter ces barrières, et d'identifier des pistes concrètes d'amélioration visant à optimiser l'intégration et l'accompagnement. Cette démarche s'inscrit dans une volonté de contribuer, à mon échelle, à l'élaboration de pratiques plus adaptées aux besoins spécifiques des DPI. En analysant les besoins d'intervention et en proposant des recommandations, mon objectif est d'alimenter une réflexion constructive sur les moyens de renforcer l'accompagnement des DPI, dans une perspective de santé publique et de réduction des inégalités sociales.

### LIEN AVEC LA FINALITÉ EN SANTÉ PUBLIQUE

En lien avec ma finalité en santé internationale, cette étude se base sur l'identification des barrières linguistiques et culturelles qui limitent l'accès des DPI parlant peu ou pas français, aux services médico-sociaux. En analysant ces obstacles, l'objectif est d'améliorer l'équité d'accès aux services de santé et de soutien social, en tenant compte des déterminants sociaux tels que la langue, la culture et l'environnement d'accueil. En mettant en lumière les difficultés spécifiques rencontrées par les DPI et leurs accompagnants, et en formulant des recommandations concrètes, cette recherche contribue à renforcer l'accès global aux services essentiels. Elle pourrait participer ainsi à nourrir la réflexion sur les politiques publiques d'accueil et d'intégration, en cohérence avec les enjeux prioritaires de santé publique.

## 2. INTRODUCTION

### 2.1. LES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE LIÉS À LA MIGRATION

#### 2.1.1. Mouvements migratoires à l'échelle mondiale

Chaque année, des millions d'individus sont contraints de quitter leur pays d'origine en raison de diverses circonstances (1). Selon les statistiques fournies par le haut-commissariat des nations unies pour les Réfugiés (HCR), en 2022, environ 108.4 millions de personnes ont été déplacées de leurs terres natales. Ces chiffres couvrent les populations telles que les réfugiés, les DPI et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (2). Selon l'Organisation des Nations Unies (ONU), « certaines personnes se déplacent en quête d'opportunités économiques, de travail ou pour rejoindre leurs proches, tandis que d'autres fuient les conflits, les persécutions ou les violations des droits de l'homme » (3)(p.1).

#### 2.1.2. Les différentes catégories utilisées pour définir les migrants

Le terme migrant « englobe toute personne qui quitte son pays, que ce soit par choix ou contrainte, dans le dessein de s'établir temporairement ou définitivement ailleurs »(4)(p.1). Cette catégorie englobe plusieurs sous-groupes, notamment les DPI, les réfugiés et les personnes sans papiers, chacune avec des définitions spécifiques.

Un demandeur d'asile, également appelé demandeur de protection internationale (DPI), est « un individu ayant fui son pays en quête de sécurité, ayant formulé une demande d'asile et attendant la décision finale des autorités belges à ce sujet » (4)(p.1).

Un réfugié est « quelqu'un ayant quitté son pays par crainte justifiée de persécution fondée sur sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un groupe social spécifique ou ses opinions politiques » (4)(p.1).

Une personne sans papiers est « une personne en situation irrégulière, c'est-à-dire ne disposant pas ou plus de l'autorisation légale de résider dans le pays où elle se trouve » (4)(p.1).

Selon l'agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile (FEDASIL) (2018), chacune de ces catégories comporte des procédures spécifiques en matière de reconnaissance de statut, d'accès aux services sociaux et de droits légaux, ainsi que des conditions de vie souvent précaires et marquées par l'incertitude et la vulnérabilité (5).

### **2.1.3. La situation des migrants en Belgique : statistiques, défis et enjeux de santé publique**

L'immigration en Belgique représente un enjeu majeur, tant en termes d'accueil que d'intégration. Selon l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE), la Belgique a enregistré en 2021, une augmentation de 21% du nombre de nouveaux immigrants par rapport à l'année précédente (6). Parmi les DPI, les nationalités les plus représentées étaient les Afghans, suivis des Syriens, des Palestiniens, des Burundais et des Érythréens (7). Ces chiffres illustrent non seulement l'ampleur de l'immigration, mais aussi la diversité des profils des demandeurs d'asile, ce qui peut rendre leur accueil et leur intégration particulièrement complexes.

### **2.1.4. L'accueil des migrants en Belgique : cadre légal et mesures d'intégration**

Pour répondre à ces défis, la loi du 12 janvier 2007, connue sous le nom de « loi accueil », ainsi que le fonds «Asile, migration et intégration» (FAMI) de l'union européenne pour la période 2021-2027, encadrent l'accueil des demandeurs d'asile et des migrants en Belgique(8). Cette législation, qui transpose les normes minimales établies par les directives européennes, prévoit un soutien financier destiné à l'intégration des ressortissants de pays tiers à travers des programmes d'intégration précoce axés sur l'éducation, l'apprentissage des langues et des formations spécifiques telles que l'orientation civique et l'accompagnement professionnel(8). Ces mesures visent à garantir une vie décente aux DPI tout en harmonisant les pratiques au sein des États membres(9)(8). De plus, cette loi prévoit une assistance matérielle incluant l'hébergement, les soins médicaux, une allocation journalière, ainsi que l'accès à une aide juridique, à l'interprétariat et à des formations (9)(8). Malgré ces dispositifs, de nombreux défis persistent. Les obstacles linguistiques, culturels et administratifs limitent leur accès aux soins et aux services essentiels, renforçant leur vulnérabilité. Ainsi, une approche adaptée aux besoins spécifiques des DPI apparaît essentielle pour favoriser leur bien-être et leur insertion durable au sein de la société belge.

En plus, l'accueil des DPI est coordonné par Fedasil, l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile, qui supervise environ 100 centres couvrant 75 % de la capacité d'hébergement nationale (10). Ces structures sont gérées directement par Fedasil soit confiées à des partenaires, tels que la Croix-Rouge, qui administre à elle seule 30 centres à travers le pays (11)(12). En complément des centres collectifs, des logements individuels,

appelés Initiatives Locales d'Accueil (ILA), sont mis en place par les centres publics d'action sociale (CPAS) et diverses associations pour assurer un hébergement temporaire durant l'examen des demandes de protection internationale (5).

Toutefois, le système d'accueil belge fait face à une saturation importante, avec un taux d'occupation atteignant 96 % en 2021, ce qui exerce une pression considérable sur les infrastructures et les dispositifs d'accompagnement des DPI (13)(14). Pour répondre à cette situation, plusieurs acteurs institutionnels et associatifs collaborent pour assurer l'hébergement et l'accompagnement des personnes concernées. Fedasil pilote le dispositif national d'accueil en partenariat avec des organisations telles que la croix-rouge, Caritas International et le CIRÉ (10). La croix-rouge assure une prise en charge sociale et médicale dans ses centres (15), tandis que Caritas propose des solutions d'hébergement individualisé pour les personnes vulnérables telles que les victimes de guerre, de violences, de catastrophes ou de pauvreté (16). De son côté, le CIRÉ développe des structures spécifiques pour les personnes LGBTQIA+, répondant à leurs besoins particuliers (17). Ces initiatives visent à adapter l'accueil à la diversité des profils et à renforcer l'accès à un accompagnement digne. Néanmoins, sur le terrain, la saturation persistante des demandes rend nécessaire une meilleure coordination entre les acteurs, un soutien structurel renforcé et une adaptation continue aux évolutions du terrain et aux réalités des DPI.

#### **2.1.4.1. Les défis et vulnérabilités des migrants**

Selon le Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants de l'OMS (2022), les migrants comptent parmi les groupes les plus vulnérables de la société (18)(p.7). Ils sont souvent confrontés à la xénophobie, à la discrimination, aux barrières linguistiques et culturelles, ainsi qu'à de mauvaises conditions de vie, de logement et de travail (18). Bien qu'ils aient des besoins de santé souvent accrus, leur accès aux services médicaux et au soutien psycho-social reste limité (18)(p.1). De plus, leur exposition accrue aux problèmes de santé physique, mentale et socio-économique s'explique par plusieurs facteurs : les conditions de vie précaires, les traumatismes liés à la violence et aux conflits, le stress des démarches administratives pour l'obtention d'un titre de séjour, ainsi que l'adaptation à un nouvel environnement marqué par des barrières culturelles et linguistiques (19). Ces éléments ont des répercussions négatives sur leur bien-être, augmentant le risque de détérioration de leur état de santé à long terme (19–21).

## **2.2. SITUATION PROBLÈME**

La littérature met en évidence que l'accès aux soins de santé et services sociaux de qualité est souvent compromis pour les migrants (20,22,23). Ces individus peuvent être confrontés à de multiples obstacles comme ceux précédemment cités, lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins de santé et services sociaux dans leur pays d'accueil. Parmi ces obstacles, la barrière linguistique et culturelle dans l'accès aux services médico-sociaux pour les demandeurs d'asile seront les principaux points développés par la suite (19).

### **2.2.1. La barrière linguistique dans l'accompagnement médico-social**

Comme le soulignent plusieurs études, la maîtrise de la langue du pays d'accueil est essentielle pour les DPI dans la prise en charge médico-sociale (24–26). Bien communiquer aidera les DPI à expliquer clairement leurs problèmes de santé et leurs besoins sociaux, ce qui aide les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux à évaluer leurs besoins et à planifier leur prise en charge adéquate plus facilement (22,25)(26).

Ensuite, la maîtrise de la langue locale favorise l'intégration sociale des DPI dans la société d'accueil. En leur permettant de communiquer plus facilement avec les membres de la communauté locale, elle leur ouvre des opportunités de participation à des activités sociales et culturelles (22). Cela contribue à réduire leur isolement et à renforcer leur sentiment d'appartenance à leur nouveau lieu de vie (22).

En outre, selon Lefebvre et al., (2019), l'utilisation de services d'interprétariat par les professionnels de la santé reste insuffisante (27). Par conséquent, le niveau de maîtrise de la langue et des connaissances sur certains aspects médico-sociaux des DPI peut ne pas être suffisant pour communiquer efficacement avec le personnel médico-social, notamment sur des sujets médicaux ou sociaux complexes (27). Malgré la prise de conscience de l'importance des interprètes professionnels, ces derniers sont sous-utilisés ou peu disponibles (27)(28)(29). Cela se traduit par des soins insatisfaisants, un accès restreint aux services médico-sociaux, un risque accru de problèmes médicaux graves, une augmentation des hospitalisations et une compréhension limitée de la santé (30).

En outre, face aux différences culturelles et linguistiques rencontrées, certains professionnels du terrain d'accueil des DPI signalent leur incapacité à interpréter correctement certains comportements ou à identifier des problèmes complexes tels que les troubles psychologiques, la violence familiale ou sexuelle (30). Il arrive que les professionnels de santé posent un diagnostic erroné ou ne saisissent pas correctement la demande des patients (27,31).

« Certains DPI consultent dès lors moins les services de soin et respectent moins bien les conseils médicaux » (28)(p.2).

Cependant, la barrière linguistique entre les DPI et le personnel médico-social peut être attribuée à la diversité linguistique et socio-culturelle, identifiée par les recherches comme un facteur explicatif majeur (23,26). Leurs origines culturelles diffèrent souvent de celles des soignants, ce qui peut constituer un frein à l'accompagnement et rendre la prise en charge plus difficile (24,29).

### **2.2.2. Les barrières culturelles dans l'accompagnement médico-social**

Les auteurs Durieux-Paillard, S. et Loutan, L. (2005) soulignent qu'avec l'augmentation des flux migratoires, la diversité des origines géographiques des migrants s'accroît, exposant ainsi le personnel soignant à une plus grande diversité culturelle (32). Cela peut poser des défis supplémentaires, car les professionnels doivent s'adapter aux besoins spécifiques de chaque patient en tenant compte de leurs croyances, valeurs et pratiques culturelles (32).

Selon ces mêmes auteurs, « bien que cette diversité puisse enrichir les pays d'accueil, elle accroît également le risque de malentendus, en particulier en raison des différences culturelles et linguistiques » (32)(p.1). Ainsi, les accompagnateurs rencontrent fréquemment des défis lorsqu'il s'agit de communiquer avec des patients ne partageant pas la même langue (25).

De même, les recherches dénoncent un système de santé peu adapté à leurs besoins et à leurs spécificités culturelles (33–35). Selon Dauvrin M. et al., dans le contexte des migrants et plus précisément des DPI en Belgique, les différences culturelles dans l'expression des symptômes, la compréhension de la santé et l'interprétation des diagnostics sont observées (36). Ces variations peuvent conduire à des incompréhensions de la part des soignants, qui peuvent mal interpréter les symptômes exprimés (37). Par exemple, les douleurs perçues comme graves par le DPI peuvent être interprétées par le médecin comme « une exagération ou une dramatisation, notamment dans certaines cultures » (38)(p.92). De même, selon les auteurs Dauvrin, M. & al., (2010), « le refus des soins par un soignant du sexe opposé peut être influencé par des normes culturelles » (36)(p.1). Ces manifestations culturelles peuvent entraîner des effets négatifs, car elles peuvent être mal interprétées ou peu comprises par le personnel soignant (28). Par exemple, « consulter un spécialiste est courant dans certains pays, tandis qu'en Belgique, c'est le généraliste qui prescrit un examen spécialisé, ce qui peut

être mal compris par le résident » (38)(p.92) et « le sentiment de frustration qui en découle chez le résident peut entraîner des réactions agressives » (38)(p.92).

En outre, la langue joue un rôle essentiel dans la transmission des valeurs culturelles et dans la construction d'une relation de confiance entre les professionnels médico-sociaux et les bénéficiaires (36). Cependant, les barrières linguistiques et les différences culturelles peuvent entraver la qualité de l'accompagnement, compliquer l'adaptation des DPI à leur nouvel environnement et affecter l'efficacité des services médico-sociaux (19,28). Ces difficultés soulèvent ainsi des enjeux cruciaux en matière d'équité des services médico-sociale dans l'accompagnement (19).

Au regard de ces éléments, il apparaît que les barrières linguistiques et culturelles constituent des obstacles majeurs à un accompagnement médico-social équitable et efficace des DPI. Cette recherche s'est ainsi intéressée à la perception des professionnels du centre de Montegnée face à ces défis, ainsi qu'aux stratégies mises en œuvre pour les surmonter. Afin d'analyser ces enjeux, le cadre de la communication interculturelle sera mobilisé, dans le but de mieux comprendre les dynamiques relationnelles entre les DPI et les professionnels.

### 3. CADRE THÉORIQUE

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche mobilisant le cadre de la communication interculturelle pour analyser les obstacles rencontrés dans l'accompagnement médico-social des DPI. En s'appuyant sur les travaux de Stoiciu (2008), qui définit la communication interculturelle comme « *la rencontre entre porteurs de cultures différentes* »(29). Il devient possible d'analyser les interactions entre professionnels et DPI comme des dynamiques influencées par des écarts linguistiques, des valeurs culturelles et des conceptions divergentes de la relation d'aide. Ces dynamiques peuvent freiner l'accès équitable aux services, et générer des tensions invisibles dans la relation de soin. Cette rencontre peut être appréhendée à quatre niveaux :

- ♣ La rencontre "avec", met en avant la nécessité de reconnaître les acteurs impliqués, leurs cultures respectives et leurs identités singulières (29)(p.8). Elle invite à considérer la diversité des contextes culturels et des trajectoires individuelles comme des éléments clés pour instaurer une communication respectueuse et compréhensive (27).

- ♣ La rencontre "entre", met en lumière la dimension relationnelle de la communication interculturelle. Elle se focalise sur les dynamiques qui émergent au cours des échanges : interactions, négociations identitaires, ajustements mutuels et malentendus éventuels participent à façonner ces rapports (29)(p.8).
- ♣ La rencontre "agissant sur", « souligne l'importance d'adapter les stratégies de communication en fonction des évolutions sociales et économiques qui peuvent influencer les interactions interculturelles » (29)(p.8).

Ce modèle est complété par les travaux de Schouten et Meeuwesen (2006), qui identifient trois variables clés influençant la qualité de la communication interculturelle en contexte de soin :

- **Les différences culturelles dans les modèles explicatifs de la santé et de la maladie**  
Kleinman (1981), décrit ce modèle comme « les notions concernant un épisode de maladie et son traitement, utilisées par tous ceux qui participent au processus clinique ». (39)(p.9-10). Les patients, influencés par des facteurs culturels et personnels, ont souvent des conceptions différentes de celles des soignants, qui se basent principalement sur une perspective biomédicale (39)(p.45).
- **Les différences de valeurs culturelles liées à l'individualisme et le collectivisme**  
Les valeurs culturelles liées à l'individualisme et au collectivisme influencent les styles de communication. Selon Triandis et Trafimow (2008), les cultures individualistes valorisent l'autonomie et l'expression explicite, tandis que les cultures collectivistes privilégient la cohésion du groupe et la retenue. Ces divergences peuvent engendrer des malentendus dans l'accompagnement, lorsque les codes implicites de l'un ne sont pas compris par l'autre. Un DPI issu d'un contexte collectiviste peut paraître passif ou réservé aux yeux d'un professionnel individualiste. À l'inverse, l'assertivité d'un intervenant peut être perçue comme intrusive ou brutale. Ces écarts appellent à une adaptation consciente des styles de communication pour favoriser une relation d'aide équitable (40).
- **Les stéréotypes et les préjugés dans les relations interculturelles** selon Robinson, M. et Gilmartin, J. (2002), complexifient davantage les difficultés de communication (41). Les défis rencontrés dans la communication entre personnes de cultures différentes peuvent provenir de perceptions biaisées, ce qui risque d'altérer la qualité des soins (41).

- **Les différences linguistiques** entre les DPI et le personnel médico-social peuvent constituer un obstacle majeur à la communication interculturelle (42).

Ce cadre théorique offre une grille d'analyse pertinente des pratiques et tensions observées sur le terrain. Il permet de dépasser une approche purement technique, en recontextualisant les difficultés dans des interactions culturelles marquées par des écarts de compréhension et d'accès aux ressources.

## 4. MODELE D'ANALYSE

### 4.1. Question de recherche

Comment le personnel du centre d'accueil de Montegnée perçoit et surmonte les principaux défis linguistiques et culturels rencontrés dans l'accompagnement médico-social des DPI qui ne maîtrisent pas le français?.

### 4.2. Objectif principal

Analyser les stratégies actuellement utilisées par le personnel médico-social du centre d'accueil de Montegnée pour surmonter les barrières linguistiques et culturelles dans l'accompagnement des DPI ne maîtrisant pas le français.

### 4.3. Objectif secondaire

Comprendre les facteurs sous-jacents aux problématiques rencontrées par les professionnels et les DPI dans l'accompagnement médico-social.

### 4.4. Hypothèse

La barrière linguistique et culturelle entre le personnel médico-social et les DPI du centre d'accueil de Montegnée affecte la qualité des services médico-sociaux, ainsi que l'efficacité de l'accompagnement et de la prise en charge médico-sociale des DPI ne maîtrisant pas le français.

### 4.5. Concepts étudiés

#### 4.5.1. Équité

L'équité implique ici une adaptation des services aux besoins spécifiques des personnes accueillir. Dans cette étude, les professionnels soulignent que certains DPI ne bénéficient pas toujours du même niveau de service que ceux maîtrisant la langue, en raison des barrières

linguistiques qui freinent la communication, limitent la compréhension mutuelle et nuisent à la qualité de l'accompagnement.

#### **4.5.2. Vulnérabilité**

Les DPI présentent une vulnérabilité multidimensionnelle liée à la précarité administrative, aux parcours migratoires souvent marqués par des traumatismes, à l'isolement social et aux difficultés de communication. Ces facteurs combinés complexifient leur prise en charge médico-sociale.

#### **4.5.3. Autonomie :**

Fait référence ici à la capacité du DPI à pouvoir s'adapter à la barrière linguistique voire culturelle, et à prendre des initiatives personnelles pour s'instruire dans la langue et les habitudes locales, afin de faciliter son intégration.

#### **4.5.4. Compétence culturelle**

La compétence culturelle désigne la capacité des professionnels à adapter leurs pratiques aux contextes culturels des personnes accompagnées. Elle repose sur une posture réflexive, une écoute active et une remise en question de ses propres repères. Elle ne nécessite pas une connaissance exhaustive des cultures, mais une ouverture à l'altérité. L'étude met en évidence un manque de formation en interculturalité, entraînant malentendus et interprétations biaisées. Les comportements des DPI sont parfois analysés selon les référents culturels des intervenants, ce qui peut nuire à la qualité de l'accompagnement.

#### **4.5.5. Les stratégies d'adaptation**

Ce concept s'est concentré sur les approches actuellement utilisées par le personnel médico-social pour surmonter les obstacles linguistiques et culturels dans l'accompagnement médico-social des DPI, ainsi que sur l'identification des pistes d'amélioration.

## 5. MATERIEL ET METHODE

### 5.1. Type d'étude et type de démarche de recherche

Cette étude a reposé sur une approche qualitative exploratoire, adoptant une approche phénoménologique visant à prendre compte des expériences et perceptions des DPI et du personnel médico-social du centre d'accueil de Montegnée face aux défis linguistiques et culturels dans l'accompagnement. Cette approche a permis d'examiner les aspects subjectifs et contextuels du phénomène étudié.

La démarche adoptée a été inductive, avec une collecte de données directement auprès des DPI et des professionnels médico-sociaux, afin d'identifier leurs perceptions ainsi que les stratégies mises en place pour surmonter ces obstacles. L'objectif était de faire émerger des connaissances à partir des témoignages recueillis.

Pour ce faire, une méthodologie d'entretiens semi-dirigés a été retenue. Cette méthode a permis d'explorer de manière approfondie les expériences des participants, tout en favorisant un échange structuré mais flexible, où chacun a pu exprimer librement ses perceptions et ressentis.

### 5.2. Caractéristiques de la population d'étude et paramètres étudiés

La population étudiée se composait de deux groupes principaux :

- a. Les professionnels médico-sociaux (directrice, infirmier, assistants sociaux, accompagnateurs polyvalents) intervenant directement auprès des DPI au sein du centre d'accueil de Montegnée. Leur expertise a permis de mieux comprendre les défis linguistiques et culturels rencontrés et les stratégies mises en place pour y remédier.
- b. Les DPI, en particulier ceux confrontés à des barrières linguistiques et culturelles dans leur parcours d'intégration et leur accès aux services médico-sociaux.

### 5.3. Méthode d'échantillonnage, échantillon et méthode de recrutement

Une méthode d'échantillonnage non probabiliste par choix raisonné a été utilisée afin de sélectionner des participants répondant aux critères spécifiques de l'étude. Les participants ont été recrutés directement sur le terrain, au sein du centre d'accueil de Montegnée. Avant le début de la collecte de données, l'autorisation des administrateurs du centre a été obtenue. Une fois cette autorisation accordée, des rendez-vous ont été fixés avec les professionnels médico-sociaux et les DPI, en fonction de leur disponibilité et de leur volonté de participer à

l'étude. Cette approche a permis d'assurer que les participants sélectionnés possédaient bien les caractéristiques nécessaires pour répondre aux objectifs de la recherche.

#### **5.4. Outil de collecte de données**

Afin d'orienter les discussions, un guide d'entretien a été élaboré en amont. Il visait à explorer les défis linguistiques et culturels rencontrés par les professionnels médico-sociaux et les DPI, ainsi que les stratégies mises en place pour y faire face. Les questions ont été formulées de manière ouverte afin d'encourager des réponses détaillées et de permettre une analyse approfondie des expériences des participants. Deux guides d'entretien distincts ont été conçus : l'un destiné aux accompagnateurs médico-sociaux et l'autre aux DPI, afin d'adapter les questions aux spécificités de chaque groupe et de mieux cerner leurs perspectives respectives.

#### **5.5. Organisation et planification de la collecte des données**

Pour mener à bien cette étude, plusieurs étapes ont été réalisées afin d'obtenir les autorisations et collaborations nécessaires. Tout d'abord, une demande a été adressée au comité d'éthique afin d'obtenir une autorisation d'accès au terrain de stage. Celui-ci a déterminé que l'étude ne relevait pas de la loi de 2004 sur les expérimentations sur la personne humaine et, n'ayant pas vocation à être publiée dans une revue scientifique ou médicale, la soumission au comité d'éthique n'a donc pas été requise. Ensuite, une première rencontre a eu lieu avec la responsable de l'accueil des étudiants stagiaires au sein du centre de la croix-rouge de montegnée. Lors de cet échange, la recherche et ses objectifs ont été présentés. Après cela, une clause de confidentialité a été signée entre moi-même, l'université de Liège et le centre de la croix-rouge afin de garantir le respect de l'éthique et la confidentialité des données.

Lors de la deuxième rencontre, l'accueil au sein du centre a été effectué, marquant le début du stage. L'organisation de la collecte des données a nécessité une planification soignée des entretiens individuels, en tenant compte des disponibilités des participants. La collecte a suivi la méthodologie suivante : dans un premier temps, des entretiens ont été réalisés avec le personnel médico-social, puis avec les DPI. Les entretiens se sont déroulés en face-à-face, au sein du centre d'accueil de Montegnée, dans un environnement propice à la confidentialité et

à la spontanéité des échanges. Les entretiens avec les accompagnateurs ont eu lieu en français, ceux avec certains DPI en anglais, et dans les cas où il n'y avait aucune langue en commun, la communication s'est effectuée à l'aide d'un logiciel de traduction. Avec l'accord des participants, les entretiens ont été enregistrés afin d'assurer une retranscription des propos des données recueillies.

## **5.6. Traitement des données et méthodes d'analyse**

Les données recueillies ont été traitées et analysées de façon anonyme, selon une approche qualitative. Après la collecte des entretiens, ceux-ci ont été intégralement retranscrits sous un format word, afin d'assurer une analyse rigoureuse du contenu. Une analyse thématique a ensuite été réalisée pour identifier les principales tendances et récurrences dans les discours des participants. Le processus d'analyse s'est déroulé en plusieurs étapes. Tout d'abord, une lecture attentive des retranscriptions a permis une immersion dans les données. Un codage initial a ensuite été effectué, en catégorisant les propos selon des thématiques émergentes telles que les obstacles linguistiques, les malentendus culturels, les stratégies d'adaptation mises en place par les professionnels et les impacts sur la qualité de l'accompagnement médico-social. Ces catégories ont été affinées au fil du processus pour structurer les résultats de manière cohérente et pertinente.

Afin d'assurer la validité des résultats, une triangulation des données a été réalisée en croisant les perceptions des professionnels médico-sociaux, celles des DPI et les données issues de l'observation de terrain. L'observation a été un outil essentiel pour comprendre le contexte quotidien et les interactions entre les résidents et les intervenants. Pendant plusieurs semaines, les activités quotidiennes au sein du centre d'accueil ont été observées, permettant d'identifier des dynamiques informelles, des stratégies d'adaptation mises en place par les professionnels, ainsi que des situations dans lesquelles les barrières linguistiques provoquaient des ruptures dans l'accompagnement. Cette démarche a également fourni des éléments contextuels qui ont permis d'enrichir et de nuancer les réponses recueillies lors des entretiens.

## 6. RESULTATS

Afin de mieux comprendre les dynamiques d'accompagnement médico-social dans un contexte interculturel, les résultats issus de l'enquête menée auprès des DPI et des professionnels du centre d'accueil de la croix-rouge de Montegnée sont présentés selon une analyse thématique. Cette analyse met en lumière les interactions entre résidents et collaborateurs médico-sociaux, les difficultés rencontrées dans l'accompagnement, les stratégies mises en place pour y faire face, ainsi que les besoins et attentes exprimés par les différents acteurs. Elle s'appuie également sur l'observation de situations-clés et sur la politique institutionnelle en matière de gestion de la diversité culturelle, dans le but de saisir les enjeux d'intégration, de communication et de qualité de l'accompagnement au sein du centre. Dix-sept entretiens ont été réalisés durant la phase de collecte de données.

**Tableau I : caractéristiques de la population**

| Profile  | Sexe | Années d'exercice           | Durée de l'entretien |
|--|------|-----------------------------|----------------------|
| Directrice                                     | F    | 2,5ans                      | 44'26                |
| Infirmière - (Infi)                            | F    | « Depuis plusieurs années » | 51'07                |
| Secrétaire médical (SM)                        | F    | 2ans                        | 32'17                |
| Assistante sociale 1 (AS1)                     | F    | 10ans                       | 39'                  |
| Assistant sociale 2 (AS2)                      | H    | 2ans                        | 1h11                 |
| Accompagnatrice sociale (AI1)                  | F    | 1an                         | 41'42                |
| Accompagnatrice sociale (AI2)                  | F    | 1,5ans                      | 33'51                |
| Accompagnateur sociale (AI3)                   | H    | 2ans                        | 38'06                |
| Accompagnateur sociale (AI4)                   | H    | 5ans                        | 50'39                |
| Accompagnatrice sociale (AI5)                  | F    | 1,5ans                      | 36'                  |
| Coordinatrice accompagnateurs individuel (CAI) |      | 5,5 ans                     | 1h4'37               |
| Référent MENA                                  | H    | 10ans                       | 22'                  |
| Résident (R1)                                  | H    | /                           | 34'45                |
| Résident (R2)                                  | F    | /                           | 9'                   |
| Résident (R3)                                  | H    | /                           | 12'11                |
| Résident (R4)                                  | F    | /                           | 10'17                |
| Résident (R5)                                  | F    | /                           | 19'4                 |

### 5 .1. État des lieux : profil des résidents

Les résidents du centre d'accueil viennent d'horizons variés, tant sur le plan géographique que linguistique. Ils proviennent principalement d'Afrique centrale (RDC, Burundi), du Maghreb, du Moyen-Orient (Palestine, Syrie), d'Asie du Sud (Pakistan, Afghanistan), d'Europe de l'Est et d'Amérique du Sud : « *on reçoit du monde de partout, les arabophones, les anglophones, (...)* »

*Il y a même des gens qui ne connaissent que le dialecte d'une région de leur pays d'origine (...) mais c'est vraiment le direct du coin, là où ils viennent (...) et ça, vraiment ça rend la prise en charge difficile ».*(AI1) Cette grande diversité linguistique et culturelle constitue un véritable défi pour les équipes d'accueil, notamment en matière de communication, de compréhension mutuelle et d'adaptation des accompagnements proposés. Selon une infirmière du centre, la population est particulièrement fragile, l'absence de soins adéquats dans leur pays d'origine a souvent aggravé leur état de santé et nécessite un suivi « *Ici, on reçoit des demandeurs d'asile qui ont quitté leur pays, qui ont vécu la guerre, des traumatismes, viols, bref, toutes ces problématiques-là donc, c'est quand même un public assez vulnérable (...) donc c'est assez compliqué parfois de gérer ces situations, et cetera* » (Infi).

## **5.2. Accompagnement dans la structure d'accueil**

L'accueil des résidents repose sur un cadre déontologique basé sur quatre valeurs fondamentales : respect, orientation client, impartialité et discréetion. À leur arrivée, chaque résident est pris en charge par un référent qui garantit la confidentialité des échanges, informe sur les droits, oriente vers les services adaptés et construit un suivi personnalisé : « *quand ils arrivent chez nous, on fait l'accueil, on lui explique un peu le fonctionnement ici de la croix-rouge,...) on lui fixe un rendez-vous qu'on appelle le J+1, c'est le lendemain (...) c'est un jour où on explique vraiment tout* » (AI2). Ce processus vise à poser les premières bases du parcours d'accompagnement.

L'accompagnateur individuel (AI) joue un rôle pivot dans le suivi des résidents. Il évalue leurs besoins, les aide à organiser leur quotidien (inscription scolaire, démarches administratives, ouverture de compte...etc.), et ajuste son accompagnement selon les vulnérabilités identifiées. Il travaille en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (bureau social, médical, scolarité, formation, direction) pour garantir une prise en charge globale : « *(...) son engagement contribue à offrir un cadre structurant et bienveillant au résident, être la personne de ressource dans la vie quotidienne au sein du centre et qui est garante de son projet d'accompagnement individuel (...)*» (CAI). Ainsi, l'AI contribue activement à l'intégration des résidents.

En parallèle, la structure propose diverses formations pour soutenir cette intégration, telles que des cours de français ou des ateliers de citoyenneté et de sensibilisation : « (...) *les formations internes, ce sont des formations que la croix-rouge met à disposition des résidents, par exemple, « Hello Belgium », qui est une formation de citoyenneté et joue un rôle central en permettant aux DPI de mieux comprendre le fonctionnement des institutions belges, la structure de l'État, ainsi que des notions fondamentales comme l'égalité femmes-hommes, la lutte contre les discriminations ou encore le respect du cadre légal belge* » (AI4). Les formations externes quant à elles, sont proposées en lien avec des structures partenaires telles que des ASBL ou des organismes publics. Elles offrent aux résidents la possibilité de s'engager dans des parcours plus spécialisés ou certifiants, en lien avec leurs aspirations professionnelles ou éducatives. Ces dispositifs, internes comme externes, contribuent à une meilleure compréhension de l'environnement social tout en favorisant l'autonomie et la construction d'un projet d'avenir.

L'autonomisation progressive est un aspect important visé dans l'accompagnement. L'enjeu est de leur permettre de gérer seuls leurs démarches et de développer leurs compétences pour s'intégrer dans la société : « *Ils ont des accompagnateurs individuels (...) mais on travaille aussi l'autonomie des résidents, sans faire le taf à leur place* » (SM). Dans cet esprit, certaines pratiques sont volontairement mises en place, comme l'envoi de courriers non traduits, afin de responsabiliser les résidents face à l'usage de la langue officielle : « *Moi, par exemple, quand j'envoie des lettres aux résidents, je ne traduis pas parce que j'estime que je ne leur rends aucun service en le faisant (...)* » (AS1). Ainsi, l'accompagnement proposé au sein de la structure d'accueil repose sur une approche visant à renforcer l'autonomie des résidents tout en respectant leur rythme et leurs besoins spécifiques.

### **5.3. Difficultés rencontrées dans l'accompagnement médico-social**

#### **5.3.1. Difficultés d'ordre linguistique**

##### **5.3.1.1. L'outil de communication**

L'apprentissage du français constitue un enjeu essentiel pour les résidents en centre d'accueil. Il conditionne non seulement leur capacité à communiquer au quotidien, mais aussi leur intégration sociale et professionnelle. Faute de maîtrise de la langue, la communication repose souvent sur des outils de traduction comme google traduction ou deepl. Ces moyens,

bien qu'utiles, montrent rapidement leurs limites : « *Oui, là clairement, parfois les langues sont très mal traduites et on ne comprend rien (...)* » (AI5). Dans certains cas, l'usage de ces outils devient même non adapté, notamment face à l'illettrisme : « *(...) même avec l'outil google traducteur c'était difficile, parce qu'elle est illettrée, elle ne savait ni lire ni écrire* » (AI2). Ces outils sont appréciés pour leur accessibilité et leur rapidité, mais restent peu fiables pour les entretiens sensibles ou complexes : « *On peut l'utiliser partout, ça rassure aussi le résident mais ça reste une aide non fiable* » (AI5). Certains professionnels préfèrent éviter leur usage lorsqu'ils doivent transmettre des informations liées à la procédure, de peur que le message ne soit mal interprété : « *Moi au bureau social j'évite (...) google traducteur ne traduit pas toujours exactement le message que je souhaite passer* » (AI5). Cette dépendance aux outils numériques révèle un manque de solutions institutionnalisées adaptée aux besoins linguistiques. Les professionnels sont ainsi contraints d'improviser, parfois en sollicitant des collègues parlant la langue du résident. Ce recours à l'entraide interne souligne la solidarité entre membres de l'équipe, mais met aussi en lumière l'insuffisance des moyens structurés pour faire face à ces défis. Dans certaines situations non confidentielles, cette entraide peut toutefois faciliter la compréhension : « *Un collègue qui parle arabe vient parfois traduire, et j'avoue que ça peut faciliter les choses* » (AI3).

### **5.3.1.2. Les contraintes personnelles face à l'apprentissage**

L'apprentissage du français est perçu comme un levier essentiel d'intégration pour les DPI. Des cours sont proposés au sein des centres d'accueil ainsi qu'à l'extérieur, toutefois, de nombreux freins personnels, institutionnels et structurels limitent l'accès à ces dispositifs.

Sur le plan personnel, les priorités des résidents ne permettent pas toujours de placer l'apprentissage linguistique au premier plan. Nombre d'entre eux doivent assumer des responsabilités économiques importantes, notamment envers leur famille restée au pays, ce qui les pousse à rechercher un emploi au plus vite, parfois au détriment de leur parcours éducatif : « *Il y en a qui sont ici et la priorité, c'est d'envoyer aussi de l'argent à la famille qui est au pays pour qu'ils cherchent un moyen de venir ici, etc. Donc il y a la réalité aussi.* » (SM1)

D'un point de vue structurel, les dispositifs de formation en français langue étrangère (FLE) restent insuffisamment développés en raison du manque de financements et de places disponibles : « *la barrière linguistique, c'est un vrai handicap (...) Il n'y a pas suffisamment*

*d'offres pour permettre aux résidents d'avoir des rudiments dans l'apprentissage du FLE (...) »* (Directrice). Même lorsque la motivation est présente, l'accès à une formation formelle se heurte à ces limites, ce qui accentue les inégalités d'accès à un apprentissage pourtant crucial. Dans ce contexte, certains professionnels insistent sur la nécessité d'un engagement individuel et sur l'existence d'alternatives informelles : « *Il peut y avoir un manque de place pour apprendre le français dans un cadre structuré, mais c'est aussi à eux de prendre des initiatives (...) sur internet, il y a des ressources, des vidéos, des applications (...) »* (AI5). Ces stratégies autonomes, basées sur des outils numériques ou des interactions quotidiennes (dans les commerces, avec les voisins, etc.), permettent de pallier partiellement les lacunes des dispositifs officiels. Cette situation met en lumière une tension entre responsabilité individuelle et responsabilité institutionnelle, soulevant la question de l'équité dans l'accès aux moyens d'intégration. L'apprentissage de la langue nécessite non seulement des ressources adaptées, mais également un accompagnement attentif aux réalités sociales, économiques et psychologiques, souvent complexes et fragiles, des parcours de vie des DPI.

#### **5.3.1.3. Freins administratifs**

L'accès aux formations, aux cours extérieurs et au marché de l'emploi dépend de l'obtention d'un titre de séjour spécifique : la carte orange, délivrée uniquement après le premier entretien avec l'Office des Étrangers. En cas de procédure Dublin, destinée à déterminer si la Belgique est compétente pour examiner la demande d'asile, la délivrance de ce document peut prendre plusieurs mois, entraînant ainsi une période d'attente prolongée : « *Durant cette période-là, un demandeur d'asile qui n'a pas la carte orange, n'a pas droit à la formation, n'a pas le droit d'apprendre le français, si ce n'est de manière très basique (...) ce ne sont même pas de vraies bases de français »* (AS2). Ce type de situation peut engendrer un sentiment de frustration, de perte de motivation, voire d'isolement. Comme en témoigne un résident : « *have tried to register for further classes to learn the language but, I must wait, (...) so, you will be idle for eight or nine months while waiting for the orange card and that can make people crazy because people don't do anything (...) »* (R1).

#### **5.3.1.4. Niveau d'instruction**

Le niveau de scolarité antérieur joue un rôle déterminant dans la capacité d'apprentissage linguistique. Contrairement à l'idée reçue selon laquelle les jeunes apprennent plus facilement

que les adultes, certains intervenants soulignent que la réussite dépend davantage des acquis scolaires que de l'âge : « *Moi je ne suis pas d'accord non, j'ai connu des MENA qui ne parlaient pas un mot de français, c'est plus une question de niveau de scolarité on a remarqué que certains résidents qui avaient été beaucoup à l'école arrivent beaucoup plus facilement à apprendre la langue (...) (AI5)* ». Le niveau de scolarisation antérieure apparaît ainsi comme un facteur déterminant dans l'apprentissage du français. Plus que l'âge, ce sont les compétences scolaires acquises et les habitudes d'étude qui facilitent ou freinent l'intégration linguistique.

#### **5.3.1.5. Charge mentale et facteurs psychologiques des DPI**

De nombreux résidents arrivent dans les centres d'accueil dans un état de grande vulnérabilité physique et psychologique. Leur parcours migratoire, souvent long et éprouvant, laisse des traces profondes : fatigue extrême, troubles anxieux ou dépressifs, instabilité émotionnelle. Cette situation affecte fortement leur capacité à s'adapter à un cadre structuré et à s'engager dans des processus d'apprentissage, notamment linguistiques. Comme le souligne un professionnel: « *Des fois, ils arrivent ici tout déprimés et anxieux (...) leur trajet migratoire était épuisant, et une fois ici, ils veulent se reposer, alors qu'il faut continuer à se battre, il faut les pousser (...)* »(SM). Pour certains, cette vulnérabilité est accentuée par une période prolongée de précarité avant l'entrée en centre, parfois vécue à la rue. Cette expérience peut altérer leurs capacités de concentration et de mémorisation, indispensables à l'apprentissage. Un intervenant témoigne : « *Les résidents, quand ils arrivent au centre, la plupart ça fait déjà 4, 5 ou 6 mois qu'ils sont dans la rue à Bruxelles (...) ça laisse des traces au niveau cognitif, c'est plus compliqué de se remettre à apprendre aussi des choses* »(AS2). Toutefois, ces effets varient selon les personnes et les ressources dont elles disposent ; certaines parviennent à se mobiliser rapidement malgré les difficultés rencontrées.

Ces verbatims soulignent l'importance d'un accompagnement plus individualisé, prenant en compte l'état psychologique des personnes accueillies, et interrogent la capacité des dispositifs d'accueil à conjuguer soutien thérapeutique et insertion sociale, tout en respectant les rythmes propres à chaque individu.

### 5.2.3. Diversité culturelle : des défis dès l'arrivée

La langue joue un rôle essentiel dans la transmission des valeurs culturelles et dans la construction d'une relation de confiance entre les professionnels médico-sociaux et les bénéficiaires (32). Les parcours des DPI sont très diversifiés et marqués par une multitude de facteurs. À leur arrivée en Belgique, ils s'enregistrent à l'Office des Étrangers, puis sont orientés vers un centre d'accueil ou hébergés chez des proches. Cette étape marque aussi leur entrée dans un environnement multiculturel nouveau. La diversité des langues, des cultures et des réalités individuelles rend parfois les premiers contacts complexes, notamment dans les espaces de vie collective. Les résidents se retrouvent à partager leur quotidien avec des personnes issues de pays, et de cultures très différentes, ce qui peut entraîner des incompréhensions, voire des tensions. Comme le relèvent certains professionnels, cette cohabitation peut créer des barrières dès l'arrivée, avant même le contact avec la culture belge : « *Vu le profil varié de personnes qui arrivent avec des réalités de leur pays, ils se retrouvent dans une chambre avec des personnes de nationalité différente, cette barrière se crée déjà en arrivant, puis il y a la Belgique et sa culture aussi* » (A13). Ainsi, les premiers jours dans le dispositif d'accueil posent déjà les bases d'un apprentissage interculturel, qui peut être à la fois une richesse et un défi. La communication, l'adaptation et la tolérance deviennent rapidement des compétences indispensables pour favoriser une intégration harmonieuse.

### 5.3.4. Normes sociales et valeurs culturelles

La culture peut à la fois être un obstacle à la communication, mais aussi un levier de compréhension mutuelle lorsque les professionnels en tiennent compte. Dans le centre d'accueil, la diversité culturelle est une richesse, mais elle peut aussi générer des incompréhensions ou des tensions. Les professionnels sur le terrain sont quotidiennement confrontés à des situations où les différences de normes sociales et de représentations culturelles influencent la dynamique d'accompagnement. Ces écarts peuvent impacter la communication, la gestion des conflits, ou la cohabitation entre résidents, mais aussi avec les membres de l'équipe : « *Partager le même espace avec des personnes de différentes cultures et origines peut être un défi (...) les habitudes, les normes et les modes de vie sont différents, et parfois cela peut être difficile à gérer* » (A12). Néanmoins, une adaptation rapide est souvent observée. Les DPI s'adaptent généralement rapidement aux normes sociales en Belgique,

même s'ils ne les adoptent pas toujours pleinement : « *Contrairement à la langue, très vite, les résidents s'habituent à la manière dont on vit ici [...] même s'ils ne l'acceptent pas toujours* » (AI5). Dès leur arrivée, certaines règles (non-violence, respect, égalité de genre, orientation sexuelle) sont posées pour accompagner cette adaptation, bien que certaines représentations persistent.

### **5.3.5. Défis d'intégration : impatience, discrimination, racismes et violences**

L'intégration des résidents passe d'abord par l'apprentissage de la langue, perçu comme un levier fondamental mais aussi un obstacle important. Le centre propose des activités formelles et informelles pour faciliter cet apprentissage, incluant des ateliers culturels ou professionnels : « *On essaie d'organiser des activités pour leur apprendre les bases de la culture et du fonctionnement ici* » (...) « *cuisine, boulangerie (...) des offres arrivent au bureau formation, on les propose aux résidents (...)* »(AI2). Toutefois, même lorsque la barrière linguistique est dépassée, d'autres freins apparaissent, comme la discrimination à l'embauche ou au logement : « *Il faut obliger les personnes à se former ou à travailler, mais aussi leur donner les moyens. Or, la discrimination à l'embauche et au logement est énorme une fois hors du centre*» (AI5).

Par ailleurs, un certain décalage entre les attentes des résidents et les réalités administratives belges peut susciter frustration et impatience : « *Ils veulent tout, tout de suite. Ils ne comprennent pas que tout ne va pas aller comme ça* » (AI5). Ce type de discours souligne une perception fréquente chez certains professionnels, face à des attentes jugées irréalistes. Il reflète un écart entre les normes institutionnelles et les attentes nourries par le parcours migratoire et des représentations idéalisées de l'accueil. Certains propos généralisants peuvent aussi émerger, risquant de renforcer des stéréotypes culturels : « *On a eu des difficultés avec certains résidents, notamment des Palestiniens, très exigeants, parfois violents avec le personnel* » (AI5). Il est essentiel de contextualiser ces tensions, souvent liées à la précarité, aux traumatismes ou au sentiment d'injustice. La question du racisme est aussi évoquée : « *Il y a du racisme entre résidents, ou envers le personnel, j'ai rappelé en réunion que notre direction doit être plus intolérante et stricte à ce sujet* » (AI5). Ces tensions internes compliquent le travail d'intégration des équipes, et soulignent l'importance d'un service permanent de médiation interculturelle dans le centre.

### 5.3.6. Difficulté d'ordre relationnel

La relation de confiance entre professionnels et résidents est au cœur de l'accompagnement quotidien, mais elle est fortement entravée par les barrières linguistiques. Même avec un interprète, l'émotion et la chaleur humaine ne passent pas toujours : « *C'est difficile même avec un interprète de transmettre cette empathie* » (...) « *ce dernier ne transmet pas nécessairement les émotions dans mes paroles* » (AS1). Ces nuances émotionnelles sont pourtant fondamentales, notamment lors d'échanges sensibles comme l'annonce d'une mauvaise nouvelle. Aussi, les outils technologiques (applications de traduction, visioconférences) sont utiles mais déshumanisent la relation : « *devoir sans cesse utiliser le téléphone engendre une perte de temps, et on perd la qualité de relation aussi* » (AI3). Face à ces défis, les professionnels misent sur une posture bienveillante et transparente pour instaurer un climat de confiance : « *On fait de notre mieux pour leur mettre en confiance (...) ce qu'on peut faire, on le fera, et ce qu'on ne peut pas faire, on verra qui pourra nous aider à le faire* » (AI2).

### 5.3.7. Les défis de l'interprétariat dans l'accompagnement

L'interprétariat représente un défi majeur dans l'accompagnement des DPI. La barrière de la langue complique fortement les échanges, en particulier lorsqu'ils concernent des sujets sensibles comme la santé, les procédures juridiques ou les souffrances psychiques. Bien que des services d'interprétation existent qu'ils soient téléphoniques, en présentiel ou par le biais de médiateurs culturels, ils restent souvent insuffisants. Les professionnels témoignent de nombreuses difficultés liées à la disponibilité des interprètes. Par exemple, une assistante sociale explique : « *Normalement, on est tenu de voir la personne à une semaine de son arrivée au centre, mais cela n'est pas toujours possible si on ne trouve pas quelqu'un qui parle sa langue* » (AS1). Les situations urgentes ou hors des horaires de bureau sont particulièrement problématiques : « *Ces services-là, pour les avoir, c'est un challenge en lui-même, souvent ils sont très occupés, il faut réserver bien à l'avance pourtant on en a parfois besoin dans l'immédiat* » (AI4). Un autre ajout : « *Ces services sont ouverts seulement de 9h à 17h. Lorsque l'on doit recevoir un résident tard le soir, on est un peu bloqué* » (AI3). De plus, la durée des entretiens est limitée, ce qui peut nuire à la qualité de l'échange. Comme le note un

professionnel : « *Un entretien au téléphone ne peut pas dépasser 15 voire 20 minutes (...) »*(AI4).

À cela s'ajoute le problème de la traduction elle-même, qui peut altérer ou appauvrir le message transmis par le résident, surtout quand ce dernier ne possède pas le vocabulaire nécessaire dans sa propre langue pour décrire ce qu'il ressent. Une infirmier raconte : « *Ils n'ont même pas le vocabulaire dans leur langue pour décrire un symptôme (...) on s'éloigne de plus en plus de ce que la personne veut vraiment dire* » (Infi). Elle ajoute : « *Il y a des résidents qui vont pour toute douleur dire que 'ça chauffe', mais ils n'ont peut-être pas la connaissance pour dire autre chose (...) même un interprète ne saurait intervenir si la base manque déjà* » (Infi).

Les difficultés de compréhension ne sont pas uniquement linguistiques, mais aussi culturelles. Une infirmière précise : « *Même quand on comprend les mots, il y a aussi la culture qui joue* » (...) « *Un 'oui' ne signifie pas toujours un vrai 'oui'* » (Infi). Parfois, les résidents peuvent penser qu'ils ne sont pas écoutés, alors qu'il s'agit en réalité d'un malentendu : « *Il y a des moments où on passe à côté de certaines demandes, parce que la personne n'a pas pu bien s'exprimer* ». (Infi). Dans ce contexte, les gestes et le langage non verbal deviennent parfois essentiels. Comme l'illustre ce témoignage : « *Des fois, ils font un geste en allumant un briquet pour montrer que 'ça brûle'* » (Infi). Ces stratégies montrent que, malgré les dispositifs mis en place, l'interprétariat reste fragile et souvent inadéquat pour assurer une bonne compréhension. Renforcer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services d'interprétariat apparaît donc comme une priorité pour garantir un accompagnement plus adapté aux réalités des demandeurs.

### **5.3.8. Manque de personnel médical**

La qualité de la prise en charge médicale dans le centre d'accueil est parfois compromise par des moyens humains insuffisants. Le manque de personnel soignant est une problématique récurrente, souvent signalée par les professionnels sur le terrain. Face à un nombre de résidents élevé, les ressources humaines disponibles ne permettent pas toujours de répondre de manière adéquate aux besoins médicaux individuels : « (...) *on a un nombre de résidents tellement élevé et qu'en terme de travailleurs parfois ce n'est pas assez, c'est comme ça (...)* »

*ici, on a deux infirmières pour 500 résidents, est-ce qu'on peut arriver à tous les écouter ? À répondre à leurs besoins? c'est difficile »(SM). Cette surcharge rend non seulement le suivi médical moins accessible, mais elle crée aussi un déséquilibre dans la relation soignant-soigné.*

Le professionnel est contraint d'attendre que le résident prenne lui-même l'initiative de demander des soins, ce qui peut conduire à une prise en charge partielle, voire inexistante, notamment pour les personnes les plus vulnérables ou en retrait : « *Déjà c'est à eux de prendre l'initiative de venir et de parler de leurs problèmes, mais vraiment, si on doit aller les chercher et les solliciter à venir... Bah ça, ça ne sera pas possible malheureusement* » (SM). Le manque de personnel est une préoccupation récurrente parmi les équipes, qui l'ont déjà fait remonter à leur hiérarchie. Toutefois, les solutions proposées restent limitées, car le recrutement dans ce secteur est difficile : le contexte d'intervention, la précarité du public accueilli, et les conditions de travail peuvent dissuader de potentiels candidats à postuler dans ces structures : « *Le manque de personnel, c'est ce que c'est, c'est difficile* » (...) « *Parfois, même s'il y a une offre pour engager quelqu'un, la plupart du temps les personnes ne veulent pas postuler ici, ils trouvent que le milieu et le public sont difficiles* »(SM). Ainsi, malgré les efforts des professionnels sur le terrain, la prise en charge médicale souffre d'un manque de moyens humains structurels, qui empêche l'accompagnement de se faire dans les meilleures conditions possibles.

#### **5.3.9. L'Inéquité dans l'accompagnement et l'accès aux services médico-sociaux**

La barrière linguistique, au-delà de ses effets immédiats sur la communication, soulève une problématique plus structurelle : celle d'une forme d'inégalité dans l'accès aux droits et aux services. En pratique, l'accompagnement accordé aux résidents peut être impacté selon leur maîtrise du français, influençant tant la qualité de l'échange que l'efficacité de l'accompagnement. Plusieurs professionnels reconnaissent que, malgré leur volonté d'équité, les contraintes organisationnelles et temporelles créent un biais en défaveur des personnes non francophones : « *Avec une personne qui parle français, le processus et le partage d'informations iront plus vite qu'avec une personne chez qui il faut envoyer une convocation et prévoir un interprète. Ça prend plus de temps pour comprendre les demandes, expliquer les choses et passer les informations importantes* »(AI3).

Le temps supplémentaire nécessaire à la mise en place d'un accompagnement linguistique adapté entraîne souvent des retards, des simplifications ou des raccourcis dans les procédures. Le résident francophone bénéficie, de fait, d'un processus plus rapide, plus direct, et souvent plus riche en échanges. À l'inverse, le résident allophone dépend de tiers (interprète, médiateur culturel, etc.), ce qui introduit des filtres dans la communication et peut générer des imprécisions. La complexité logistique (convocations, disponibilité de l'interprète) ralentit les démarches et affecte la fluidité du suivi : « *Le temps que je parle, que le traducteur traduise et que le résident réponde, ça prend un temps important. Et dans ces circonstances, je n'entre pas dans les détails, je donne uniquement les informations importantes pour ne pas traîner, parce que c'est un travail à la chaîne* » (AS1). Le problème est encore plus marqué dans certains contextes, comme les services d'urgences ou les soins externes, où le refus d'assurer une prise en charge sans interprète a été explicitement rapporté : « *À l'extérieur, vraiment, il y a des prestataires qui ne veulent pas collaborer avec des personnes qui ne parlent pas français, même avec la présence par téléphone d'un interprète* » (...) « *Comme ces derniers temps, on a eu beaucoup de grèves, les interprètes ne pouvaient pas se déplacer facilement eh bien, la plupart des prestataires de soins externes n'ont pas accepté de recevoir nos résidents* (...) » (SM) . Cette iniquité ne se limite pas à l'accès aux soins, mais s'étend également à l'offre d'activités proposées dans les centres, souvent pensées pour un public francophone : « *Mais quand on va faire une activité, elle va souvent être proposée en français ou en anglais. On ne va pas proposer une activité dans la langue du résident, ce qui fait qu'on se retrouve avec des résidents qui automatiquement, à moins que ce soit une activité 100% culturelle ou simplement une balade dans une ville, ne vont pas être intéressés, ils ne vont pas s'inscrire* »(AI5). Ce biais linguistique crée un sentiment d'exclusion, voire d'invisibilité, chez certains résidents. Il rend leur participation à la vie collective plus difficile et renforce leur isolement, tant dans l'accès à l'information que dans les interactions sociales quotidiennes.

### **5.3.10. Impact psychologique et limites du rôle d'accompagnement**

L'accompagnement social auprès de personnes en situation de grande précarité, souvent marquées par des parcours migratoires ou de vie très lourds, génère un impact émotionnel et psychologique considérable chez les professionnels. Ces derniers se retrouvent souvent en première ligne face à la détresse, aux récits traumatiques, aux symptômes de troubles psychiques non pris en charge, sans toujours disposer des outils adéquats pour y répondre.

Plusieurs travailleurs soulignent la charge émotionnelle liée à l'écoute répétée de récits de souffrances profondes : « *Psychologiquement, c'est la difficulté d'écouter les parcours de vie des personnes, la galère, le traumatisme, les difficultés en général que certains d'entre eux ont vécues* » (AI2). Si cette proximité permet parfois d'apprendre de la résilience des résidents ou de transmettre certains leviers de soutien à d'autres, cela ne compense pas les limites structurelles du cadre d'intervention, notamment en matière de santé mentale : « (...) *cela dit, leurs expériences nous permettent parfois d'apprendre des choses qui peuvent enrichir notre expérience professionnelle, et aussi de voir comment les personnes arrivent aussi à surmonter ces problèmes qu'ils nous racontent et on conseille aussi ces formes de solution à d'autres personnes qu'on accompagne* » (AI4). Mais dans les faits, les professionnels reconnaissent qu'ils ne sont ni formés ni mandatés pour répondre à la complexité des troubles psychiques.

Il existe une tentative d'encadrement, à travers des réunions d'équipe, des temps de supervision ou de coordination pluridisciplinaire, qui permettent de discuter des cas les plus complexes et de proposer des pistes d'action. Ces moments servent aussi à prendre du recul sur les situations les plus préoccupantes : « *Il y a le volet effectivement accompagnement des AI, et puis faire des entretiens individuels pour voir comment ils se sentent (...)* » (CAI). En complément, des réunions thématiques ou de formation continue sont parfois organisées pour renforcer les compétences collectives et favoriser le partage d'expérience : « *Il y a aussi tout ce qui est organisation de réunions, de formations tout au long de l'année (...) l'idée c'est soit de discuter de thématiques autour de l'accompagnement individuel, soit de faire venir des partenaires extérieurs, soit de travailler nous-mêmes sur des questions spécifiques* » (CAI).

Malgré les initiatives mises en place, la posture du quotidien repose largement sur l'engagement personnel des professionnels, plus que sur une préparation technique systématisée. Les interactions constantes avec les résidents exigent une gestion émotionnelle et un travail sur soi continu. Comme en témoigne un intervenant : « *Bon, on essaie de faire la part des choses entre le professionnel et le privé (...) il faut savoir faire un travail interne aussi, prendre du recul, se mettre ses propres limites par rapport aux difficultés rencontrées (...) et puis entre collègues, on se soutient entre nous aussi, on parle et voilà (...) le fait de pouvoir en discuter en équipe (...) déjà, c'est un gros, gros soutien* » (CAI). Ce témoignage met en lumière le rôle central du soutien entre collègues, de la réflexion individuelle et des limites à poser

pour se protéger. Le flou des responsabilités, face à des situations psychiquement lourdes, peut générer un sentiment de surcharge et d'impuissance, rendant l'accompagnement parfois difficile à maintenir.

## **5.4. Solutions proposées par les accompagnateurs polyvalent**

### **5.4.1. Adaptation à la barrière linguistique**

La barrière linguistique est une difficulté majeure pour les résidents, mais aussi pour les accompagnateurs dans leur mission d'aide à l'intégration. Le respect mutuel et l'écoute active sont des éléments essentiels dans ce processus, comme le souligne l'un des accompagnateurs : « S'il y a du respect, de l'écoute active, même sans langue commune, on peut comprendre certaines choses »(A15). Ce sentiment se confirme à travers les expériences des travailleurs qui insistent pour que les résidents apprennent le français, tout en utilisant parfois l'anglais comme passerelle de communication. De plus, certains travailleurs suggèrent l'idée d'imposer l'apprentissage de l'une des trois langues officielles du pays, une approche qui, selon eux, faciliterait non seulement l'intégration linguistique, mais également l'autonomie des résidents à long terme.

Un autre point de vue vient de certains résidents eux-mêmes, qui confirment qu'une meilleure maîtrise de la langue faciliterait leur intégration : « *Ce qui va m'aider à m'intégrer davantage, c'est de mieux maîtriser la langue* » (R5). Cependant, la barrière linguistique reste un défi au quotidien dans le centre. Un accompagnateur explique que la communication non verbale joue un rôle fondamental dans la gestion de cette difficulté, ce qui montre que, bien que la langue soit une barrière, la communication par les gestes et les attitudes est une alternative efficace dans beaucoup de situations. Cela souligne l'importance d'une approche plus souple et interculturelle qui va au-delà de l'usage strict des mots.

En outre, les professionnels soulignent le manque de capacités d'accueil suffisantes dans les structures d'apprentissage externes pour les DPI souhaitant améliorer leur connaissance du français. Ils perçoivent ce manque de places comme un problème systémique. Faute de financements adéquats, les ASBL ne peuvent répondre à toutes les demandes, et de nombreux résidents restent plusieurs mois sans accès à des cours : « *c'est un chantier politique qui doit être pris en compte par notre gouvernement* », « *les ASBL doivent être plus financées* » (...)

«c'est à l'État de mettre en place des structures adaptées aux profils des personnes qui arrivent»(SM). Pour les accompagnateurs, il ne s'agit pas d'une responsabilité individuelle, mais d'un véritable enjeu politique.

#### **5.4.2. Intégration et soutien social**

L'intégration des résidents ne se limite pas à l'apprentissage de la langue ; elle comprend également une série d'autres démarches pratiques et sociales. Les accompagnateurs soulignent que l'intégration passe avant tout par l'emploi et la vie sociale : « *la meilleure manière de vous sentir bien et d'évoluer au plus vite, de trouver un travail rapidement, de vous faire des amis qui sont d'ici* »(AI4). Cette idée rejoint la proposition, évoquée plus haut par un autre accompagnateur, d'instaurer une formation obligatoire ou un emploi comme leviers d'intégration : « *Ces dispositifs permettraient aux résidents de se construire une vie stable en Belgique, même si l'accès à ces opportunités reste souvent limité par des discriminations, notamment sur le marché du travail ou dans le logement* »(AI5). D'autres témoignages soulignent également la nécessité de mettre en place des structures d'intégration plus efficaces pour accompagner les résidents. À ce titre, un accompagnateur insiste sur l'importance d'organiser régulièrement des ateliers de médiation culturelle afin de les aider à mieux comprendre et s'adapter aux normes et coutumes locales, tout en adoptant une approche qui prend en compte la diversité culturelle des résidents et vise à encourager leur participation active à la société d'accueil.

#### **5.4.3. Besoin d'interprètes et de traducteurs internes**

Certains accompagnateurs évoquent la nécessité d'avoir des traducteurs ou des interprètes internes disponibles en permanence, afin de garantir une meilleure accessibilité, notamment à l'arrivée des résidents ou en cas de situation urgente. Toutefois, d'autres soulignent qu'une telle présence pourrait créer une forme de dépendance, même dans des contextes non urgents, et freiner la motivation des résidents à apprendre le français. Selon eux, cela risquerait de ralentir leur intégration. Une approche graduelle est alors suggérée : les interprètes seraient utiles au début du parcours, mais l'objectif serait d'amener progressivement les résidents à se débrouiller seuls. Enfin, certains rappellent que même avec un interprète en interne, il resterait difficile de répondre aux besoins liés à des dialectes rares. Dans ces cas, le recours à des services de traduction externes resterait inévitable.

#### **5.4.4. Prise en charge des « profils psy »**

L'accompagnement des résidents présentant des besoins psychologiques spécifiques constitue un défi majeur pour les équipes. De nombreux résidents ont vécu des traumatismes liés à leur parcours migratoire, et la prise en charge de leur santé mentale reste souvent insuffisante, notamment en raison du manque de compétences spécialisées en psychologie au sein des structures. Certains accompagnateurs proposent de mettre en place des formations spécifiques pour les professionnels accompagnant les DPI concernés. Un accompagnateur témoigne : « Il y a une bonne partie de la population qui nécessite des soins psycho-psychiatriques »(Infi). Le manque de formation à l'accompagnement d'un profile psy et la nécessité de renforcer le soutien psychologique sont des préoccupations récurrentes. Plusieurs professionnels estiment que la croix-rouge devrait investir davantage dans l'embauche de spécialistes formés à la prise en charge de ces « profils psy », comme certains les appellent.

En somme, les résultats de cette étude mettent en lumière les défis des DPI dans leur nouveau contexte de vie. Ils révèlent les obstacles rencontrés par les résidents mais aussi par les professionnels, ainsi que les stratégies que ces derniers mettent en œuvre pour y faire face. Bien qu'imparfaites, ces initiatives visent à améliorer progressivement l'accompagnement, en tenant compte des parcours, des capacités et des vulnérabilités propres à chaque individu.

## **7. DISCUSSION**

### **7.1. Résultats principaux et confrontation avec la littérature scientifique**

Cette étude met en lumière les multiples tensions structurelles, humaines et institutionnelles qui traversent l'accompagnement médico-social des DPI au sein du centre d'accueil de Montegnée. Ce travail révèle combien cet accompagnement repose sur un équilibre délicat entre soutien individualisé, responsabilisation progressive des résidents et adaptation constante aux réalités humaines, institutionnelles et interculturelles. À travers le prisme de la communication interculturelle, l'étude interroge les perceptions et stratégies des professionnels médico-sociaux confrontés à des défis linguistiques et culturels, et met en évidence leurs capacités d'ajustement dans un contexte de grande diversité.

L'un des constats les plus marquants dans l'accompagnement des DPI concerne la barrière linguistique, perçue comme un obstacle majeur à l'établissement d'une relation d'aide

efficace. Cette difficulté peut avoir des conséquences concrètes, notamment une moindre utilisation des services de soins et un respect insuffisant des recommandations médicales (34)(p.2). Les professionnels des services médico-sociaux constituent souvent le premier point de contact pour les réfugiés nouvellement arrivés et jouent un rôle central dans leur adaptation à un nouvel environnement culturel, administratif et social (43). Ils doivent à la fois répondre aux besoins spécifiques de ces personnes et adopter une posture empathique et respectueuse, essentielle à l'établissement d'un lien de confiance. Pourtant, comme le souligne Schouten et al. (2020), « les décisions concernant les stratégies de communication à utiliser pour atténuer les barrières linguistiques et culturelles sont actuellement souvent prises de manière improvisée, et principalement motivées par des raisons pratiques et financières » (44)(p.4). Cette improvisation traduit un manque de structuration des dispositifs, qui compromet la qualité de l'accompagnement proposé.

En l'absence d'une langue commune, la communication devient fragile, affectant tant la transmission des informations médicales que la compréhension des droits. Cette vulnérabilité, déjà soulignée par l'OMS, crée une incertitude pesante pour les professionnels, surtout en urgence ou en santé mentale (44). Le recours aux interprètes souvent insuffisant, ne parvient pas toujours à compenser les manques, renforçant le besoin d'interprétariat professionnel, comme le recommandent Schouten BC et al., (2006) (44). La littérature souligne qu'une bonne maîtrise linguistique améliore l'évaluation des besoins, la relation de confiance et l'orientation vers les dispositifs adaptés (24–26).

Dans cette perspective, l'apprentissage du français apparaît comme un levier central d'autonomie, d'inclusion sociale et de reconstruction identitaire. Toutefois, l'étude souligne les nombreux freins à cet apprentissage : pénurie d'offres de formation des DPI, lourdeurs administratives, priorités financières, fragilités psychiques, ou encore manque de motivation lié à l'incertitude du parcours migratoire. Certains publics, tels que les MENA interrompent leur scolarité pour subvenir aux besoins familiaux, compromettant leur trajectoire d'intégration. Ce constat rejoint les analyses de l'OCDE dans leur ouvrage intitulé « *Where immigrant students succeed: A comparative review of performance and engagement in the programme for international student assessment* » (2006), qui soulignent que l'engagement et la réussite des jeunes issus de l'immigration, notamment sur le plan linguistique, dépendent

fortement d'un environnement scolaire structuré et stimulant, favorisant à la fois un sentiment de sécurité et l'égalité des chances (45).

En outre, les stéréotypes et préjugés envers les DPI représentent un autre obstacle à l'accompagnement (41). Il est susceptible d'affecter la communication interculturelle, en générant méfiance vice-à-vis des DPI(41). Ainsi, cela peut compromettre la relation d'aide et l'équité dans l'accès aux soins et services sociaux. Ces représentations « biaisées » peuvent altérer la perception des professionnels, qui peuvent alors juger les DPI à travers leur origine, leur culture ou leur statut migratoire, plutôt qu'en tenant compte de leurs besoins individuels. Ce phénomène peut créer une distance émotionnelle et fragilise la confiance, pourtant essentielle dans tout processus d'aide. Ces stéréotypes, parfois ancrés dans les pratiques de certains professionnels, appellent à une prise de conscience collective. Reconnaître ces biais est la première étape vers leur déconstruction. La formation interculturelle apparaît dès lors comme un levier indispensable pour développer des compétences de communication, d'analyse critique et une posture empathique. Elle pourra permettre d'ancrer une approche plus humaine et respectueuse de la singularité de chaque personne accompagnée.

Par ailleurs, la diversité culturelle présente dans les centres, bien que source de richesse, engendre régulièrement des malentendus. Les représentations de la santé, du temps, du genre ou encore de l'autorité est perçu différemment d'une culture à l'autre et cela peut avoir une influence sur les interactions avec les professionnels. Comme l'indiquent Dauvrin et al. (2021), certains professionnels du secteur de l'accueil des DPI rencontrent des difficultés à interpréter certains comportements ou à identifier des problématiques complexes, telles que les troubles psychologiques, les violences familiales ou sexuelles (46). Ces professionnels sont souvent insuffisamment formés pour comprendre les modèles explicatifs décrits par Kleinman (1981), c'est-à-dire les manières culturelles dont les personnes perçoivent et interprètent leurs symptômes (39). Les personnes accompagnées, influencées par des facteurs culturels et personnels, peuvent ainsi avoir une perception de la maladie et de ses causes très différente de celle des soignants, généralement ancrée dans une approche biomédicale(39). Par exemple, une infirmière relate que, pour certains DPI, une simple prise de sang est perçue comme un acte trop invasif et suscite souvent de la réticence, alors qu'il s'agit d'un geste courant de son point de vue professionnel. Le manque de connaissances sur certaines aspects

culturels laisse les professionnels démunis face à certaines attitudes ou situations (29)(30), ce qui peut entraver la qualité de la relation d'aide. À ce titre, Durieux-Paillard et Loutan (2005) soulignent l'importance d'une adaptation interculturelle des pratiques et du renforcement des compétences culturelles (32).

D'autre part, la question de la santé mentale occupe une place important dans les résultats de l'étude. Face au « profils-psy », les professionnels oscillent entre écoute, soutien et responsabilisation, dans une démarche d'empowerment progressif, comme le préconisent les auteurs Scholz, Dauvrin, Van Loenen et al.(2018)(19–21). Cependant, cette posture implique une forte charge émotionnelle pour les accompagnants. Bien qu'un soutien psychologique téléphonique soit mis à disposition du personnel, il n'est pas directement destiné aux DPI. Ces derniers peuvent bénéficier d'un suivi psychologique, mais uniquement sur demande ou en cas de besoin identifié. Or, dans la pratique, les DPI ont souvent davantage tendance à se confier aux accompagnants avec qui ils ont noué une relation de confiance, plutôt qu'à un professionnel extérieur.

Au regard de ces constats, l'étude plaide pour une approche globale, collaborative et coordonnée de l'accompagnement. Il devient indispensable de renforcer les services d'interprétariat, d'assurer une présence plus régulière de médiateurs interculturels, et de proposer des formations adaptées aux réalités du terrain. Le rôle des pouvoirs publics est ici crucial : un soutien politique et financier renforcé permettrait aux centres d'accueil de mieux structurer leur action, de créer des passerelles avec des acteurs spécialisés (santé mentale, alphabétisation, médiation), et de répondre à la complexité croissante des profils accueillis.

En croisant ces résultats avec les dimensions théoriques de la communication interculturelle (29), on observe comment les professionnels sont engagés dans une triple dynamique : une rencontre "avec", marquée par la nécessité de reconnaissance et la valorisation des identités culturelles ; une rencontre "entre", qui repose sur des interactions riches mais parfois conflictuelles vu la culture diversifier ; et une rencontre "agissant sur", qui invite à ajuster les pratiques(29). Ces ajustements pratiques illustrent pleinement la rencontre "agissant sur" telle que définie dans le cadre théorique de Stoiciu (2008). Cette dernière implique une adaptation des stratégies de communication, fondée sur l'anticipation des décalages culturels,

la prise en compte des spécificités des DPI, et la co-construction d'un espace relationnel respectueux, empathique et culturellement pertinent (29).

De plus, les quatre variables clés du modèle de Schouten et Meeuwesen (2006) : modèles explicatifs de la santé, valeurs culturelles d'individualisme et collectivisme, stéréotypes-préjugés et barrières linguistiques (42) apparaissent en interaction permanente dans les pratiques du personnel médico-social. Elles influencent la compréhension mutuelle, la qualité des échanges et la pertinence des réponses apportées. En mobilisant ce cadre théorique structuré, l'étude identifie non seulement les difficultés rencontrées mais aussi les ressources et ajustements que les professionnels mettent en œuvre pour maintenir un accompagnement humain, équitable et interculturellement compétent.

En somme, cet angle d'approche met en lumière les limites des dispositifs actuels face aux réalités interculturelles du terrain, tout en offrant des pistes concrètes pour améliorer la qualité des soins et services sociaux aux DPI. L'étude souligne aussi la nécessité de renforcer la formation, la structuration et la reconnaissance des dispositifs d'accompagnement, afin de garantir aux DPI un accueil respectueux de leur dignité, de leur histoire et de leur singularité culturelle. La communication, dans toutes ses dimensions, apparaît comme un enjeu central d'équité : à la fois levier d'émancipation et condition essentielle à la qualité de la relation d'aide.

## **7.2. Perspectives en santé publique**

Les résultats de cette étude soulignent la nécessité de repenser l'accompagnement des DPI dans une approche plus globale, équitable et préventive. L'intégration des DPI nécessite une reconnaissance de leurs vulnérabilités psychiques, sociales et culturelles. Les parcours migratoires, souvent marqués par des événements traumatiques, appellent à des dispositifs de repérage et de soutien psychologique précoce, accessibles et culturellement adaptés. Cela implique également de renforcer les passerelles entre secteurs médico-social, santé mentale et accompagnement social, pour éviter les ruptures de parcours et garantir une prise en charge cohérente.

Enfin, l'étude met en évidence le rôle central de la communication interculturelle et de la relation de confiance dans l'accompagnement. À ce titre, le développement de formations

spécifiques, la mise à disposition de ressources adaptées et le renforcement des collaborations apparaissent comme des priorités pour répondre de manière plus efficace aux besoins des DPI.

### **7.3. Limites et forces**

#### **7.3.1. Forces**

L'une des principales forces de cette étude réside dans la disponibilité des résidents et des collaborateurs, qui ont accepté de partager leurs expériences malgré un contexte parfois contraignant. Cette participation active a permis de recueillir une diversité de points de vue, professionnels comme DPI et d'accéder à des récits riches, pour comprendre les réalités du terrain. La volonté des intervenants de collaborer à cette recherche témoigne également de leur engagement dans la réflexion sur leurs pratiques et sur les conditions d'accueil des DPI. L'observation directe a constitué un autre atout majeur du dispositif. Elle a permis de compléter et de nuancer les discours recueillis lors des entretiens en offrant un aperçu des interactions quotidiennes, des comportements spontanés, ainsi que des modalités d'adaptation des professionnels.

#### **7.3.2. Limites**

Cependant, l'étude a également rencontré plusieurs limites qui ont influencé la profondeur et la fluidité de certains entretiens. Tout d'abord, la barrière linguistique a représenté un frein important. De nombreux résidents ne maîtrisant pas le français, les échanges ont dû être simplifiés, traduits via google traduction, ou accompagnés de reformulations fréquentes. Cela a non seulement allongé le temps nécessaire pour mener les entretiens, mais a aussi pu limiter l'expression de certains ressentis ou expériences. Les conditions d'entretien ont parfois été peu favorables : bruits ambients, présence d'enfants dans la pièce ont limité l'expression de vécus parfois sensibles.

Enfin, certains DPI ont exprimé que « tout allait bien » ou n'avaient pas le recul ou la langue nécessaire pour développer leur point de vue. Cela a donné lieu à des entretiens très courts, notamment avec ceux qui ne parlaient pas du tout le français ou ne semblaient pas percevoir de difficulté particulière dans leur parcours.

## 8. CONCLUSION

L'objectif de ce mémoire était d'explorer les défis rencontrés dans l'accompagnement des DPI confrontés à des barrières linguistiques et culturelles tout au long de leur parcours de demande d'asile. Il s'agissait également d'analyser les représentations des professionnels impliqués dans l'accompagnement médico-social des DPI, en mettant particulièrement l'accent sur les freins à l'accès aux services médico-sociaux, induits par les obstacles linguistiques et les dynamiques interculturelles.

À travers une série d'entretiens et d'observations des réalités sur le terrain, cette étude a permis de mettre en lumière les défis rencontrés par les DPI ainsi que la complexité du travail quotidien des accompagnateurs, confrontés à une grande diversité de besoins. Les entretiens ont permis de recueillir des récits détaillés et d'accéder aux perceptions ainsi qu'aux stratégies mises en place par les professionnels et les résidents face aux difficultés rencontrées. Quant à l'observation, elle a complété ces discours en révélant des éléments implicites gestes, interactions, attitudes, offrant ainsi une compréhension plus nuancée des expériences vécues.

Les résultats montrent un écart important entre les besoins des DPI et les moyens réellement disponibles. Les professionnels, souvent mal outillés et peu formés, notamment sur le plan interculturel, doivent répondre à des attentes institutionnelles parfois déconnectées de la réalité. Ce mémoire appelle à une transformation structurelle du système d'accueil et d'accompagnement, mieux adapté aux besoins spécifiques des DPI. Ce travail ne prétend pas clore la réflexion, mais invite à poursuivre le dialogue entre la recherche, la pratique professionnelle et les décisions politiques.

## 9. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

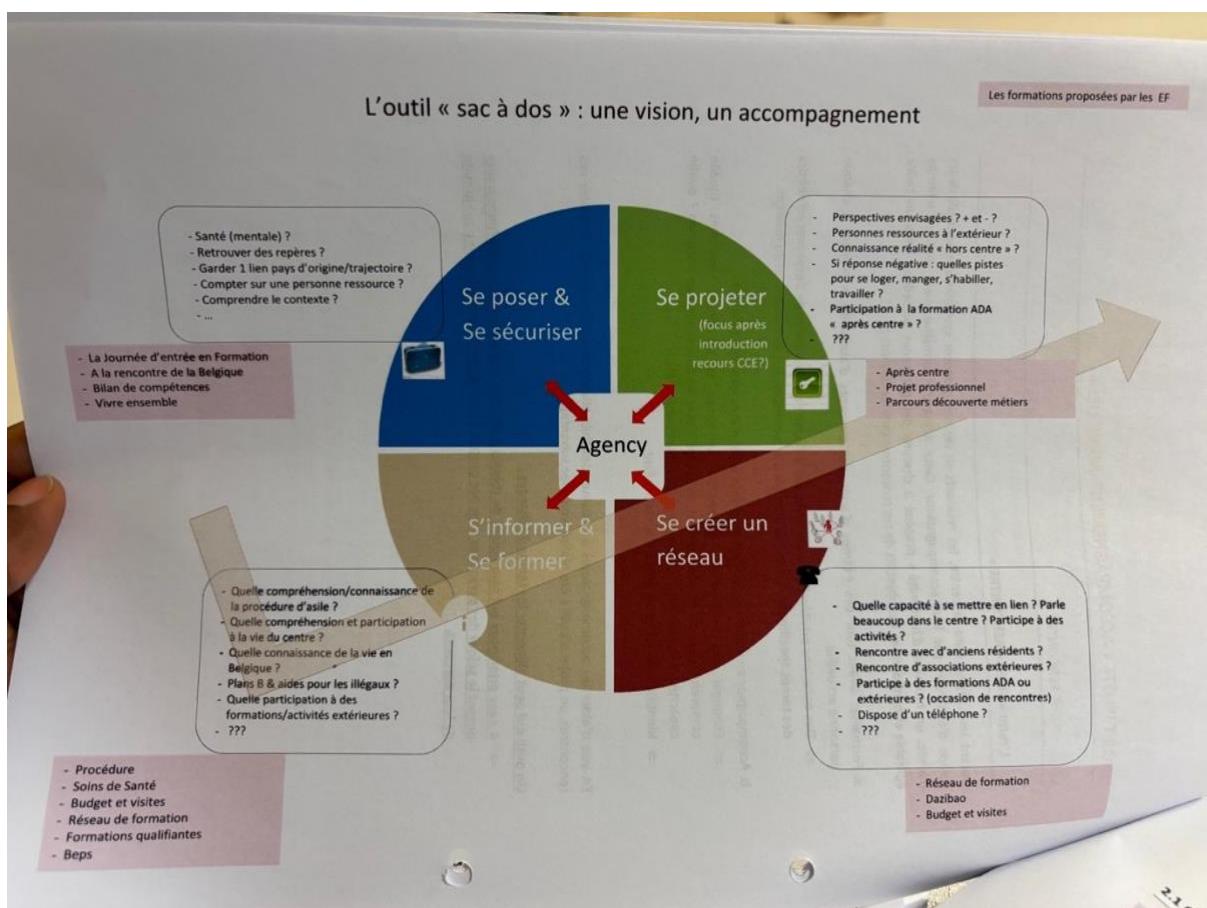
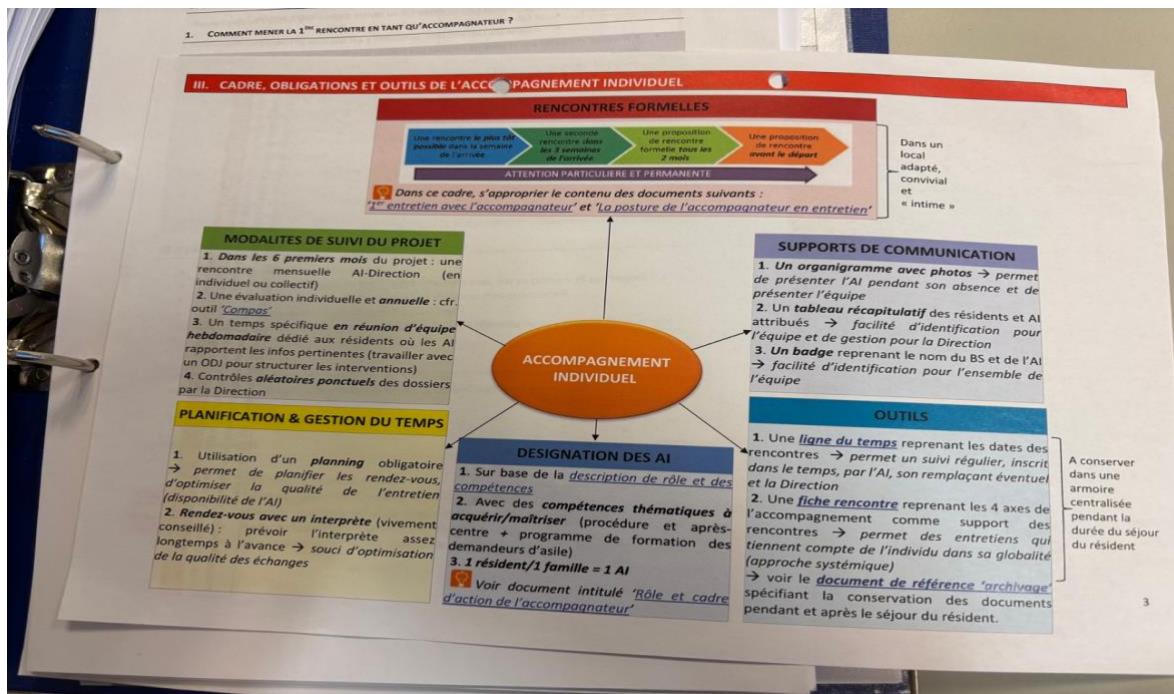
1. Martín-Cano M del C, Sampedro-Palacios CB, Ricoy-Cano AJ, De La Fuente-Robles YM. Superdiversity and Disability: Social Changes for the Cohesion of Migrations in Europe. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. sept 2020 [cité 18 avr 2024];17(18):6460. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559073/>
2. Agence des nations unis pour les réfugiés. HCR. [cité 18 avr 2024]. Aperçu statistique. Disponible sur: Organisation internationale pour les migrations
3. Nations Unies U. United Nations. United Nations; n.d [cité 15 avr 2024]. Migration internationale | Nations Unies. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/global-issues/migration>
4. Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers. Réfugié, migrant, sans-papiers... Lexique & définitions – CIRÉ asbl [Internet]. 2021 [cité 25 avr 2023]. Disponible sur: <https://www.cire.be/publication/refugie-demandeur-dasile-migrant-lexique-et-definitions/>
5. Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile. Fedasil. 2018 [cité 14 mai 2024]. Fedasil Etude Personnes Vulnérables. Disponible sur: <https://www.fedasil.be/fr/telechargements/fedasil-etude-personnes-vulnerables>
6. OCDE. Perspectives des migrations internationales 2023 [Internet]. OECD; 2023 [cité 18 avr 2024]. (Perspectives des migrations internationales). Disponible sur: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2023\\_87c79978-fr](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/perspectives-des-migrations-internationales-2023_87c79978-fr)
7. commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. CGVS. 2024 [cité 12 févr 2024]. Statistiques décembre : bilan 2023. Disponible sur: <https://www.cgra.be/fr/actualite/statistiques-decembre-bilan-2023>
8. Regulation (EU) 2021/1147 of the European Parliament and of the Council of 7 July 2021 establishing the Asylum, Migration and Integration Fund [Internet]. OJ L juill 7, 2021. Disponible sur: <http://data.europa.eu/eli/reg/2021/1147/oj/eng>
9. Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile. Fedasil. 2016 [cité 28 avr 2023]. Cadre légal. Disponible sur: <https://www.fedasil.be/fr/asile-en-belgique/cadre-legal>
10. Les centres d'accueil | Fedasil [Internet]. [cité 28 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.fedasil.be/fr/les-centres-daccueil-0>
11. Croix-Rouge belgique. L'accueil et la migration. 2025 [cité 23 avr 2025]. Accueillir. Disponible sur: <https://accueil-migration.croix-rouge.be/accueillir/>
12. Mommaerts R. Chapitre 3. Les défis de l'accompagnement psychosocial des demandeur·euse·s d'asile en centre d'accueil. In: La psychologie interculturelle en pratiques [Internet]. Mardaga; 2019 [cité 28 mars 2025]. p. 51-64. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/la-psychologie-interculturelle-en-pratiques--9782804706302-page-51>
13. UNHCR. Belgium. 2023 [cité 28 mars 2025]. UNHCR : La crise de l'accueil en Belgique est préoccupante, mais des solutions sont à port. Disponible sur: <https://www.unhcr.org/be/actualites/unhcr-la-crise-de-laccueil-en-belgique-est-preoccupante-mais-des-solutions-sont-portee>
14. Forum réfugiés G. Forum réfugiés. [cité 28 mars 2025]. En Belgique, une crise de l'hébergement qui se prolonge. Disponible sur: [https://www.forumrefugies.org/s-informer/publications/articles-d-actualites/en-europe/1272-en-belgique-une-crise-de-l-hebergement-qui-se-prolonge?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.forumrefugies.org/s-informer/publications/articles-d-actualites/en-europe/1272-en-belgique-une-crise-de-l-hebergement-qui-se-prolonge?utm_source=chatgpt.com)
15. CIRÉ. Département Accueil des Demandeurs d'Asile Croix-Rouge de Belgique, Communauté Francophone – CIRÉ asbl [Internet]. [cité 29 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.cire.be/association/departement-accueil-des-demandeurs-d-asile-croix-rouge-de-belgique-communaute-francophone/>
16. International C. Demandeurs d'asile | Caritas International Belgique [Internet]. [cité 29

- avr 2025]. Disponible sur: <https://www.caritasinternational.be/fr/asile-et-migration/demandeur-dasile/>
17. Accueil des demandeur·euses d'asile – CIRÉ asbl [Internet]. 2020 [cité 28 mars 2025]. Disponible sur: <https://www.cire.be/nos-activites/structure-daccueil-pour-demandeurs-dasile/>
18. Organisantion mondiale de la santé. Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants : résumé [Internet]. [https://fraps.centredoc.fr/index.php?lvl=publisher\\_see&id=1145](https://fraps.centredoc.fr/index.php?lvl=publisher_see&id=1145). Genève; 2022 [cité 4 avr 2024]. 48 p. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/360464>
19. Dauvrin M., Detollenaere J., De Laet C., Roberfroid D., Vinck I. Demandeurs d'asile: options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders – Synthèse. [Internet]. 2019 [cité 5 avr 2024]. Disponible sur: <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/nos-methodes-et-procedures/si-vous-souhaitez-utiliser-une-partie-de-nos-rapports-copyrights>
20. van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *Eur J Public Health*. 1 févr 2018;28(1):82-7.
21. Nicole S. The public health dimension of the European migrant crisis.
22. Sarah B. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé [Internet]. 2003 [cité 12 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html>
23. Derose KP, Escarce JJ, Lurie N. Immigrants and health care: sources of vulnerability. *Health Aff (Millwood)*. 2007;26(5):1258-68.
24. Diamond L, Izquierdo K, Canfield D, Matsoukas K, Gany F. A Systematic Review of the Impact of Patient-Physician Non-English Language Concordance on Quality of Care and Outcomes. *J Gen Intern Med*. août 2019;34(8):1591-606.
25. Jaeger FN, Pellaud N, Laville B, Klauser P. The migration-related language barrier and professional interpreter use in primary health care in Switzerland. *BMC Health Serv Res*. 27 juin 2019;19(1):429.
26. Dray É, Ève K, Lalande F, Robert A, Lantheaume S. Lever de la barrière linguistique dans la prise en charge médicale de patients allophones: Santé Publique [Internet]. 28 mars 2023 [cité 1 août 2023];Vol. 34(6):783-93. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2022-6-page-783.htm?ref=doi>
27. Origlia Ikhil G, Abreu M, Barone CP, Bachur R, Lin H. Errors of medical interpretation and their potential clinical consequences: a comparison of professional versus ad hoc versus no interpreters. *Ann Emerg Med*. nov 2012;60(5):545-53.
28. Derlet O, Deschietere G. Providing psychiatric healthcare to asylum seekers: reflections and challenges. *Psychiatr Danub*. sept 2019;31(Suppl 3):395-9.
29. Stoiciu G. L'émergence du domaine d'étude de la communication interculturelle. *Hermès, La Revue* [Internet]. 2008 [cité 16 févr 2024];51(2):33-40. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2008-2-page-33.htm>
30. Durieux-Paillard & Loutan, 2005 A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. 1981. 448 p.
31. Schouler-Ocak M. Providing Care for Migrants and Refugees. *European Psychiatry* [Internet]. avr 2017 [cité 29 avr 2023];41(S1):S35-S35. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/providing-care-for-migrants-and-refugees/729E0991AF5310D2F6B86B223B22D8D5>
32. Durieux-Paillard Sophie LL, Loutan L. Diversité culturelle et stéréotypes : la pratique médicale est aussi concernée. *Rev Med Suisse* [Internet]. 28 sept 2005 [cité 28 mars

- 2024];034:2208-13. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-34/diversite-culturelle-et-stereotypes-la-pratique-medicale-est-aussi-concernee>
33. Derlet O, Deschietere G. PROVIDING PSYCHIATRIC HEALTHCARE TO ASYLUM SEEKERS: REFLECTIONS AND CHALLENGES. *Psychiatria Danubina*. 31.
34. Gil-Salmerón A, Katsas K, Riza E, Karnaki P, Linos A. Access to Healthcare for Migrant Patients in Europe: Healthcare Discrimination and Translation Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. janv 2021 [cité 26 juill 2023];18(15):7901. Disponible sur: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/15/7901>
35. Dauvrin M, Derluyn I, Coune I, Verrept H, Lorant V. Towards fair health policies for migrants and ethnic minorities: the case-study of ETHEALTH in Belgium. *BMC Public Health*. 31 août 2012;12:726.
36. Dauvrin M, Geerts charlottte, Lorant V. livret. Santé Conjuguée [Internet]. 2010 [cité 19 avr 2024];51:19. Disponible sur: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:74647>
37. Dauvrin M, Geerts C, Lorant V. Santé des migrants et bonnes pratiques : résultats belges du projet EUGATE. Santé Conjuguée [Internet]. 2010 [cité 17 mai 2024];51:19. Disponible sur: <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:74647>
38. Institut national d'assurance maladie-invalidité. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique [Internet]. 2014 [cité 19 avr 2024]. Disponible sur: <https://www.inami.fgov.be/fr/recherche?q=livre+vert+>
39. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. *Med Hist* [Internet]. oct 1981 [cité 30 avr 2025];25(4):435-6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1139079/>
40. Triandis H, Trafimow D. Culture and its Implications for Intergroup Behavior. In 2008. p. 367-85.
41. Robinson M, Gilmartin J. Barriers to communication between health practitioners and service users who are not fluent in English. *Nurse Education Today* [Internet]. 1 août 2002 [cité 23 mai 2024];22(6):457-65. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691702907586>
42. Schouten BC, Meeuwesen L. Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. déc 2006;64(1-3):21-34.
43. Lau LS, Rodgers G. Cultural Competence in Refugee Service Settings: A Scoping Review. *Health Equity* [Internet]. 16 mars 2021 [cité 23 avr 2025];5(1):124-34. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7990563/>
44. Schouten BC, Cox A, Duran G, Kerremans K, Banning LK, Lahdidioui A, et al. Mitigating language and cultural barriers in healthcare communication: Toward a holistic approach. *Patient Education and Counseling* [Internet]. 1 déc 2020 [cité 22 mai 2024];103(12):2604-8. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399120302421>
45. Publishing O. Where Immigrant Students Succeed: A Comparative Review of Performance and Engagement in PISA 2003. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2006. 226 p. (Programme for International Student Assessment (PISA)).
46. Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Vinck I. Improving access to health care for asylum seekers in Belgium: a national stakeholder consultation. *European Journal of Public Health* [Internet]. 1 oct 2021 [cité 19 avr 2023];31(Supplement\_3):ckab164.616. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab164.616>

## 10. ANNEXES

### ♣ Annexe 1 : Guide de l'accompagnement individuel



**Dossier d'accompagnement individuel**

**Identité :**

Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_  
Langues parlées(s) : \_\_\_\_\_  
Pays d'origine : \_\_\_\_\_  
Date d'arrivée en Belgique : \_\_\_\_\_  
Date d'arrivée au centre : \_\_\_\_\_  
Situation familiale en Belgique : \_\_\_\_\_  
Contact au pays ou sur la trajectoire : \_\_\_\_\_  
Situation familiale au pays : \_\_\_\_\_

**Identification des ressources et potentialités**

Hobbies, sport, centres d'intérêts : \_\_\_\_\_  
Métier/bénévolat au pays : \_\_\_\_\_  
Formations et niveau de scolarité au pays : \_\_\_\_\_

Formation suivie à la Croix-Rouge :  
 Sensibilisation incendie  
 Atelier citoyenneté  
 Hello Belgium  
 Autre \_\_\_\_\_

Formations suivies en dehors de la Croix-Rouge : \_\_\_\_\_  
Entourage et réseau (familial ou non) soutenant (matériel, finances, moral) : \_\_\_\_\_

Facilité à s'adapter et à résoudre des problèmes : \_\_\_\_\_  
Facilité à se ressourcer (sport, musique, relaxation, religion...) : \_\_\_\_\_

**Ligne du temps**

1<sup>RE</sup> RENCONTRE Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
2<sup>ME</sup> RENCONTRE Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
3<sup>ME</sup> RENCONTRE Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
4<sup>ME</sup> RENCONTRE Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
5<sup>ME</sup> RENCONTRE Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
6<sup>ME</sup> RENCONTRE Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Dates clés :**

INTRODUCTION DFI : \_\_\_\_\_  
AUDITION CRA : \_\_\_\_\_  
RÉPONSE CRA : \_\_\_\_\_  
RECRUE CCE : \_\_\_\_\_  
AUDIENCE CCE : \_\_\_\_\_  
DÉPART PRÉVU : \_\_\_\_\_

**Evaluation place initiale**  
Date : \_\_\_\_\_

**Evaluation place adaptée (Tous les 4 mois)**  
Date : \_\_\_\_\_

**ADA** Service Accompagnement Individuel **CROIX-ROUGE** de Belgique

**Dossier d'accompagnement individuel**

**Suivi de rencontre**  
4 axes pour viser l'autonomie et la résilience

Date de la rencontre : \_\_\_\_\_  
État de la procédure : \_\_\_\_\_  
Lequel de ces 4 axes avons nous abordé ? \_\_\_\_\_  
Que retenons-nous de cet entretien ? (des mots clés suffisent)  
Fixons-nous un ou plusieurs objectifs pour notre prochaine rencontre ? Si oui, le(s)quel(s) ? \_\_\_\_\_  
Mes observations et remarques : \_\_\_\_\_

**ADA** Service Accompagnement Individuel **CROIX-ROUGE** de Belgique

♦ **Annexe 2 : Demande du comité d'éthique**

**Demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique**

**(Version finale acceptée par le Comité d'Ethique en date du 06 octobre 2016)**

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à [mssp@uliege.be](mailto:mssp@uliege.be).

Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant·e (prénom, nom, adresse courriel) : TANKEU SIDUONE LARISSA  
stankeu@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Épidémiologie et santé internationale

3. Année académique : 2024 - 2025

4. Titre du mémoire :

« Analyse des besoins d'intervention pour réduire les barrières linguistiques et culturelles dans l'accompagnement médico-social des demandeurs de protection internationale : étude de cas au centre d'accueil de Montegnée, Liège ».

5. Nom du Service ou nom du Département dont dépend la réalisation du mémoire :

Département des Sciences de la santé publique

6. Nom du/de la Professeur·e responsable du Service énoncé ci-dessus ou nom du/de la

Président·e de Département : Pr Anne-Françoise DONNEAU

7. Promoteur·trice·s (titre, prénom, nom, fonction, adresse courriel, institution) :

a. Mme. MESCOLI ELSA docteur en sciences politiques et sociales Chargée de cours, Faculté des Sciences Sociales. [E.Mescoli@uliege.be](mailto:E.Mescoli@uliege.be)

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

Objectif principal

Analyser les stratégies actuellement utilisées par le personnel médico-social du centre d'accueil de Montegnée pour surmonter les barrières linguistiques et culturelles dans l'accompagnement médico-social des DPI ne maîtrisant pas le français.

Objectif secondaire :

Comprendre les facteurs sous-jacents aux problématiques rencontrées par les soignants et les DPI concernant l'accès aux soins de santé.

b. Protocole de recherche (design, sujets, instruments, etc.) **(+/- 500 mots)**

Le protocole de recherche, fondé sur une approche qualitative et phénoménologique, permettra d'explorer en profondeur les perceptions et les expériences des professionnels de santé et des DPI (Demandeurs de Protection Internationale) concernant les obstacles linguistiques et culturels qui entravent l'accès aux soins de santé.

Cette approche méthodologique, en se concentrant sur les expériences vécues par les participants, vise à faire émerger les perceptions, les émotions et les défis liés aux barrières linguistiques et culturelles. Elle permet de capturer la subjectivité des interactions entre professionnels de santé et DPI, mettant en lumière les dynamiques interculturelles qui influencent la prestation des soins et l'accès à ceux-ci.

Les participants seront recrutés directement au centre de Montegnée (la croix-rouge), à la suite de l'obtention des autorisations nécessaires de la part des administrateurs du centre.

L'échantillonnage sera non probabiliste et basé sur un choix raisonné. Il permettra de choisir des participants qui ont une expérience significative en lien avec la problématique de l'étude. L'utilisation d'un guide d'entretien semi-structuré, combinée à un échantillonnage raisonné, assurera que les données recueillies reflètent une diversité d'opinions et de vécus, contribuant ainsi à une meilleure compréhension de cette problématique complexe.

Un guide d'entretien spécifique sera conçu pour chaque groupe de participants. Pour les professionnels médico-sociaux, le guide portera sur leurs expériences de prestation de soins dans un contexte interculturel, leurs compétences interculturelles, et les stratégies qu'ils mettent en place pour surmonter les barrières linguistiques et culturelles.

Pour les DPI, les entretiens se concentreront sur leurs expériences en tant que patients, leurs attentes et leurs besoins en matière de soins de santé. Des questions ouvertes permettront de favoriser des récits détaillés et de recueillir des informations sur les défis auxquels ils sont confrontés lorsqu'ils tentent d'accéder aux soins de santé.

La collecte de données sera organisée à travers des entretiens individuels planifiés en fonction des disponibilités des participants. Avant chaque entretien, un consentement éclairé sera obtenu pour s'assurer que les participants comprennent le but de l'étude et acceptent de participer en toute connaissance de cause. Les entretiens avec les professionnels de santé

seront réalisés en premier, suivis des entretiens avec les DPI. Pour garantir une communication fluide avec les DPI, un traducteur sera mis à disposition si nécessaire.

Les entretiens auront lieu dans un cadre confidentiel, encourageant une expression libre et honnête des participants. Les données collectées seront anonymisées pour préserver la confidentialité des participants, et analysées qualitativement. L'analyse se focalisera sur l'identification de thèmes récurrents, de similitudes et de divergences dans les expériences des participants, et sur les solutions suggérées pour améliorer l'accès aux soins dans un contexte interculturel.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non
3. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc...) ? Non
4. L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non
5. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non
6. Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,...) ? Non
7. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc...) ? Oui
8. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,...) ? Non
9. S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non

10. S'agit-il d'une validation de questionnaire (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ?

\_Non\_

Si les réponses aux questions 1 à 6 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

Si les réponses aux questions 7 à 10 comportent au minimum un « oui », il apparaît probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d'Ethique.

En fonction de l'analyse du présent document, le Collège des Enseignants du Master en Sciences de la Santé publique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude à un Comité d'Ethique, soit le Comité d'Ethique du lieu où la recherche est effectuée soit, à défaut, le Comité d'Ethique Hospitalo-facultaire de Liège.

Le promoteur·trice sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.
- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication
  - Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine et ne prévoit pas de faire l'objet d'une publication

Date : 13/09/2024 Nom et signature du promoteur



♣ Annexe 3 : Réponse du comité d'éthique

RE: Demande\_au\_Comité\_d'éthique

E

✉ Ethique <ethique@chuliege.be>

À : ☎ Tankeu Siduone ; Cc : MSSP

lundi 23 septembre 2024 à 15:44



De : MSSP <mssp@uliege.be>

Envoyé : jeudi 19 septembre 2024 08:39

À : Ethique <ethique@chuliege.be>; Tankeu Siduone <STankeu@student.uliege.be>

Objet : TR: Demande\_au\_Comité\_d'éthique

Bonjour Madame,  
Pourriez-vous confirmer à Mme TANKEU que son étude ne tombe pas sous le coup de la loi de 2004 et que par conséquent, vu qu'elle ne souhaite pas publier, elle n'a plus d'autre démarche éthique à faire.  
Cordialement

Cordialement,

Françoise PETERS

Coordinatrice pédagogique – Master en Sciences de la Santé publique

Faculté de Médecine | Université de Liège | [www.facmed.uliege.be](http://www.facmed.uliege.be)

Quartier Hôpital - Avenue Hippocrate, 15 - 4000 Liège  
B36 - Tour 4 - Niveau -1 - Route 688

En télétravail le lundi et mercredi

Tél : [+32 \(4\) 366 29 93](tel:+3243662993)

[mssp@uliege.be](mailto:mssp@uliege.be)



RE: Demande\_au\_Comité\_d'éthique

E

✉ Ethique <ethique@chuliege.be>

À : ☎ Tankeu Siduone ; Cc : MSSP

lundi 23 septembre 2024 à 15:44

Bonjour,

Votre étude n'est pas soumise à la loi de 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et puisque vous ne souhaitez pas la publier dans une revue scientifique ou médicale, il n'est pas nécessaire de la soumettre au Comité d'Ethique.

Bien à vous,

Sophie MARECHAL

Secrétariat Administratif

Comité d'Ethique Hospitaho-Facultaire Universitaire de Liège

Route 562, Porte 166

Avenue de l'Hôpital, 1

4000 Liège

Tel: [+32 4 323 21 58](tel:+3243232158)

[ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)



De : MSSP <mssp@uliege.be>

Envoyé : jeudi 19 septembre 2024 08:39

À : Ethique <ethique@chuliege.be>; Tankeu Siduone <STankeu@student.uliege.be>

Objet : TR: Demande\_au\_Comité\_d'éthique

Bonjour Madame,

Pourriez-vous confirmer à Mme TANKEU que son étude ne tombe pas sous le coup de la loi de 2004 et que par conséquent, vu qu'elle ne souhaite pas publier, elle n'a plus d'autre démarche éthique à faire.  
Cordialement

♣ **Annexe 4 : Guide d'entretien**

**Guide d'entretien pour les professionnels de soins et accompagnants médico-sociale**

***Analyse des besoins d'intervention pour réduire les barrières linguistiques et culturelles dans l'accompagnement médico-social des demandeurs de protection internationale au Centre d'accueil de Montegnée, Liège.***

**1. Introduction**

- **Se présenter** et expliquez le contexte de l'entretien.
  - Par ex : " Merci d'avoir accepté de participer à cet entretien. Nous (je) menons une recherche sur les besoins d'intervention pour réduire les barrières linguistiques et culturelles dans l'accompagnement des demandeurs de protection internationale ".
- **Expliquez l'objectif de la recherche :**
  - "Notre (mon) objectif est de mieux comprendre les obstacles rencontrés par les professionnels dans leur travail quotidien, mais aussi de recueillir des suggestions pour améliorer les services. Les informations recueillies resteront anonymes."
- **Assurez la confidentialité** et demandez l'autorisation d'enregistrer la discussion pour une analyse ultérieur dans la phase de rédaction du mémoire.

**2. Profil et rôle du participant**

- **Pouvez-vous vous présenter brièvement ?**
  - Quelle est votre fonction au sein du Centre d'accueil ?
  - Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce centre ?
  - Quelle est votre expérience avec les demandeurs de protection internationale ?

**3. Barrières linguistiques dans l'accompagnement médico-social**

- **Rencontrez-vous souvent des barrières linguistiques dans votre travail avec les demandeurs de protection internationale ?**
  - Quels types de situations pose problème en raison des différences linguistiques (consultations médicales, démarches administratives, etc.) ?
- **Quelles sont les conséquences des barrières linguistiques dans l'accompagnement médico-social ?**
  - Comment cela affecte-t-il la qualité des services fournis ?
  - Y a-t-il des situations où les demandeurs ne reçoivent pas les soins ou l'accompagnement nécessaires à cause de ces barrières ?
- **Quels outils ou moyens utilisez-vous actuellement pour surmonter les barrières linguistiques ?**
  - Interprètes (présentiels, téléphoniques, etc.) ?
  - Documents traduits ?
  - Utilisation de technologies (applications de traduction) ?
- **Comment évaluez-vous l'efficacité de ces moyens ?**
  - Les outils actuels sont-ils suffisants ? Si non, pourquoi ?

**4. Barrières culturelles dans l'accompagnement médico-social**

- **Rencontrez-vous des barrières culturelles dans l'accompagnement des demandeurs de protection internationale ?**
  - Pouvez-vous donner des exemples de différences culturelles qui posent problème dans les soins ou l'accompagnement social ?
- **Comment ces barrières culturelles affectent-elles les relations entre le personnel et les demandeurs ?**
  - Cela crée-t-il des malentendus, des frustrations ou des tensions ?
  - Comment ces barrières influencent-elles la prise de décision des demandeurs dans le domaine médico-social et culturelle ?
- **Quelles stratégies sont actuellement utilisées pour surmonter les barrières culturelles ?**
  - Formation du personnel ? Collaboration avec des médiateurs culturels ou des personnes ressources ?

## 5. Identification des besoins d'intervention

- **Selon vous, quels sont les besoins pour améliorer l'accompagnement des demandeurs de protection internationale en ce qui concerne les barrières linguistiques et culturelles ?**
  - Quelles interventions ou améliorations devraient être mises en place en priorité ?
  - Y a-t-il des formations ou des ressources supplémentaires qui pourraient aider le personnel ?
- **Comment améliorer la collaboration entre le personnel et les demandeurs pour mieux surmonter ces barrières ?**
  - Quels types de soutien (interprétation, formation interculturelle, etc.) manquent actuellement dans votre pratique quotidienne ?
- **Avez-vous des suggestions pour réduire ces barrières ?**
  - Par exemple, des outils innovants, de nouvelles approches ou méthodes d'intervention ?

## 6. Perspectives sur les bonnes pratiques

- **Y a-t-il des exemples de bonnes pratiques ou d'initiatives réussies que vous avez observées dans d'autres contextes ou lieux concernant la gestion des barrières linguistiques et culturelles ?**
  - Comment ces pratiques pourraient-elles être appliquées dans votre contexte ?

## 7. Conclusion

- **Pour conclure, y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant ce sujet ?**
  - "Avez-vous des recommandations finales sur la manière dont les obstacles linguistiques et culturels peuvent être mieux gérés au Centre d'accueil ?"
- **Remerciements :**  
"Merci beaucoup pour votre temps et pour avoir partagé votre expérience."

## **Guide d'entretien pour les Demandeurs de Protection Internationale (DPI)**

### ***Analyse des besoins d'intervention pour réduire les barrières linguistiques et culturelles dans l'accompagnement médico-social au Centre d'accueil de Montignée, Liège.***

#### **1. Introduction**

- **Se présenter** et expliquez le contexte de l'entretien.
  - "Merci de participer à cet entretien. Nous (je) faisons une recherche pour comprendre comment améliorer les services que vous recevez dans le centre. Nous (je) souhaitons comprendre les problèmes liés aux langues et aux différences culturelles que vous avez peut-être rencontrés."
- **Expliquez l'objectif de la recherche :**
  - "L'objectif est de recueillir vos impressions et vos suggestions pour mieux vous accompagner. Les réponses seront anonymes, et cela nous aidera à améliorer les services offerts."
- **Assurez la confidentialité** et demandez l'autorisation d'enregistrer la discussion.

#### **2. Profil du participant**

- **Pouvez-vous vous présenter brièvement ?**
  - D'où venez-vous ?
  - Depuis combien de temps êtes-vous au Centre d'accueil ?
  - Quelle est votre langue maternelle et parlez-vous d'autres langues ?
- **Pouvez-vous expliquer les raisons pour lesquelles vous avez demandé une protection internationale ?**
  - Ceci peut aider à comprendre les aspects culturels ou autres qui peuvent avoir un impact sur les besoins.

#### **3. Barrières linguistiques dans l'accompagnement médico-social**

- **Avez-vous rencontré des difficultés à cause de la langue depuis votre arrivée au centre ?**
  - Avez-vous eu des problèmes pour parler avec les médecins, infirmières ou assistants sociaux ?
  - Ces problèmes ont-ils affecté votre accès aux soins ou à d'autres services ?
- **Comment faites-vous pour communiquer si vous ne parlez pas la même langue que le personnel ?**
  - Utilisez-vous des interprètes ? Un membre de votre famille vous aide-t-il à traduire ?
  - Est-ce que les outils de traduction sont efficaces selon vous ?
- **Quelles sont les conséquences des problèmes de langue pour vous ?**
  - Avez-vous parfois l'impression que vos besoins ne sont pas compris ou que vous ne comprenez pas bien ce qu'on vous demande de faire ?
- **Avez-vous des suggestions pour améliorer la communication au centre ?**
  - Qu'est-ce qui pourrait rendre les choses plus faciles pour vous ?

#### **4. Barrières culturelles dans l'accompagnement médico-social**

- **Avez-vous ressenti des difficultés à cause des différences culturelles ?**
  - Y a-t-il des habitudes, des traditions ou des croyances dans votre culture qui ne sont pas bien comprises ici ?
  - Pouvez-vous donner des exemples où ces différences ont causé des malentendus ou des tensions dans le centre ?
- **Ces différences culturelles ont-elles rendu plus difficile l'accès aux soins ou à l'aide sociale ?**
  - Par exemple, dans les soins de santé ou dans vos interactions avec le personnel du centre ?
- **Comment gérez-vous ces différences culturelles dans vos échanges avec le personnel du centre ?**
  - Avez-vous l'impression que le personnel essaie de comprendre votre culture ou vos traditions ?
- **Quelles suggestions auriez-vous pour améliorer la compréhension entre vous et le personnel ?**
  - Aimeriez-vous que des médiateurs culturels soient plus présents pour aider à réduire ces incompréhensions ?

## 5. Identification des besoins d'intervention

- **Quels sont, selon vous, les principaux problèmes que vous avez rencontrés ici à cause des barrières linguistiques ou culturelles ?**
  - Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous au quotidien ?
- **Quels types de soutien ou d'aide aimeriez-vous recevoir pour surmonter ces problèmes ?**
  - Aimeriez-vous avoir plus d'interprètes ou des documents dans votre langue ?
  - Y a-t-il des choses que vous aimeriez que le personnel fasse pour mieux comprendre votre culture ou vos traditions ?
- **Si vous pouviez proposer une amélioration pour réduire les barrières linguistiques et culturelles, qu'est-ce que ce serait ?**
  - Pensez-vous à quelque chose qui rendrait l'accompagnement plus facile ou plus adapté à vos besoins ?

## 6. Perspectives sur les bonnes pratiques

- **Avez-vous eu une bonne expérience quelque part ailleurs (dans un autre centre ou un autre pays) où les problèmes de langue et de culture ont été bien gérés ?**
  - Si oui, pouvez-vous expliquer comment cela a fonctionné et ce qui pourrait être fait de la même manière ici ?
- **Qu'est-ce qui vous aiderait à vous sentir plus compris ou plus en sécurité dans votre accompagnement ici ?**
  - Cela peut être lié à la langue, à la culture, ou à la manière dont le personnel interagit avec vous.

## 7. Conclusion

- **Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager concernant votre expérience avec les barrières linguistiques ou culturelles ici ?**
  - "Avez-vous des recommandations finales sur la manière dont ces problèmes pourraient être mieux gérés au Centre d'accueil ?"
- **Remerciements :**
  - "Merci beaucoup pour votre temps et pour avoir partagé votre expérience."

♦ Annexe 5 : Formulaire de consentement au stage

**CONVENTION DE STAGE (TFE)**

**Entre :** L'Université de Liège

Département et axe du promoteur : Département des Sciences de la Santé publique

Ayant son siège social : place du 20-Août, 7 à 4000 LIEGE - Belgique

Représentée par  Mme  M. Pr. AFr. DONNEAU

Grade académique : PhD

(ci-après dénommé(e) "le superviseur académique")

Ci-après dénommée "l'Université";

Mme  M. Tankeu siduone larissa

Domicilié(e) à kempischesteenweg 140, 3500 hasselt

Inscrit(e) à l'Université en

Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en praticien spécialisé de santé publique

Ci-après dénommé(e) "l'étudiant stagiaire";

**Et :**

(Entreprise) Croix-Rouge de Montignée.

Ayant son siège social à Namur

Représentée par  Mme  M. Gentile Fiona

Titre : Accompagnatrice sociale

Tél.: 0440802788 Mail: fiona.gentile@croix-rouge.be

Ci-après dénommée "l'Organisme d'accueil"

Dans le cadre de ses études, l'étudiant stagiaire réalise un travail de fin d'études, qui aura pour objet

Dans ce cadre, l'étudiant stagiaire souhaite effectuer un stage au sein de l'Organisme d'accueil.

Il est convenu ce qui suit pour régler les rapports entre l'Organisme d'accueil et l'Université concernant les étudiants stagiaires dans le cadre de la formation professionnelle.

## **Article 1 - Objet**

Ce stage a pour objet essentiel d'assurer l'application pratique de l'enseignement donné dans la formation de l'étudiant stagiaire dans le cadre de ses études de

Il débutera le 1/01/2025 pour se terminer 1/06/2025, à concurrence de jours. Cette durée pourra être revue de commun accord entre parties.

Mention  à conserver ou  à supprimer : il est d'ores et déjà convenu entre les parties que l'étudiant stagiaire bénéficiera de ✓ jours d'absence autorisée par mois de stage, moyennant l'information et l'accord préalables de l'Organisme d'accueil selon les modalités à déterminer entre les parties.

## **Article 2 - Obligations de l'Organisme d'accueil et de l'Université**

L'Université et l'Organisme d'accueil ont convenu d'associer leurs efforts et de coordonner leur action en vue de contribuer au développement de stages de formation pratique dans le cadre d'activité professionnelle.

En particulier, l'Organisme d'accueil :

- prendra en considération les besoins de formation de l'étudiant stagiaire dans le choix des travaux auxquels il sera astreint et apportera son concours à l'Université en assurant la prise en charge des stages d'étudiants par des spécialistes compétents;
- s'efforcera de mettre à disposition de l'étudiant stagiaire tous les moyens nécessaires à la réalisation de son stage, dès signature de la présente convention;
- n'imposera en aucun cas à l'étudiant stagiaire des tâches étrangères à sa formation.

L'Organisme d'accueil informera l'Université, dans les plus brefs délais, de tout problème pouvant apparaître au cours du stage et de nature à influencer son déroulement.

Sauf indication contraire, tous les coûts ayant trait directement ou indirectement à la réalisation du stage, tels que les coûts de déplacements effectués dans ce cadre et préalablement autorisés par le maître de stage de l'Organisme d'accueil, de recherche bibliographique, de matériel, d'analyse, seront pris en charge par l'Organisme d'accueil.

Dans la mesure de ses possibilités et tout en restant compatible avec le statut d'étudiant, l'Organisme d'accueil pourra prévoir l'octroi d'une gratification, notamment sous la forme d'un prix, destinée à encourager et récompenser l'étudiant stagiaire dont le travail aura été particulièrement apprécié.

Toutes autres modalités pratiques éventuelles seront convenues entre le maître de stage de l'Organisme d'accueil et le superviseur académique, à charge pour ces derniers de veiller à ce que l'étudiant stagiaire s'y conforme.

### **Article 3 – Statut et obligations de l'étudiant stagiaire**

L'étudiant stagiaire, pendant la durée de son stage au sein de l'Organisme d'accueil, conserve le statut d'étudiant de l'Université et demeure sous sa responsabilité. A ce titre, les tâches effectuées au cours du stage sont suivies par le superviseur académique de l'Université, dans les conditions qu'il aura déterminées, avec l'Organisme d'accueil.

Cette situation entraîne les conséquences suivantes :

- L'étudiant stagiaire ne sera pas rémunéré et de ce fait, ne sera pas assujetti à la législation de la sécurité sociale; aucune cotisation ne peut donc être mise à charge de l'Université.

Néanmoins, dans la mesure de ses possibilités et tout en restant compatible avec le statut d'étudiant, l'Organisme d'accueil pourra prévoir l'octroi d'une gratification, notamment sous la forme d'un prix, destinée à encourager et récompenser l'étudiant stagiaire dont le travail aura été particulièrement apprécié.

- L'étudiant stagiaire bénéficiera, en cas d'accident survenu au cours du trajet pour se rendre sur le lieu du stage ou pour en revenir, des mêmes garanties que s'il s'agissait d'un accident survenu au cours du trajet domicile-Université, aller et retour, dans les limites et conditions des contrats souscrits par l'Université.

Pour tout accident qui surviendrait sur le lieu de stage, la couverture accidents du travail de l'Université est étendue à l'étudiant stagiaire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 13 juin 2007.

- La responsabilité civile de l'étudiant stagiaire est couverte dans les limites et conditions du contrat d'assurance à charge de l'Université.

Durant son stage, l'étudiant stagiaire est soumis au règlement de l'Organisme d'accueil, notamment en ce qui concerne les horaires, le respect des conditions d'hygiène et de sécurité ainsi que les visites médicales. En cas de manquement à ces règles, l'Université et l'Organisme d'accueil se réservent le droit d'interrompre le stage. Le superviseur académique de l'Université en informera alors immédiatement le Président du Conseil des études en

### **Article 4 – Confidentialité (cocher l'option applicable)**

#### **Option 1 : Engagement de confidentialité unilatéral de l'étudiant stagiaire**

L'étudiant stagiaire s'engage à accomplir de son mieux les tâches faisant l'objet du stage, dans le respect de la déontologie en vigueur au sein de l'Organisme d'accueil, notamment en ce qui concerne l'obligation du secret professionnel.

A cet égard, l'étudiant stagiaire sera tenu aussi bien pendant la durée de son stage qu'après celui-ci, d'observer la confidentialité à l'égard des tiers pour tout ce qui concerne son activité pendant son stage et d'une façon plus générale pour tout ce dont il aurait eu connaissance directe ou indirecte à l'occasion de son stage, ainsi que le contenu des

documents qu'il aura rédigé lui-même, y compris les rapports de stage sans préjudice de l'article 6 ci-après.

Les dispositions qui précèdent ne pourront cependant en aucun cas porter préjudice à la bonne rédaction, au droit d'impression et de défense du mémoire de fin d'études.

Les parties se mettront néanmoins d'accord, s'il échet, sur les mesures de protection des informations à prendre dans la rédaction du mémoire de fin d'études.

L'Université s'engage, à la demande écrite de l'Organisme d'accueil, à ne pas diffuser, ni même rendre accessible le mémoire de fin d'études.

OU

Option 2 : Engagement de confidentialité multilatéral

L'étudiant stagiaire, l'Organisme d'accueil et l'Université s'engagent, pour la durée de la présente convention et une période de 5 ans après son expiration, à garder confidentielles et à ne pas divulguer à des tiers, sans accord formel et préalable des autres parties, toutes les informations de nature confidentielle qu'elles ont obtenues dans le cadre du stage de l'étudiant stagiaire.

Ne sont toutefois pas confidentielles, les informations :

- qui sont ou deviennent généralement disponibles pour le public lors de leur publication ou ultérieurement, autrement que par une faute ou une négligence de la partie qui les reçoit;
- qui sont obtenues de manière licite d'un tiers non soumis à une obligation de confidentialité;
- qui sont connues préalablement à leur transmission par la partie qui les reçoit du fait de ses propres recherches, à charge pour cette dernière d'en apporter la preuve;
- qui sont propres aux parties et rendues publiques par les parties elles-mêmes.

L'Organisme d'accueil et l'Université s'engagent à faire respecter cet engagement de confidentialité par tous les membres de leur personnel ainsi que par les sous-traitants et autres tiers (notamment les filiales et autres entreprises liées). Cette obligation de confidentialité ne pourra cependant porter préjudice au droit d'impression et de défense publique du travail de fin d'études conformément au règlement en vigueur au sein de l'Université, de même qu'à la possibilité pour l'étudiant stagiaire de faire état du travail de fin d'études à titre de référence ou sous forme d'abrégé, selon les modalités ci-après :

Les éventuelles parties du travail de fin d'études reprenant des informations confidentielles reprendront l'annotation "**Confidential**". Le jury chargé de lire le travail de fin d'études et d'assister à la défense orale sera composé, outre du superviseur académique de l'Université et éventuellement du maître de stage de l'Organisme d'accueil, de plusieurs autres membres, choisis par le Bureau du Conseil des études en ... ou le Collège doctoral en accord avec le Conseil de la Faculté ....

La rédaction du travail de fin d'études sera contrôlée par le superviseur académique de l'Université et, le cas échéant, par le maître de stage de l'Organisme d'accueil.

Préalablement à la défense orale du travail de fin d'études, l'étudiant stagiaire adressera une copie des éventuelles parties du travail de fin d'études concernant les travaux effectués au sein de l'Organisme d'accueil au maître de stage de l'Organisme d'accueil. Les pages concernant ces travaux seront numérotées et comprendront l'annotation "Confidential".

Une copie du travail de fin d'études sera transmise aux autres membres du jury, qui auront, le cas échéant, préalablement signé un accord de secret dont copie sera adressée à l'Organisme d'accueil.

Le cas échéant, l'Université et l'Organisme d'accueil détermineront de commun accord les mesures complémentaires de protection du caractère confidentiel des informations devant être prises lors de la défense orale du travail de fin d'études, dans le respect des législations et réglementations universitaires en vigueur.

Les parties du travail de fin d'études reprenant les éventuelles informations confidentielles ne pourront faire l'objet de communications et/ou de publications d'ordre scientifique qu'après l'accord écrit de l'Organisme d'accueil, qui ne pourra s'y opposer qu'en justifiant d'un intérêt réel à l'absence de publication et ce, pendant un délai maximum de six (6) mois. Cet accord sera réputé acquis si, dans les 30 jours qui suivent la demande de publication et/ou de communication par l'Université, l'Organisme d'accueil n'a pas fait connaître sa position.

#### **Article 5 - Propriété intellectuelle (cocher l'option applicable)**

##### **Option 1 : Propriété des résultats à l'Organisme d'accueil**

Les résultats qui seraient obtenus par l'étudiant stagiaire à l'occasion de la réalisation de son stage au sein de l'Organisme d'accueil seront propriété de l'Organisme d'accueil qui disposera du droit exclusif de les exploiter. Sans préjudice des dispositions de l'article 4, l'Université conservera cependant le droit de les utiliser à des fins scientifiques ou pédagogiques, et conservera en toute hypothèse la propriété exclusive des connaissances antérieurement acquises dans le domaine concerné.

Sans préjudice de ce qui précède, l'Université conservera la propriété des méthodes et du know-how développés par le superviseur académique de l'Université et/ou l'étudiant stagiaire à l'occasion de la présente convention.

Le relevé des connaissances antérieures de chaque partie dans le domaine concerné fait l'objet d'une Annexe B à la présente :

Oui  Non

L'Organisme d'accueil s'engage, en cas d'obtention de résultats générés en tout ou en partie à l'occasion de la réalisation du stage de l'étudiant stagiaire, à reconnaître la contribution de l'Université dans leur obtention.

Mention  à conserver ou  à supprimer : en cas d'exploitation industrielle et/ou de commercialisation de tels résultats, l'Université pourra recevoir un pourcentage de royalties calculé sur le montant net des ventes desdits résultats ou des produits les incluant, à déterminer ultérieurement de commun accord entre l'Organisme d'accueil et l'Université. Cette dernière affectera ces sommes conformément à ses réglementations internes en vigueur.

Dans le cas où les travaux permettraient la mise au point d'inventions susceptibles d'être brevetées, les brevets seront pris par l'Organisme d'accueil à son nom en accord avec l'Université, et ils mentionneront le nom des inventeurs universitaires.

Option 2 : Propriété des résultats à l'Université

Les résultats qui seraient obtenus par l'étudiant stagiaire à l'occasion de la réalisation de son stage seront propriété de l'Université qui disposera du droit exclusif de les exploiter.

Option 3 : Copropriété des résultats entre l'Organisme d'accueil et l'Université

Les résultats qui seraient obtenus par l'étudiant stagiaire à l'occasion de la réalisation de son stage seront co-propriété de l'Organisme d'accueil et de l'Université qui disposeront du droit de les exploiter.

Sans préjudice de ce qui précède, l'Université conservera la propriété des méthodes et du know-how développés par le superviseur académique de l'Université et/ou l'étudiant stagiaire à l'occasion de la présente convention.

Le relevé des connaissances antérieures de chaque partie dans le domaine concerné fait l'objet d'une Annexe B à la présente :

Oui  Non

L'Organisme d'accueil s'engage, en cas d'obtention de résultats générés en tout ou en partie à l'occasion de la réalisation du stage de l'étudiant stagiaire, à reconnaître la contribution de l'Université dans leur obtention.

Mention  à conserver ou  à supprimer : en cas d'exploitation industrielle et/ou de commercialisation de tels résultats, l'Université pourra recevoir un pourcentage de royalties calculé sur le montant net des ventes desdits résultats ou des produits les incluant, à déterminer ultérieurement de commun accord entre l'Organisme d'accueil et l'Université. Cette dernière affectera ces sommes conformément à ses réglementations internes en vigueur.

Dans le cas où les travaux permettraient la mise au point d'inventions susceptibles d'être brevetées, les brevets seront pris par l'Organisme d'accueil à son nom en accord avec l'Université, et ils mentionneront le nom des inventeurs universitaires.

## **Article 6 - Responsabilité**

L'Université ne donne aucune garantie d'aucune sorte et décline toute responsabilité en ce qui concerne l'utilisation et l'exploitation, par l'Organisme d'accueil ou par des tiers, du travail de fin d'études, et plus généralement des résultats obtenus par l'étudiant stagiaire dans le cadre de la réalisation de son stage.

## **Article 7 - Assurances**

Pour tout accident qui surviendrait sur le lieu de stage, la couverture accidents du travail de l'Université est étendue à l'étudiant stagiaire, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 13 juin 2007.

L'étudiant stagiaire bénéficiera, en cas d'accident survenu au cours du trajet pour se rendre sur le lieu du stage ou pour en revenir, des mêmes garanties que s'il s'agissait d'un accident survenu au cours du trajet domicile-Université, aller et retour, dans les limites et conditions des contrats souscrits par l'Université.

La responsabilité civile de l'étudiant stagiaire est couverte dans les limites et conditions du contrat d'assurance à charge de l'Université.

La responsabilité encourue par le maître de stage dans l'exercice de ses activités vis-à-vis de tiers n'entre pas dans le cadre de la couverture responsabilité civile souscrite par l'Université.

L'Organisme d'accueil déclare, en ce qui le concerne, être assuré en matière de responsabilité civile, selon les dispositions réglementaires en usage.

Lorsque l'Organisme d'accueil met un véhicule à la disposition de l'étudiant stagiaire, il lui incombe de vérifier préalablement que la police d'assurance du véhicule couvre son utilisation par ledit étudiant stagiaire. En tout état de cause, l'Université décline toute responsabilité en cas de dommage qui pourrait être occasionné à ce véhicule.

## **Article 8 – Rapport**

Le stage couvert par la présente convention donne lieu à la rédaction d'un rapport que l'étudiant stagiaire doit remettre au superviseur académique de l'Université après l'avoir communiqué au maître de stage de l'Organisme d'accueil.

Dans le cas où les travaux effectués par l'étudiant stagiaire l'exigeront, l'Université, en accord avec l'Organisme d'accueil, prendra toutes dispositions telles que prévues dans l'article 4 pour en protéger le caractère confidentiel.

### Article 9 – Durée

Sans préjudice des dispositions de confidentialité visées à l'article 4, la présente convention prend cours le et vient à échéance à la date de l'évaluation finale du stage.

Les parties s'informeront mutuellement, dans les plus brefs délais, de tout problème pouvant apparaître au cours du stage et de nature à influencer son déroulement afin de leur permettre de prendre les mesures utiles.

En cas de difficulté persistante ne pouvant être résolue, l'Université et l'Organisme d'accueil peuvent mettre fin anticipativement au stage moyennant notification écrite.

### Article 10 – Fiche d'analyse de risques

Conformément à l'arrêté royal du 21 septembre 2004 relatif à la protection des stagiaires, une fiche d'analyse de risques dûment complétée par le maître de stage de l'Organisme d'accueil est jointe à la présente convention.

### Article 11

La présente convention est régie pour tous ses aspects par le droit belge.

Les parties s'efforceront de résoudre à l'amiable tous les différends qui surgiraient entre elles à propos de son exécution.

En cas de désaccord persistant, le litige sera soumis aux tribunaux de Liège.

Fait à Flagey, le 20/01/2024.

En trois (3) exemplaires originaux, chaque partie reconnaissant avoir reçu le sien.

Fait à Liège  
Le 30/1/2025

Lu et approuvé



signature de l'étudiant  
stagiaire

Fait à Liège  
Le 30/1/2025

Lu et approuvé



signature du superviseur  
académique

Fait à Flagey  
Le 16/01/2024

Lu et approuvé



signature du responsable de  
l'Organisme d'accueil