

**Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Les perceptions des troubles mentaux chez les migrants comme déterminant majeur d'accès aux services d'aide : étude qualitative au sein de l'asbl Tabane"**

**Auteur :** TRAORE, Fatoumata

**Promoteur(s) :** Wenger, Carole-Anne; Mandin, Jérémy

**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/2268.2/22616>

---

*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.*

---

**LES PERCEPTIONS DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES MIGRANTS COMME  
DÉTERMINANT MAJEUR D'ACCÈS AUX SERVICES D'AIDE : ÉTUDE QUALITATIVE  
AU SEIN DE L'ASBL TABANE.**

Mémoire présenté par Fatoumata Traoré  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de santé publique  
Année académique 2024 -2025

**LES PERCEPTIONS DES TROUBLES MENTAUX CHEZ LES MIGRANTS COMME  
DÉTERMINANT MAJEUR D'ACCÈS AUX SERVICES D'AIDE : ÉTUDE QUALITATIVE  
AU SEIN DE L'ASBL TABANE.**

Mémoire présenté par Fatoumata Traoré  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences de la Santé publique  
Finalité spécialisée en Praticien spécialisé de santé publique  
Année académique 2024 -2025  
Promoteurs : Mandin Jérémy et Wenger Anne-carole

## REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer ma plus sincère gratitude à toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire. Tout d'abord, je remercie chaleureusement mes promoteurs, Madame Wenger et Monsieur Mandin pour leur disponibilité, leurs conseils avisés et leur soutien constant tout au long de ce projet. Leur rigueur scientifique et leur expertise ont grandement enrichi ma réflexion et m'ont permis de surmonter les nombreux défis rencontrés durant cette recherche.

Je souhaite remercier les membres de l'ASBL TABANE, principalement Madame Ben AZZUZ psychologue au sein de l'association pour son aide précieuse. Je tiens également à remercier tous les participants aux entretiens, dont les témoignages francs et détaillés ont constitué la pierre angulaire de ce travail. La confiance et l'engagement dont ils ont fait preuve ont fourni une perspective à la fois authentique et essentielle sur la problématique analysée. Je souhaite exprimer ma gratitude particulière à mes collègues et amis, qui m'ont apporté un soutien tant moral qu'intellectuel. Leurs échanges enrichissants ont contribué à l'affinement de mes idées et à l'avancement de la rédaction de ce mémoire.

Bien évidemment, je n'oublie pas, mon cher mari, mon fils, ainsi que toute ma famille, dont l'amour, le soutien et la compréhension ont été essentiels tout au long de ce parcours. Leurs encouragements et leur patience m'ont permis de persévirer dans les moments de doute et de difficulté. Enfin, je remercie l'ensemble des enseignants et des professionnels qui ont partagé leurs connaissances et leurs expériences, contribuant ainsi à l'enrichissement de mon apprentissage et à la qualité de ce travail.

Ce travail de recherche est le résultat d'un effort collectif, et je tiens à exprimer ma profonde gratitude à chacune des personnes ayant contribué par leur aide précieuse et leur engagement. Leur soutien a été déterminant dans la réussite de ma recherche et a contribué à l'enrichissement de mon parcours académique, professionnel et personnel.

## RESUME

**Introduction :** Cette étude vise à explorer les perceptions des troubles mentaux chez les migrants sur l'accès aux services d'aide en santé mentale au sein de TABANE, en Belgique. Elle s'intéresse notamment à la manière dont les représentations héritées des pays d'origine (telles que l'association des troubles à la folie ou à l'envoûtement) influencent le comportement de recours aux soins dans un contexte de transformation culturelle induit par l'intégration.

**Matériel et méthodes :** Une approche qualitative a été retenue pour ce travail. Douze entretiens semi-directifs ont été menés auprès de participants recrutés au sein de l'ASBL TABANE spécialisée dans l'accompagnement psychologique des migrants. Les entretiens ont permis d'explorer leurs parcours migratoires, leurs connaissances, attitudes et croyances vis-à-vis de la santé mentale, ainsi que leurs expériences d'accès aux services. Une analyse thématique a été effectuée afin d'identifier les dimensions clés et de confronter ces résultats aux modèles théoriques du KABP et du Health Belief Model (HBM).

**Résultats :** Les résultats montrent que, dans leur pays d'origine, les troubles mentaux sont souvent perçus de manière négative par les personnes migrantes et fréquemment associés à des explications mystiques ou stigmatisantes, ce qui constitue un frein important au recours aux soins. En Belgique, l'exposition à un système de soins structuré ainsi que l'accompagnement par des réseaux spécialisés favorisent l'acquisition de nouvelles connaissances et l'évolution des attitudes, même si des obstacles structurels (coûts, démarches administratives) et culturels (barrières linguistiques, conflits identitaires) subsistent. Ces constats illustrent la transformation progressive des représentations, tout en soulignant l'importance des réseaux de soutien.

**Conclusions :** Notre recherche démontre qu'une approche intégrée, combinant campagnes de sensibilisation, formations interculturelles des professionnels de santé et développement de réseaux communautaires est essentielle pour améliorer l'accès aux services de santé mentale chez les migrants. Les résultats suggèrent que la transformation des croyances héritées ainsi que la réduction des obstacles structurels peuvent favoriser une meilleure intégration et un bien-être psychique accru. Malgré certaines limites liées à l'échantillonnage et à la subjectivité de l'analyse, cette étude ouvre des perspectives pour des recherches futures, notamment par des approches mixtes et longitudinales.

**Mots-clés :** Immigration, santé mentale, représentations culturelles, accès aux soins, stigmatisation.

## ABSTRACT

**Introduction:** This study aims to explore the representations of mental disorders on access to mental health support services among migrants in Belgium. It particularly investigates how traditional beliefs from the country of origin such as associating mental distress with madness or mystical phenomena influence the behavior of seeking psychological help in the context of cultural integration.

**Materials and Methods:** A qualitative approach was employed in this research. Twelve semi-structured interviews were conducted with participants recruited through the ASBL TABANE, an organization specialized in providing psychological support to migrants. The interviews explored participants' migration journeys, as well as their knowledge, attitudes, and beliefs regarding mental health, and their experiences with accessing mental health services. A thematic analysis was carried out to identify key dimensions, and the findings were contrasted with theoretical frameworks including the KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices) model and the Health Belief Model (HBM).

**Results:** The results highlight that, in their country of origin, mental health disorders are often perceived negatively and associated with mystical or stigmatizing explanations, which hinders access to care. In Belgium, exposure to a structured healthcare system and support from specialized networks promote the acquisition of new knowledge and the evolution of attitudes, even though structural (costs, administrative procedures) and cultural (language barriers, identity conflicts) obstacles remain. These findings illustrate the progressive transformation of perceptions while underlining the importance of support networks.

**Conclusions:** This research demonstrates that an integrated approach combining awareness campaigns, intercultural training for healthcare professionals, and the development of community support networks is essential to improve access to mental health services among migrants. The findings suggest that transforming inherited beliefs and reducing structural obstacles can promote better integration and enhanced psychological well-being. Despite limitations related to the non-probabilistic sampling and the subjective nature of qualitative analysis, this study paves the way for future research employing mixed-methods and longitudinal designs.

**Keywords:** Immigration, mental health, cultural representations, access to care, stigma.

## ABREVIATIONS

ASBL	Association sans but lucratif
COREQ	<i>Consolidated criteria for Reporting Qualitative research</i>
HBM	<i>Health Belief Model</i>
KABP	<i>Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé

## TABLE DES MATIÈRES

<b>PRÉAMBULE .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>2</b>
A)    LA SANTÉ MENTALE ET LES ENJEUX CONTEMPORAINS : UNE PERSPECTIVE DE SANTÉ PUBLIQUE .....	2
B)    MIGRATION ET SANTÉ MENTALE.....	3
C)    DÉFIS CULTURELS ET PSYCHOLOGIQUES DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES MIGRANTS .....	4
D)    LES PERCEPTIONS DES TROUBLES MENTAUX SUR L'UTILISATION ET L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES MIGRANTS .....	6
<b>MODÈLE D'ANALYSE.....</b>	<b>8</b>
A)    LA QUESTION DE RECHERCHE .....	8
B)    OBJECTIFS .....	9
C)    EXPLICATION DES CONCEPTS UTILISÉS.....	9
<b>MATÉRIEL ET MÉTHODES .....</b>	<b>10</b>
A)    TYPE D'ÉTUDE .....	10
B)    POPULATION ET MÉTHODE D'ÉCHANTILLONNAGE .....	11
CRITÈRES D'INCLUSION .....	11
CRITÈRES D'EXCLUSIONS .....	11
C)    CONCEPTS, DIMENSIONS ET SOUS-DIMENSIONS DES REPRÉSENTATIONS, ATTITUDES ET PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE .....	12
D)    OUTIL ET ORGANISATION DE LA COLLETTE DES DONNÉES .....	12
E)    ORGANISATION ET PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNÉES.....	13
RECRUTEMENT .....	13
COLLECTE DES DONNÉES .....	13
F)    TRAITEMENT DES DONNÉES ET MÉTHODES D'ANALYSE.....	14
G)    CONTRÔLE QUALITÉ .....	14
<b>ASPECTS RÉGLEMENTAIRES .....</b>	<b>15</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>15</b>
1.    PRÉSENTATION DÉMOGRAPHIQUE DE L'ECHANTILLON .....	15
2.    ANALYSE THÉMATIQUE .....	16
2.1    PERCEPTION DE LA SANTÉ MENTALE : LES INTERPRÉTATIONS SOCIOCULTURELLES.....	16
2.1.1    LES DYNAMIQUES SOCIOCULTURELLES AFFECTANT LA PERCEPTION ET LA GESTION DE LA SANTÉ MENTALE : PERSISTANCES DES STIGMATISATIONS ET TABOUS SOCIAUX .....	16
2.1.2    RECOURS AUX SOLUTIONS TRADITIONNELLES : PRIÈRE, MARABOUT, DÉLIVRANCE .....	17
2.1.3    ÉVOLUTION EN CONTEXTE MIGRATOIRE : PROCESSUS D'OUVERTURE AUX APPROCHES CONTEMPORAINES ET VERS UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE .....	19
2.2    PARCOURS MIGRATOIRE, DÉFIS PSYCHOSOCIAUX ET STRATÉGIES D'ADAPTATION : UNE ANALYSE DES ENJEUX DE SANTÉ MENTALE .....	21
2.2.1    ISOLEMENT : RUPTURE AVEC LES REPÈRES CULTURELS ET SOCIAUX .....	22
2.2.2    COMPLEXITÉ DES PROCÉDURES ADMINISTRATIVES .....	23
2.2.3    CONFLIT IDENTITAIRE : L'ÉQUILIBRE FRAGILE ENTRE HÉRITAGE CULTUREL ET INTÉGRATION SOCIALE .....	25
L'ÉQUILIBRE ENTRE LA CULTURE D'ORIGINE ET LA CULTURE D'ACCUEIL CONSTITUE UNE DYNAMIQUE COMPLEXE, SOUVENT DÉLICATE. LE PROCESSUS D'INTÉGRATION DANS UN NOUVEAU PAYS PEUT ENGENDRER DES CONFLITS IDENTITAIRES, OÙ LES INDIVIDUS SE SONT TIRAILLÉS ENTRE LES ATTENTES ET LES VALEURS DE LEUR CULTURE D'ORIGINE ET CELLES DE LEUR NOUVEL ENVIRONNEMENT. .....	25
2.3    OBSTACLES ET FACTEURS FACILITANT L'ACCÈS AUX SERVICES D'AIDE EN SANTÉ MENTALE .....	26
2.3.1    BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET CULTURELLES .....	26
2.3.2    BARRIÈRES FINANCIÈRES .....	27
2.3.3    LES CONNAISSANCES ET ACCÈS AUX DISPOSITIFS DE SANTÉ MENTALE .....	28
2.3.4    SOUTIEN COMMUNAUTAIRE .....	29

<b>DISCUSSION .....</b>	<b>31</b>
1.    INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS ET OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS .....	31
2.    biais méthodologiques, limites et forces de l'étude.....	32
3.    les perspectives en matière de santé publique.....	34
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>34</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>36</b>
<b>ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN .....</b>	<b>41</b>
<b>ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN RÉADAPTÉ.....</b>	<b>44</b>
<b>ANNEXE 3 : CARACTÉRISTIQUES COMPLÈTES DES PARTICIPANTS.....</b>	<b>47</b>
<b>ANNEXE 4 : ARBRE THÉMATIQUE .....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXE 5 : DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ D'ÉTHIQUE .....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXE 6 : RÉPONSE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE DE LIEGE .....</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXE 7 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (TOUS LES INTERVENANTS).....</b>	<b>61</b>

## PRÉAMBULE

Au fil de mes années dans le domaine paramédical, d'abord durant mes études, puis en tant qu'infirmière en psychologie médicale au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Liège, j'ai été interpellée par une réalité qui, à première vue, pouvait sembler anodine : la rareté des patients issus de l'immigration dans mon service. Cette observation m'a conduite à m'interroger sur les raisons sous-jacentes à ce constat.

*Était-ce dû à un manque de sensibilisation aux dispositifs d'aide existants ? Ou bien cette situation reflétait-elle des obstacles culturels et religieux entravant l'accès aux soins ? Ces questions ont dépassé le cadre de ma pratique professionnelle, éveillant en moi le désir de comprendre plus en profondeur les dynamiques en jeu.*

Chaque patient apporte avec lui un bagage culturel et une histoire personnelle influençant sa relation avec le système de santé. Il est donc essentiel de se demander comment les différences culturelles, les croyances religieuses, les structures des services d'aides ou la méconnaissance des structures d'accompagnement peuvent affecter la demande et la qualité des soins psychiatriques offerts.

C'est dans ce contexte que s'inscrit ce mémoire, visant à explorer les mécanismes et les freins à l'accès aux soins pour les populations issues de l'immigration. Une démarche qualitative a été privilégiée afin de recueillir les récits et vécus de personnes migrantes accompagnées par l'ASBL TABANE afin d'identifier les obstacles spécifiques et de proposer des pistes de réflexion pour améliorer l'inclusivité de nos pratiques. L'objectif est double : contribuer à l'enrichissement du savoir scientifique dans ce domaine sensible et œuvrer pour une prise en charge plus équitable, où chaque individu, quelle que soit son origine, puisse bénéficier d'un accompagnement adapté et respectueux de sa singularité.

Ce travail s'inscrit dans une démarche visant à enrichir la compréhension des interactions complexes entre les dimensions socio-culturelles et la santé mentale. Il aspire également à susciter une réflexion sur les modalités d'accompagnement des personnes migrantes, en privilégiant des approches inclusives, adaptatives et respectueuses de la diversité culturelle. Il est souhaité que les conclusions et recommandations issues de cette étude puissent alimenter des réflexions et initiatives futures dans le domaine de la santé publique.

## INTRODUCTION

### a) La santé mentale et les enjeux contemporains : une perspective de santé publique

La vision traditionnelle qui considérait la santé mentale comme l'absence de troubles mentaux a évolué vers une conception holistique qui intègre les préoccupations de la santé publique. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé mentale ne se limite plus à l'absence de maladie mentale, mais vise plutôt à promouvoir un bien-être global » (1). Cela implique la capacité à profiter de la vie et à relever les défis quotidiens tels que la gestion du stress, l'épanouissement personnel, l'éducation, le travail productif, ainsi que la participation active à la vie communautaire dans le pays d'accueil (2,3).

Les troubles mentaux, qu'ils soient psychiatriques ou psychologiques, se traduisent par des altérations de la pensée, des émotions ou du comportement, provoquant une détresse importante ou perturbant le quotidien. Ils résultent d'interactions complexes entre facteurs génétiques, biologiques, physiques, psychologiques et environnementaux (1) et se déclinent en divers types, notamment addictions, troubles anxieux, dépression, troubles bipolaires, schizophrénie, troubles post-traumatiques et alimentaires (4). Leurs conséquences peuvent être passagères ou permanentes (5).

L'OMS « Estime qu'environ une personne sur huit dans le monde, soit plus de 970 millions de personnes, vivait avec un trouble mental en 2019 » (1). Face à une demande croissante en santé mentale, près de la moitié des adultes connaîtront un trouble mental au cours de leur vie (2), dont plus de la moitié présenteront des symptômes modérés à sévères (5,6).

Les troubles mentaux figurent parmi les quatre premières causes d'invalidité chez les personnes de plus de 5 ans, la dépression étant particulièrement répandue. De plus, les troubles sévères, y compris la dépression, réduisent l'espérance de vie de 10 à 20 ans (7,8) et doublent le risque de maladies cardiovasculaires (9). Ils sont également associés à des problèmes métaboliques tels que l'obésité, le diabète et la dyslipidémie, en partie dus à un mode de vie peu sain et à l'usage de psychotropes (10,11). Pour réduire ce risque, les auteurs Stanon et Happell soulignent l'importance de l'activité physique dans la gestion des troubles mentaux chez les patients en institution de soins (10,11) .

L'intérêt pour la santé mentale des migrants plutôt que celle de la population générale est guidé par les défis spécifiques qu'ils rencontrent, tels que l'intégration culturelle et la

discrimination, affectant directement leur bien-être mental. Les barrières linguistiques et culturelles limitent leur accès aux soins de santé mentale. En outre, la stigmatisation sociale peut les dissuader de chercher de l'aide. La compréhension de ces enjeux est importante pour la mise en place des interventions adaptées et efficaces pour leur bien-être mental afin de répondre spécifiquement à leurs besoins uniques (12).

**b) Migration et santé mentale.**

Selon les estimations du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, « Le nombre de migrants internationaux a augmenté significativement, passant d'environ 161 millions en 1995 à près de 281 millions en 2020, représentant environ 3,6 % de la population mondiale » (13,14). Cette augmentation est remarquable dans le contexte global de mobilité humaine. Par ailleurs, les catastrophes naturelles et les conflits armés, considérés comme des facteurs exogènes, perturbent l'organisation sociale et créent un environnement propice à une instabilité psychologique (13,14). Ces conditions amplifient la prévalence des maladies mentales. De surcroît, l'accès aux soins de santé mentale, est souvent perçu comme compliqué et inéquitable, la solution serait des d'actions ciblées pour améliorer l'équité et l'efficacité des services de santé mentale (5).

Située au cœur de l'Europe, la Belgique, jouit d'une histoire d'immigration ancienne, résultant de sa position géographique stratégique, de sa prospérité économique et de ses politiques d'accueil. Ainsi, le pays attire des individus et des familles venant de différentes régions du monde à la recherche de meilleures perspectives économiques, de sécurité ou du regroupement familial (15). Ces flux migratoires ont contribué à enrichir la diversité culturelle de la Belgique, mais ont également souligné des difficultés en matière d'inclusion et de cohésion sociale (6).

Avant d'aller plus loin, il est important de préciser ce que l'on entend par « migrants » dans ce travail. Ce terme recouvre une diversité de statuts et de situations, incluant aussi bien les personnes récemment migrées que les réfugiés, mais aussi les enfants d'immigrés nés dans le pays d'accueil, qui ne sont pas eux-mêmes des migrants au sens strict. Néanmoins, ses derniers peuvent être concernés par des dynamiques liées à l'origine migratoire de leur famille, notamment en termes de représentations de la santé mentale et d'accès aux soins. Cette distinction est essentielle pour éviter toute confusion conceptuelle (16).

Les migrants, qu'ils partent volontairement ou non, peuvent laisser derrière eux leurs familles, leurs biens matériels, leurs valeurs et peut-être, leurs fonctions sociales. La rupture peut entraîner une sensation de perte immédiate, dont les réactions peuvent être retardées (17). La réussite de l'intégration de ces populations est importante, tant pour leur bien-être personnel que pour le développement harmonieux de la société en générale (18,19).

Face à cette croissance démographique, une nécessité de politiques et d'interventions ciblées pour contrer l'escalade de la détresse psychologique parmi ces groupes est importante. Il est également important d'assurer un accès aux soins de santé mentale de haute qualité ouvert et disponible pour chacun et de répondre efficacement aux besoins émergents de ces communautés (20,21).

Les individus issus de l'immigration pourraient faire face à des difficultés importantes pour accéder aux services de santé mentale. La stigmatisation des troubles mentaux est un défi majeur, souvent renforcé par des influences culturelles (personnelles et sociétales). Ces difficultés comprennent non seulement les contraintes liées à la littératie en santé, les obstacles linguistiques, mais également des limitations financières.

Par ailleurs, d'autres difficultés viennent des fournisseurs de soins et du système de santé lui-même, mettant en évidence un manque de professionnels sensibles et compétents aux besoins spécifiques de ces groupes, ainsi que la persistance de préjugés et de discrimination (22).

### c) Défis culturels et psychologiques de la santé mentale chez les migrants

L'analyse des défis uniques auxquels font face les migrants en matière de santé mentale révèle plusieurs obstacles significatifs. Ceux-ci incluent le stress engendré par le processus de migration lui-même, les difficultés d'adaptation à un nouvel environnement culturel et les enjeux liés à l'intégration dans la société d'accueil (23).

Avant de progresser, il est important d'examiner de plus près la notion de culture. Cette dernière englobe divers éléments tels que les schémas de pensée, les émotions, la perception, les modalités de communication, les comportements ainsi que la création d'objets tangibles, distinctifs à un groupe spécifique (19).

La culture comprend des normes, des symboles, des langues, des mythes, des croyances et des valeurs qui organisent nos perceptions, nos interactions et nos réactions comportementales face aux situations. Elle agit comme un filtre pour les stimuli externes et

orienté l'intégration de nos attitudes et réactions. Le fondement de l'identité psychosociale repose sur la culture (24).

En rapport avec notre sujet, une étude menée au Canada indique que de plus en plus d'adolescents et de jeunes immigrants tentent de concilier la culture de leurs parents avec celle du pays d'accueil. Ce processus est souvent désigné sous le terme d'« acculturation ». Les enfants d'immigrants nés au Canada, souvent appelés immigrants de deuxième génération, font face à des défis d'acculturation différents de ceux auxquels sont confrontés leurs parents (Immigrants de première génération) (25,26). L'acculturation est la réaction psychologique, sociale et culturelle des groupes ethniques aux cultures dominantes, et peut intensifier les problèmes de santé mentale des migrants. Une forte identité ethnique soutient les adolescents par le biais de la famille et de la communauté, mais peut accroître des tensions familiales (14). Dans un contexte biculturel, les enfants jonglent entre leur identité ethnique et leur identité dans leur pays d'accueil, cherchant un équilibre entre les deux (26).

Même s'il est fréquemment employé pour décrire les interactions culturelles, le concept d'acculturation est souvent critiqué pour sa tendance à simplifier la complexité des processus culturels et pour son rôle potentiel dans la perpétuation des inégalités de pouvoir et des préjugés. D'un autre côté, le concept d'adaptation culturelle souligne la capacité des individus et des groupes à intégrer les normes et valeurs du nouvel environnement tout en conservant les éléments essentiels de leur culture d'origine. Ce processus dynamique permet un équilibre entre transformation et continuité culturelle, favorisant ainsi une coexistence harmonieuse entre identité propre et ouverture au changement. Cette méthode favorise une meilleure compréhension et un respect plus élevé de la diversité et de la dynamique des échanges culturels (27–29).

Alors que les auteurs précédents soutiennent que l'identité culturelle est intimement liée à la santé mentale, d'autres avancent qu'elle peut accroître la discrimination et le risque de symptômes dépressifs. Selon Cobb et al., il existe un lien direct entre l'identité ethnique et la discrimination perçue. Selon eux, les personnes qui se sentent fortement attachées à leur héritage ethnique sont plus susceptibles de s'engager dans des pratiques culturelles distinctes de la culture dominante, par conséquent, être exposées à la discrimination ethnique (30).

Toutefois, il est probable que chacun ne vive pas ce conflit de la même manière. Certains adoptent des stratégies diverses pour s'en prémunir, puisque l'exposition à la discrimination dépend largement de l'attitude de la société d'accueil. De plus, des individus ne manifestant pas de pratiques culturelles distinctes peuvent être malgré tout victimes de discrimination (17).

Afin d'améliorer la prise en charge de ces individus, les études mettent en évidence l'importance des interventions liées à la symptomatologie et à la dynamique familiale. Les méthodes de soins en collaboration sont particulièrement adaptées pour intégrer de manière cohérente les éléments environnementaux et familiaux. Ainsi que soutenir les services de santé primaires dans la résolution de ces problèmes (31,32). La résilience, l'inclusion et la contribution positive des immigrants à la société d'accueil sont des éléments essentiels de cette étape. Les problèmes de santé tels que l'anxiété, la dépression ou le stress post-traumatique peuvent gravement perturber leur intégration et leur bien-être, voire même entraîner d'autres problèmes de santé (33,34).

**d) Les perceptions des troubles mentaux sur l'utilisation et l'accès aux soins de santé mentale chez les migrants**

Le but ici est d'examiner comment le processus d'adaptation aux normes du pays d'immigration et les perceptions des troubles mentaux impactent leur quotidien, leur bien-être mental et leurs capacités à intégrer un service de santé mentale au besoin.

Parmi les éléments qui influencent la perception de la santé mentale chez les migrants, on retrouve : leurs contextes culturels, leurs expériences personnelles, leurs convictions religieuses, leurs situations socio-économiques et leurs accès aux services de santé mentale. S'y ajoutent également les facteurs liés à l'environnement social, aux réseaux de soutien, et aux représentations véhiculées par les institutions et les médias (35).

La santé mentale est encore aujourd'hui, souvent liée à l'image de la « folie » et de la « débilité » (22). Ainsi, cibler une population spécifique en raison de sa vulnérabilité risque de renforcer une identité centrée sur ce risque, contribuant à son enfermement dans une représentation stigmatisante. Cependant, dans le cadre des politiques de prévention et de promotion de la santé mentale, le ciblage d'une population a également pour objectif de promouvoir ou de redistribuer l'égalité en matière de santé. En revanche, proposer une action

comme un service universel ne résout pas nécessairement cette problématique : « une partie de l'identité sociale de l'individu pourrait être définie par sa maladie » (32).

Dans un contexte migratoire, les méthodes familiales et communautaires apparaissent fréquemment comme les solutions privilégiées, reflétant ainsi le besoin de solutions qui correspondent aux valeurs culturelles des individus (35). On constate que certains parents attribuent les comportements problématiques des adolescents aux influences des facteurs externes à leurs propres cultures, valeurs et croyances.

Ces parents ont tendance à éviter les soins de santé mentale traditionnels de leur pays d'immigration, préférant plutôt des méthodes qui sont solidement ancrées dans leurs traditions religieuses ou des initiatives communautaires (36,37). Cette tendance met en évidence comment, dans de nombreux cas, les convictions religieuses s'inscrivent dans un ensemble plus vaste de valeurs culturelles, influençant significativement les attitudes envers la santé mentale (36,37).

L'article intitulé « *The social determinants of refugee mental health in post-migration context* » explore de manière approfondie l'interaction entre la culture et divers facteurs sociaux et économiques tels que le genre, l'éducation, les niveaux de revenus, les conditions de travail, l'accès aux soins médicaux, le logement, ainsi que l'environnement social et la sécurité dans l'expérience migratoire des réfugiés. Il met en évidence la complexité des influences multiples qui impactent la santé mentale lors des migrations. Selon les auteurs, malgré l'importance de la culture propre des immigrants, leur santé mentale et leur accès aux soins sont également influencés par de nombreux facteurs externes qui échappent à leur contrôle (38).

La discussion sur l'impact des facteurs culturels et religieux souligne la difficulté à dissocier les influences culturelles des autres facteurs sociaux et économiques qui affectent également la santé mentale. D'une part, l'impact de la religion est reconnu comme un facteur puissant qui peut façonner les attitudes envers les soins de santé mentale avec des variations significatives en fonction du contexte culturel et religieux des migrants. D'autre part, l'analyse est étendue pour inclure divers déterminants sociaux et économiques démontrant que la santé mentale est un phénomène multifactoriel qui ne peut être réduit uniquement à des aspects culturels ou religieux (39).

En examinant l'aspect religieux et ses impacts directs et indirects sur les comportements et la perception du travail, cet article encourage également à envisager des approches telles que l'ethnopsychiatrie afin de comprendre la complexité des soins aux populations migrantes (40). La relation entre les attitudes sociales et l'estime de soi est bien documentée. Ce texte analyse si ces attitudes dépendent du soutien ou de l'aliénation sociale, perçue ou réelle, pouvant développer des troubles psychiatriques chez les personnes vulnérables (39).

L'objectif de cette recherche consiste à comprendre l'impact des représentations de la santé mentale des migrants sur leurs perceptions des soins de santé mentale dans les pays d'accueil et l'influence sur leur recours aux soins. En raison de la stigmatisation et des tabous liés à la santé mentale dans certaines cultures, les immigrants pourraient ressentir de la peur face au jugement social ou à la discrimination, ce qui pourrait les dissuader de solliciter de l'aide s'ils avouaient ouvertement leurs problèmes mentaux (41). Dès lors, on constate que certains migrants peuvent opter pour des approches de soins de santé mentale alternatives ou traditionnelles, motivés par leurs croyances culturelles ou par une certaine méfiance envers les systèmes de santé occidentaux. Cela peut se traduire par le recours à des guérisseurs traditionnels, des pratiques religieuses ou des réseaux de soutien communautaire.

## MODÈLE D'ANALYSE

### a) La question de recherche

Notre question de recherche est la suivante : « Comment les représentations de la santé mentale des personnes issues de l'immigration influent sur leurs perceptions des soins de santé mentale dans les pays d'accueil et leur propension à recourir aux soins ? »

Pour cette étude, les modèles KABP (*Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices* ou en français, connaissances, attitudes, croyances et pratiques) et HBM (Health Belief Model ou en français, modèle des croyances liées à la santé) serviront de repère pour analyser les représentations de la santé mentale des personnes issues de l'immigration. Le modèle KABP évalue les connaissances, attitudes et pratiques actuelles des individus sur des sujets de santé spécifiques (42). Dans ce travail, la notion de croyance fait référence à la manière dont une personne interprète une situation, évalue les risques ou bénéfices, et oriente ses comportements en matière de santé (43,44). Le modèle HBM explore les motivations psychologiques et les perceptions qui influencent ces comportements, y compris la

susceptibilité à la maladie, la gravité perçue, les avantages de l'action préventive et les obstacles rencontrés (44).

Le choix de deux repères permettra une analyse profonde et nuancée, facilitant les interventions en santé publique qui s'adressent à la fois aux comportements et aux attitudes sous-jacents. Il est toutefois important de souligner l'impact des variables démographiques telles que le sexe, l'âge, la littératie en santé, les facteurs individuels et structurels sur la perception de la santé mentale. Cette recherche vise à mieux comprendre les représentations de la santé mentale chez les migrants et les décisions personnelles telles que le recours aux soins de santé qui en découlent (45,46).

#### b) Objectifs

L'étude vise à analyser les perceptions de la santé mentale parmi la population étudiée en se concentrant spécifiquement sur leur disposition à solliciter de l'aide en cas de nécessité. L'étude s'attache particulièrement à explorer les représentations sociales et les perceptions individuelles associées aux troubles mentaux ainsi qu'à évaluer la capacité des individus à demander assistance face à des défis tels que l'anxiété et les troubles anxieux.

#### Objectifs secondaires :

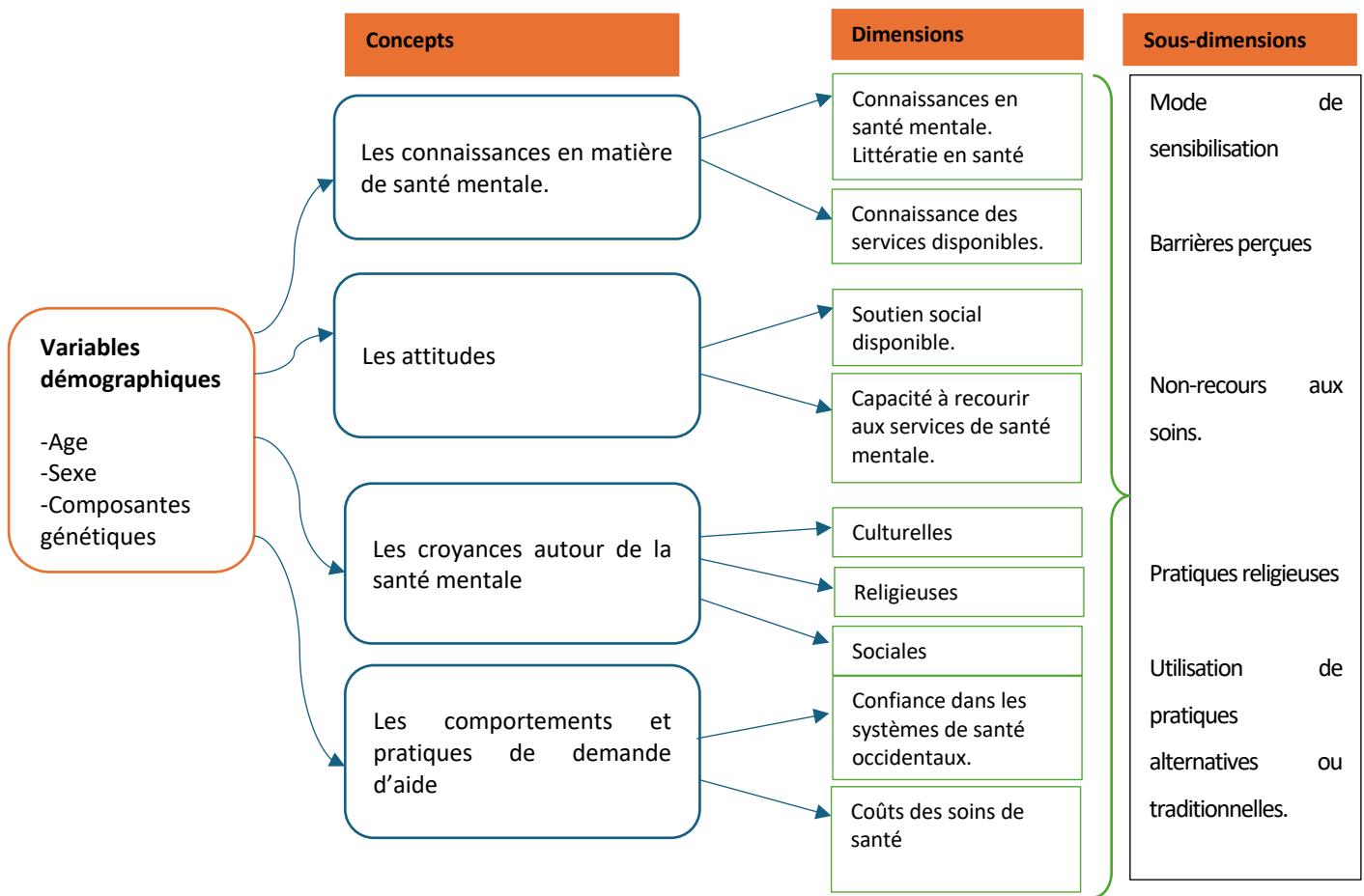
En complément de l'objectif principal, cette étude poursuit deux objectifs secondaires :

1. Identifier les différentes croyances culturelles, religieuses, sociales, ethniques et sociétales associées à la santé mentale.
2. Analyser l'évolution des croyances dans le pays d'accueil en matière de santé mentale au sein des populations immigrées, ainsi que les facteurs ayant contribué à ces changements.

#### c) Explication des concepts utilisés

Un modèle construit en inspirant du modèle KAPB et HBM sera donc utilisé afin d'appréhender les représentations de la santé mentale chez ces personnes issues de l'immigration. L'idée est de s'adapter aux défis et aux opportunités rencontrés sur le terrain, en utilisant les ressources disponibles de manière innovante pour obtenir des résultats significatifs (47).

Figure 1 schématisation des caractéristiques qui interviennent dans l'analyse des représentations de la santé mentale



L'utilisation intégrale de ce modèle construit à partir des deux modèles d'analyse cités plus haut dépendra étroitement de l'analyse des données recueillies sur le terrain. En effet, ce cadre théorique a été élaboré a priori, sur base de la documentation existante, afin de couvrir l'ensemble des éventualités susceptibles d'être rencontrées. Toutefois, l'accent sera mis sur certaines dimensions du modèle en fonction de la pertinence et de la richesse des informations obtenues lors des entretiens, permettant ainsi d'ajuster l'analyse aux réalités empiriques observées.

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

### a) Type d'étude

Au vu des objectifs de l'étude, cette recherche est ancrée dans une approche qualitative fondée sur un raisonnement inductif. L'étude vise à explorer les facteurs qui façonnent les représentations, les perceptions de la santé mentale chez des migrants ainsi qu'à observer de quelle manière ces représentations impactent l'accès aux soins.

L'ethnographie est la perspective théorique et épistémologique envisagée pour guider cette recherche.

Il s'agit d'une méthode de recherche qualitative qui implique une immersion dans le milieu étudié afin de comprendre les comportements, les interactions sociales, les croyances et les valeurs des membres de ce groupe (48). L'objectif spécifique est d'explorer l'impact de divers facteurs tels que les stigmates, la culture, les croyances, la religion, l'expérience vécue, les habitudes de vie mais également les facteurs structurels sur les bonnes pratiques en matière de santé mentale.

#### b) Population et méthode d'échantillonnage

La présente étude cible tous les immigrés au sein d'une association sans but lucratif du nom de TABANE (service d'aide aux migrants ) » à Liège.

Avant le début des entretiens semi-directifs, plusieurs après-midis d'immersion ont été organisés dans l'environnement des participants afin de faciliter l'intégration au sein du groupe. Par ailleurs, une méthode d'échantillonnage non-probabiliste basée sur le volontariat est mise en œuvre, tout en respectant les critères d'inclusion et d'exclusion prédéfinis. Les individus ayant consenti à participer à la recherche sont invités à prendre part à l'étude en fonction de leur disponibilité et de leur accessibilité. Cette approche vise à constituer un large échantillon.

#### Critères d'inclusion

✓ Consentir à prendre part à la recherche	✓ Capacité mentale de répondre soi-même aux questions de recherche	✓ Être immigré	✓ TABANE ASBL	✓ Maîtriser la langue Française
---	--	----------------	---------------	---------------------------------

#### Critères d'exclusions

Toute autre personne n'ayant pas les caractéristiques d'inclusion est exclue de l'étude.

c) Concepts, dimensions et sous-dimensions des représentations, attitudes et pratiques en santé mentale

Inspiré des modèles KABP et HBM

Tableau 1 : Mise en lien entre les concepts, les dimensions et les sous-dimensions de la question de recherche (49).

Concepts	Dimensions	Sous-dimensions
Les connaissances en matière de santé mentale	Niveau de connaissance des maladies mentales. Niveau de littératie en santé mentale. Connaissance des services disponibles. Intégration dans la société d'accueil.	Mode de sensibilisation Reconnaissance des symptômes. Niveau de maîtrise de la langue locale.
Les attitudes	Soutien social disponible. Capacité à recourir aux services de santé mentale. Confiance dans les professionnels de santé mentale.	Réduire les stress Résilience face aux maladies mentales Barrières perçues
Les croyances	Croyances culturelles Croyances religieuses Croyances sociales	Adhésion aux traditions culturelles Pratiques religieuses Stigmatisation
Les comportements, les pratiques de demande d'aide	Confiance dans les systèmes de santé occidentaux. Coûts des soins de santé Expérience personnelle ou expérience partagée par d'autres migrants.	Retard dans la recherche d'aide. Non-recours aux soins. Utilisation de pratiques alternatives ou traditionnelles.

d) Outil et organisation de la collecte des données

Fondée sur une approche inductive, l'étude valorisera la subjectivité de chacun des participants ainsi que la singularité de leurs expériences pour favoriser l'émergence de nouvelles hypothèses et, ainsi, contribuer à l'élaboration théorique. La collecte des données

se fera à travers des entretiens semi-directifs sur base d'un guide d'entretien (Annexe 1) jusqu'à atteindre un niveau de saturation.

### e) Organisation et planification de la collecte des données

#### Recrutement

Dans le cadre de cette recherche, un premier échange par courrier électronique a été initié avec Monsieur SNOECK, coordinateur de l'ASBL TABANE. Ce contact a permis d'être mise en relation avec Madame Ben AZZUZ, psychologue au sein de l'association, afin de poursuivre la démarche d'investigation. Les objectifs de l'étude, ses motivations ainsi que d'autres informations complémentaires ont été communiqués à la personne de contact. Ces éléments ont été transmis à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire pour statuer sur l'accueil potentiel d'un étudiant au sein de la structure. A la suite d'une décision favorable, une première rencontre a été organisée afin de présenter oralement les objectifs de l'étude ainsi que le déroulement prévu dans le cadre de la collaboration avec l'équipe.

#### Collecte des données

Afin de garantir la qualité de la collecte de données tout en respectant le fonctionnement interne de l'ASBL, plusieurs échanges préalables par courriel ont été engagés avec la personne référente. Ces échanges ont d'abord permis de définir les modalités d'acclimatation et d'immersion au sein du groupe. Dans un second temps, à l'issue de cette phase d'observation participante, une salle a été mise à disposition pendant les jours de permanence (moments où diverses activités sont organisées par l'ASBL) afin de maximiser les opportunités de rencontre avec les bénéficiaires.

Les entretiens ont été réalisés selon deux modalités complémentaires : d'une part, les personnes présentes durant ces journées ont été informées du projet par une brève présentation, à la suite de laquelle les volontaires ont été invités à participer. D'autre part, pour les personnes indisponibles ces jours-là, des entretiens ont été organisés sur rendez-vous, toujours au sein des locaux de l'association.

Les entretiens se sont déroulés sur une période de sept jours, étalée sur deux mois, ce qui a permis d'affiner progressivement la grille d'entretien selon les premiers retours recueillis. Au total, vingt personnes ont été sollicitées, parmi lesquelles douze ont accepté de prendre part

à l'étude. La durée des entretiens individuels oscillait entre trente et trente-trois minutes, permettant d'approfondir les différentes dimensions abordées.

Avant chaque entretien, le formulaire de consentement était systématiquement présenté et, le cas échéant, expliqué de manière détaillée. Un accord oral et écrit était requis pour chaque participation, incluant l'autorisation explicite d'enregistrer les échanges.

#### f) Traitement des données et méthodes d'analyse

Les entretiens recueillis ont été intégralement transcrits, puis anonymisés afin de garantir la confidentialité des participants. Une première lecture a permis d'identifier les principales thématiques évoquées, à travers une analyse verticale. Par la suite, une deuxième lecture approfondie a été effectuée pour trier et classer les verbatims en utilisant une méthode de codification. L'analyse a été réalisée à l'aide d'un logiciel d'analyse qualitative (QDA) (50), permettant ainsi une gestion efficace des données ainsi qu'une organisation rigoureuse des codes et des catégories selon les profils des différents participants. La catégorisation a permis de regrouper les codes similaires au sein de catégories plus larges et explicatives.

Dans le cadre de cette analyse, des liens entre les différentes catégories ont été explorés et confirmés une fois que le phénomène de saturation des données a été atteint. Le caractère itératif de la recherche s'est manifesté par l'adaptation continue du guide d'entretien pour les sessions suivantes, pour que le matériel émergent réponde précisément à la question de recherche (Annexe 2).

Afin d'offrir une synthèse claire et visuelle des thèmes majeurs et de leurs interactions, un arbre thématique a été élaboré, fournissant une vue d'ensemble structurée de l'analyse (Annexe 4).

#### g) Contrôle qualité

Dans cette étude, nous avons appliqué les critères de l'échelle COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies*) afin d'assurer la qualité scientifique de la recherche (51). Pour garantir la rigueur des données et des entretiens, le guide d'entretien ainsi que les questions de relance, dans un premier temps, ont été conçus à partir du cadre théorique. Puis, des experts spécialisés dans les domaines de la science sociale les ont validés et révisés. Cette démarche a permis de confirmer la pertinence du guide par rapport à l'objet de l'étude et d'optimiser la qualité des entretiens.

Avant d'être utilisé auprès des participants, le guide a fait l'objet d'un pré-test auprès d'une personne répondant aux critères de sélection. Le pré-test a permis l'ajout ou la suppression de certains items.

## ASPECTS RÉGLEMENTAIRES

Dans le cadre de cette recherche qualitative, une demande a été effectuée auprès du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège (annexe 5), qui a précisé que l'étude était soumise aux dispositions de la loi du 07 mai 2004 relative aux expérimentations humaines (annexe 6).

Les informations recueillies ont été gérées conformément aux exigences de cette loi et aux prescriptions du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), impliquant leur anonymisation afin d'assurer la confidentialité des participants. L'intégralité des entretiens a été transcrrite, et l'accès aux données a été strictement réservé aux membres de l'équipe de recherche. Enfin, il convient de souligner que cette étude bénéficie de la couverture d'assurance responsabilité civile du Département des Sciences de la Santé Publique de l'Université de Liège.

## RÉSULTATS

### 1. PRÉSENTATION DÉMOGRAPHIQUE DE L'ÉCHANTILLON

**Âge :** Les personnes ayant participé aux entretiens présentent une tranche d'âge comprise entre 24 et 59 ans.

**Genre :** Sur les douze individus interrogés, dix sont des femmes, ce qui reflète une prédominance féminine au sein de l'échantillon.

**Type de migrant et nombre d'années en Belgique:** Neuf des participants sont des migrants de première génération, ayant résidé en Belgique entre 4 et 20 ans. Les trois autres sont issus de la deuxième génération, nés sur le territoire belge.

**Origines :** Quatre participants sont originaires du Cameroun et trois du Maroc. Un participant pour : Le Congo, la Djibouti, la Guinée, la Syrie et le Togo

**Religions :** Six participants sont musulmans et les six autres sont chrétiens.

Pour une présentation détaillée des profils des personnes interviewées, un tableau récapitulatif est disponible (annexe 3).

## 2. ANALYSE THÉMATIQUE

### 2.1 Perception de la santé mentale : Les interprétations socioculturelles

#### 2.1.1 Les dynamiques socioculturelles affectant la perception et la gestion de la santé mentale : Persistances des stigmatisations et tabous sociaux

L'exploration de la santé mentale, en tant que dimension essentielle du bien-être individuel, soulève des questions critiques, notamment lorsque l'on considère les représentations culturelles comme variant d'une communauté à l'autre.

Lors des entretiens menés, de nombreuses connaissances, représentations ont émergé, mettant en lumière les tabous et la stigmatisation qui entourent la santé mentale. Mettant en avant la manière dont ces représentations influencent non seulement la perception de la santé mentale, mais aussi l'accès aux soins nécessaire pour soutenir les individus souffrant de problèmes psychologiques.

Un constat marquant des participants est que la santé mentale est souvent perçue comme un signe de faiblesse. Un interlocuteur a clairement exprimé cette idée en disant : « *Parler de santé mentale chez nous, c'est comme admettre que l'on est cassé, comme si on ne pouvait pas se reconstruire. (...) Que l'on est fou* » (Participant 1). Ce discours illustre non seulement la minimisation de la souffrance mentale, mais aussi l'impact stigmatisant que cette perception peut avoir sur ceux qui luttent contre des difficultés psychologiques. Dans ce contexte, beaucoup d'individus évitent d'aborder leurs souffrances par crainte d'être jugés ou ostracisés au sein de leur communauté. Cela crée un cercle vicieux où le silence sur les troubles mentaux contribue à leur aggravation.

Cette croyance est souvent renforcée par une peur du jugement entourant les consultations auprès de professionnels de santé mentale. Un participant illustre cette perception en déclarant : « *Les gens disent que consulter un psychologue, c'est pour ceux qui ont perdu la tête, on préfère garder nos problèmes pour nous* » (Participant 3). La perception négative de la santé mentale incite les individus à cacher leurs souffrances. En conséquence, cette stigmatisation sociale, où consulter un professionnel est souvent perçu comme un aveu de faiblesse ou de folie rend difficile l'accès aux soins adéquats.

En plus de la stigmatisation, une autre dimension significative mise en évidence lors des entretiens est le lien fréquent entre la santé mentale et la réussite matérielle. Un participant, d'origine congolaise nous illustre les représentations propres à sa culture d'origine en déclarant : « *Tant que tout est en ordre (un toit, de quoi manger, un emploi), on n'a pas le droit d'avoir des problèmes de santé mentale* » (Participant 10). Cette représentation reflète une conception selon laquelle la stabilité économique et sociale constitue une forme de protection contre toutes atteintes psychiques. Les entretiens mettent en évidence une tendance à reléguer la santé mentale au second plan, lorsque les conditions matérielles apparaissent stabilisées. Plusieurs participants ont manifesté un sentiment de culpabilité à l'idée de manifester un mal-être psychologique.

A la lumière des témoignages recueillis, il pourrait être pertinent d'initier un dialogue interculturel ouvert pour déconstruire les stéréotypes et promouvoir une compréhension nuancée de la santé mentale. Cela inclurait la mise en place de ressources adaptées culturellement et l'implication active des communautés dans des initiatives de sensibilisation pour tendre vers une meilleure acceptation des troubles psychiques et faciliter l'accès aux soins pour la population concernée.

### 2.1.2 Recours aux solutions traditionnelles : Prière, marabout, délivrance

Dans de nombreuses communautés immigrées, croyances et pratiques traditionnelles entourant la santé mentale occupent une place centrale dans la gestion de ces souffrances. Face à la stigmatisation souvent associée à la santé mentale, ainsi qu'à un accès restreint aux services de santé formels, bon nombre d'individus se tournent vers des solutions ancrées dans leurs cultures et traditions.

Ces approches, parfois considérées comme des alternatives aux soins psychologiques modernes, sont souvent perçues comme plus accessibles et culturellement acceptables, ce qui les rend d'autant plus attrayantes pour les membres de ces communautés.

Les entretiens réalisés ont révélé une diversité d'expériences concernant le recours à des pratiques traditionnelles dans la gestion des troubles psychiques. Un participant originaire de Guinée interrogé à propos des premières démarches entreprises face à un mal-être psychologique, a évoqué l'influence familial dans le choix des solutions alternatives : « (...)

*Ma famille m'a conseillé de voir un guérisseur traditionnel avant d'aller à l'hôpital. »*

(Participant 12). La consultation d'un guérisseur local et respecté est jugée comme une démarche prioritaire, sans pour autant exclure le recours aux soins médicaux conventionnels.

Selon certains participants à l'étude, ce phénomène peut être attribué aux croyances profondément enracinées qui attribuent aux guérisseurs traditionnels une compréhension de la maladie et une légitimité ancrée dans la culture de la communauté. Dans cette perceptive, un participant rajoute : *« Les solutions traditionnelles sont souvent privilégiées, car elles sont plus accessibles et mieux comprises. On est mieux soigné par ceux qui nous connaissent, contrairement à ceux qui ont aucune connaissance de nos cultures et valeurs »*

(Participant 5). Ce témoignage illustre dans un premier temps, la méfiance envers les institutions médicales perçues comme étrangères ou inadéquates aux besoins culturels spécifiques des individus.

Cette méfiance peut être attribuée à un sentiment d'incompréhension ou de déconnexion culturelle entre les patients et les professionnels de santé. Dans un second temps, il souligne la notion d'ethnopsychiatrie, qui s'intéresse précisément à ces variations culturelles dans la perception et le traitement des troubles mentaux. Elle souligne l'importance de considérer les pratiques thérapeutiques traditionnelles non pas comme des coutumes archaïques, mais comme des savoirs légitimes et efficaces méritant d'être intégrés dans les dispositifs de soins contemporains (52) Dans ce cadre, les soins traditionnels, qui imprègnent le tissu social de ces communautés, sont souvent perçus non seulement comme plus accessibles<sup>1</sup>, mais aussi comme plus compatibles avec les modes de vie et les croyances des individus.

Cependant, cette préférence pour les approches traditionnelles s'accompagne souvent d'une forme de scepticisme. Comme l'exprime un participant sur le choix thérapeutiques face à une souffrance psychique : *« (...) Même sans preuve de leurs bienfaits sur la santé mentale, les personnes préfèrent consulter un marabout ou un religieux, tout en restant eux-mêmes sceptiques. »* (Participant 4). Ce témoignage illustre une forme de pluralisme thérapeutique, où les individus naviguent entre différentes offres de soins, traditionnelles et

---

<sup>1</sup> La notion d'accessibilité sera abordée dans la rubrique : Obstacles et facteurs facilitant l'accès aux services d'aide en santé mentale (2.3)

biomédicales, en fonction de leur accessibilité, de leur familiarité culturelle et de la confiance qu'elles inspirent.

Un autre intervenant a également mis en avant, le poids des normes culturelles dans la gestion des difficultés émotionnelles : « (...) *On nous apprend à ne pas exposer notre vie, les problèmes familiaux, les problèmes de couple (...) On peut seulement en parler dans nos prières*» (Participant 10). Cette dynamique souligne l'importance d'une approche interculturelle en santé mentale, qui tient compte des normes culturelles et des barrières à l'expression émotionnelle. La religion peut façonner la manière dont les individus perçoivent et traitent leurs difficultés psychologiques. Cette tendance à cacher les problématiques de santé mentale ou de prière peut faire croire que les soins modernes sont inaccessibles et déconnectés des réalités culturelles et religieuses. Cette inaccessibilité perçue s'explique par plusieurs facteurs : la barrière de la langue, le coût des consultations, le manque de confiance envers les professionnels, ainsi qu'une méconnaissance des dispositifs existants.

Croyances et Pratiques traditionnelles jouent un rôle fondamental dans la gestion des problèmes de santé mentale au sein des communautés immigrées. Ces solutions permettent aux individus d'aborder leurs défis psychologiques d'une manière qui résonne avec leur identité culturelle. Toutefois, bien qu'elles offrent un accès plus convivial et culturellement approprié, ces pratiques ne constituent-elles pas des barrières à l'engagement avec des systèmes de soins de santé mentale formels et adaptés ?

### 2.1.3 Évolution en contexte migratoire : Processus d'ouverture aux approches contemporaines et vers une prise en charge holistique

L'expérience migratoire s'accompagne fréquemment de bouleversements profonds dans la manière dont les individus perçoivent et gèrent leur santé mentale. Confrontés à la nécessité de s'adapter à une nouvelle culture, à la perte des repères familiers et aux pressions économiques et administratives, les migrants sont exposés à une série de vulnérabilités psychiques. Dans ce contexte, les croyances liées à la santé mentale et, les attitudes à l'égard du recours aux soins, peuvent se transformer. Tandis que certains persistent à privilégier des recours traditionnels, d'autres commencent à s'ouvrir aux approches thérapeutiques plus institutionnelles.

Un participant a souligné un défi majeur : le manque d'informations concernant les services de santé mentale adaptés aux migrants : «*Lorsqu'on arrive, Il n'y a pas assez d'informations sur la santé mentale, on ne sait pas où aller*» (Participant 4). Cette méconnaissance des dispositifs existants n'est pas anodine, elle participe à un éloignement des soins, parfois durable, qui peut aggraver les troubles ou retarder leur prise en charge. En l'absence d'informations claires, les individus peuvent se sentir perdus et démunis face à leurs besoins psychologiques et auront tendance à retourner aux habitudes plus accessibles d'un point de vue culturel.

Néanmoins, des signes encourageants d'ouverture vers des approches contemporaines en matière de santé mentale émergent parmi les participants. L'un d'eux a partagé son cheminement : «*j'ai eu beaucoup de mal à accepter l'idée de parler de mes souffrances. Je commence à comprendre que parler à un psychologue peut vraiment m'aider*» (Participant 2). Ce témoignage reflète une transition significative dans la perception des services de santé mentale, passant d'une vision stigmatisante à une reconnaissance de leur utilité. Cette évolution peut être interprétée à la lumière du processus d'acculturation, où les individus adoptent progressivement des aspects de la culture du pays d'accueil, y compris en matière de santé mentale. Cette approche pourrait intégrer à la fois des traditions culturelles et des méthodes contemporaines de traitement, offrant ainsi un soutien complet aux individus au lieu de les contraindre à choisir entre deux mondes.

L'expérience de Mme R, une migrante de deuxième génération, illustre également cette évolution. Elle a affirmé : «*Après plusieurs années de navigation entre deux univers culturels, j'ai ressenti le besoin de me recentrer sur mes racines. C'est en renouant avec ma culture d'origine que j'ai retrouvé un équilibre personnel qui me correspond pleinement*» (Participant 10). Cette citation met en évidence la façon dont les expériences personnelles et les interactions avec les systèmes de soutien peuvent entraîner un changement significatif dans la perception de la santé mentale. À travers ce processus, les individus peuvent trouver un environnement où ils se sentent mieux compris et plus équipés pour gérer leurs émotions et leurs défis.

En outre, une autre participante a souligné l'importance cruciale de l'intégration culturelle dans le traitement de la santé mentale. Elle a précisé : « *La prise en charge et l'accompagnement des personnes arrivant doivent constituer un ensemble incluant la prise en charge du motif d'immigration mais aussi de la santé mentale* » (Participant 11). Cette idée souligne la nécessité d'élaborer des modèles de soins qui englobent tant les traitements psychologiques qu'un soutien préventif qui tient compte des divers aspects culturels et sociaux des individus. En proposant des soins qui reconnaissent et intègrent les spécificités culturelles, les professionnels de la santé peuvent contribuer à créer un cadre plus inclusif et adapté aux besoins de prise en charge des migrants.

L'expérience migratoire joue un rôle significatif dans la transformation des perceptions et de la gestion de la santé mentale. Alors que les défis liés à l'adaptation à une nouvelle culture et à la recherche d'informations adéquates peuvent freiner l'accès aux soins, il est encourageant de voir une disposition croissante vers l'acceptation de diverses approches de soutien psychologique. Pour maximiser cette évolution positive, il est essentiel reconnaître l'importance de l'intégration culturelle, favorisant ainsi le bien-être psychologique des migrants dans leur nouvelle vie. Cela pourrait non seulement améliorer leur santé mentale, mais également renforcer le sentiment d'appartenance et d'acceptation dans leur nouvelle communauté.

## 2.2 Parcours migratoire, défis psychosociaux et stratégies d'adaptation : une analyse des enjeux de santé mentale

Le parcours migratoire représente un moment charnière dans la vie des individus, marquant souvent une transition significative sur les plans personnel (familial, professionnel), social et culturel. Bien que cette expérience soit empreinte d'espoir et d'opportunité, elle peut également engendrer des défis complexes qui influencent profondément le bien-être psychique des migrants. Les tensions associées à l'adaptation à un nouvel environnement, les luttes identitaires et les ruptures familiales et culturelles peuvent peser sur la santé mentale des individus, créant un besoin important de soutien et de compréhension. Cette section explore les effets du parcours migratoire sur le bien-être psychique, en mettant en lumière les défis rencontrés ainsi que les stratégies d'adaptation qui émergent dans ce contexte multidimensionnel.

Une voix parmi la communauté nous relate son parcours : *« J'ai été contrainte de quitter la Syrie en raison de problèmes familiaux liés à la famille de mon mari, qui est palestinien. En quittant mon pays, j'ai perdu beaucoup de choses : mon appartement, mes économies et mon statut professionnel d'architecte. Avant d'arriver en Belgique, nous avons traversé des épreuves difficiles, notamment des conditions de vie précaires, comme vivre dans une chambre avec 16 autres personnes. J'ai même subi une fausse couche à cause du stress accumulé. Tout cela a eu un impact sur ma santé mentale. (...) Encore aujourd'hui, je m'isole pour pleurer. »* (Participante 9). Il est important de reconnaître et de comprendre ces expériences, afin de mieux soutenir les personnes dans leur quête de bien-être. Ce récit témoigne de la persistance des séquelles psychologiques bien après l'arrivée dans le pays d'accueil et a nécessité de dispositifs d'accompagnement adaptés, inter-culturellement sensibles et durables. La mise en place de ressources d'accompagnement adaptées, ainsi qu'une sensibilisation accrue aux enjeux spécifiques de cette population, sont fondamentales pour favoriser leur intégration et leur santé mentale.

### 2.2.1 Isolement : Rupture avec les repères culturels et sociaux

L'expérience migratoire est souvent marquée par un profond sentiment d'isolement et une perte de repères, tant sur le plan culturel que social. Pour de nombreux migrants, le déplacement géographique ne se limite pas à un changement d'adresse. Il s'accompagne d'une rupture avec un environnement familial qui a été souvent le socle de leur identité. Cette détresse psychologique peut être significative et avoir des conséquences néfastes sur la santé mentale des individus.

Ce processus de séparation peut être vu comme une perte multiple : perte de la famille, des amis, des traditions et des valeurs qui façonnent un mode de vie. L'éloignement des proches engendre un sentiment de vide difficile à combler, et la distance géographique peut symboliser une séparation émotionnelle profondément ressentie. Les connexions sociales qui prodiguaient du soutien peuvent disparaître, laissant place à un sentiment de solitude et d'abandon. De nombreux migrants se retrouvent ainsi confrontés à des situations où ils doivent tout reconstruire, souvent sans ressources affectives, matérielles et sociales qui leur auraient permis de surmonter les difficultés inhérentes à un tel bouleversement.

Les témoignages des participants révèlent l'impact de cet isolement sur leur santé mentale. Un participant a exprimé son sentiment de solitude: « *Dans mon pays, j'étais entouré de ma famille, et je pouvais partager mes difficultés librement. Ici, je ressens le besoin de cacher mes problèmes, par peur du jugement des autres (...)* » (Participant 6). Le sentiment d'isolement exprimé peut être analysé à travers le prisme de la perte des réseaux de soutien social. Dans de nombreuses cultures, la famille élargie est un soutien émotionnel crucial. La migration peut entraîner une rupture de ces réseaux, augmentant ainsi la vulnérabilité psychologique.

L'éloignement culturel est tout autant une source de souffrance. Un autre participant a évoqué la perte de repères culturels en disant : « *Lorsque je suis arrivé ici, ma famille restée au pays ne cesse de dire que j'ai de la chance d'être ici. Pourtant, tout était différent. J'ai perdu mes habitudes, tout cela me manque énormément. (...) Dans mon pays d'origine, je pouvais parler de mes problèmes à ma famille, mais maintenant, je ne peux pas leur en parler car ils pensent que tout va bien pour moi. Et ici, je n'ose pas partager mes préoccupations avec ceux qui m'entourent* » (Participant 3). Le décalage entre les attentes de la famille restée au pays et la réalité vécue dans le pays d'accueil peut engendrer un sentiment de culpabilité et de solitude. Cette situation peut être exacerbée par la pression de réussir et de renvoyer une image positive à ceux restés au pays.

L'expérience migratoire, avec son lot de pertes et de ruptures, va bien au-delà du simple changement de lieu, engendrant souvent un profond isolement et une perte de repères culturels et sociaux. Elle peut avoir un impact profond sur la santé mentale des individus. Reconnaître et comprendre ces défis est essentiel pour développer des interventions adaptées et soutenir efficacement les migrants dans leur parcours d'intégration.

### 2.2.2 Complexité des procédures administratives

Les procédures administratives sont perçues comme enjeu majeur pour les migrants, ayant des répercussions sur leur bien-être psychologique. La complexité et la lourdeur des démarches administratives peuvent générer un stress considérable, ajoutant une pression supplémentaire à des individus qui sont déjà en proie à des défis importants d'adaptation.

Pour de nombreux migrants, naviguer dans un système bureaucratique étranger s'avère être un processus déroutant et intimidant, entraînant frustration, confusion, et sentiment d'impuissance face à des obstacles tangibles.

Les participants mettent en lumière les défis réels rencontrés lors des démarches pour accéder aux soins psychologiques. Un participant Togolais a décrit la complexité d'obtenir un rendez-vous chez un psychologue ou un psychiatre, professions peu familières ou peu habituelles dans leur culture d'origine : *« Obtenir un rendez-vous est un véritable parcours du combattant : les démarches sont longues, et la paperasse semble interminable » (Participant 6)*. La complexité des procédures, la multiplicité des formulaires à remplir et le manque d'informations claires peuvent constituer des obstacles majeurs. Ces défis sont particulièrement prononcés pour les personnes en séjour irrégulier, qui doivent souvent naviguer à travers des processus administratifs complexes.

En effet, interrogés sur leurs expériences avec les démarches administratives dans le pays d'accueil (demande de titre de séjour, accès aux soins) certains participants ont exprimé leur frustration face aux délais d'attente jugés excessivement longs surtout en termes de demande de titre de séjour. L'un d'eux a déclaré : *« On doit attendre des mois pour avoir une réponse, et pendant ce temps, nos problèmes restent sans solution. Parfois, cela majore notre état de stress et d'anxiété » (Participant 8)*. Les obstacles administratifs rencontrés par les migrants, qu'il s'agisse d'obtention de documents officiels (titre de séjour ou assurances sociales) ou d'accès aux soins psychologiques (prise de rendez-vous, orientation vers des professionnels spécialisés), représentent un frein significatif à leur bien-être. La complexité des formalités, la multiplicité des pièces à fournir, le manque d'informations claires ainsi que les délais d'attente prolongés exacerbent leur stress et leur sentiment d'impuissance.

### 2.2.3 Conflit identitaire : L'équilibre fragile entre héritage culturel et intégration sociale

L'équilibre entre la culture d'origine et la culture d'accueil constitue une dynamique complexe, souvent délicate. Le processus d'intégration dans un nouveau pays peut engendrer des conflits identitaires, où les individus se sont tiraillés entre les attentes et les valeurs de leur culture d'origine et celles de leur nouvel environnement.

Certains intervenants révèlent leur lutte constante pour maintenir cet équilibre. Un participant a exprimé son ressenti face à cette dualité : « *Je suis né en Belgique mais je me sens perdu entre deux mondes. À la maison, on parle notre langue et on suit nos traditions, mais dehors, je dois me comporter comme tout le monde* » (Participant 5). Cela illustre le déchirement ressenti entre la préservation de leur identité culturelle et la nécessité de s'adapter à une nouvelle réalité. Ce conflit intérieur peut conduire à une fragmentation de l'identité, où les migrants peinent à se définir pleinement.

De plus, un autre participant a noté la complexité de la situation migratoire, indiquant une tension constante entre héritage culturel et réalités du pays d'accueil : « *On se sent tiraillé entre deux cultures, et cela crée beaucoup de stress* » (Participant 6). Ce conflit identitaire, où Normes et pratiques traditionnelles se heurtent aux exigences d'une nouvelle culture, peut engendrer une détresse émotionnelle considérable. Cette lutte interne complique la recherche d'aide, les individus étant souvent hésitants à partager leurs expériences, tant par crainte de jugement que par une incompréhension mutuelle entre les différentes cultures.

Un autre participant a évoqué la difficulté de concilier ces deux identités : « *Il est difficile d'être à la fois fidèle à ma culture d'origine et d'essayer de m'intégrer ici. Parfois, j'ai l'impression de trahir ma famille* » (Participant 2). Ce sentiment de culpabilité témoigne des pressions émotionnelles que les migrants peuvent ressentir, impactant leur santé mentale. Le besoin de plaire à la fois à leur culture d'origine et à la société d'accueil engendre souvent des tensions internes et un stress accru.

Cependant, tous les migrants ne vivent pas ce conflit de manière négative. L'un des intervenants déclare son expérience: « *Je suis croyant et je n'ai aucune difficulté à naviguer entre les deux cultures. Je respecte les autres et ils me respectent également* » (Participant 4).

Cette déclaration illustre la possibilité d'atteindre un équilibre harmonieux entre deux cultures en valorisant le respect mutuel. Cette aptitude à gérer différentes identités peut servir de modèle positif, montrant que la coexistence culturelle est possible.

L'intégration harmonieuse des migrants dans un nouveau contexte culturel doit respecter et valoriser la diversité sans compromettre les identités. Le défi consiste à créer une société inclusive qui reconnaît les racines culturelles tout en favorisant l'égalité et le respect entre toutes les cultures, empêchant ainsi toute forme de discrimination systémique. C'est un équilibre délicat, mais essentiel pour construire des communautés prospères et harmonieuses.

### 2.3 Obstacles et facteurs facilitant l'accès aux services d'aide en santé mentale

#### 2.3.1 Barrières linguistiques et culturelles

Les barrières linguistiques et culturelles constituent des obstacles majeurs à l'accès aux services d'aide en santé mentale pour les migrants. La langue est essentielle pour une communication efficace. Sans la maîtrise de la langue du pays d'accueil, la recherche d'un soutien psychologique peut s'avérer très difficile. Ces défis linguistiques peuvent générer de l'anxiété, car les individus peuvent appréhender une mauvaise compréhension des informations cruciales concernant leur santé.

La barrière linguistique est un autre obstacle majeur dans ce contexte. Un participant a mentionné : « *Je ne maîtrise pas parfaitement le français, ce qui rend parfois difficile la compréhension de ce qu'on me demande. Heureusement, je peux compter sur l'aide de TABANE pour m'orienter.* » (Participant 7). Un autre témoigne: « *Lorsque je consulte un médecin, je ne comprends pas toujours ce qu'il me dit. Cela m'angoisse davantage, surtout lorsque je suis contraint de faire appel à un interprète* » (Participant 6). Ce sentiment d'incompréhension peut dissuader les migrants de demander de l'aide. Par ailleurs, l'insuffisance de ressources adaptées complique la situation: « *Il n'y a pas beaucoup d'interprètes disponibles, ce qui complique encore plus les choses* » (Participant 8).

Les différences culturelles exacerbent également ces obstacles. Un participant a partagé : « *Dans ma culture, on ne parle pas de ces choses. C'est difficile de s'ouvrir à quelqu'un qui ne*

*comprend pas mon contexte de vie (...) vous vous imaginez, un psychologue m'a déjà demandé de couper les ponts avec ma famille » (Participant 3).* Au-delà des barrières linguistiques, une méfiance envers les professionnels de santé peut surgir si ces derniers semblent déconnectés des réalités culturelles des migrants.

Ces témoignages soulignent l'importance d'un soutien linguistique et culturel pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale. Malgré les difficultés supplémentaires que cela pourrait engendrer, le recours aux interprètes et aux médiateurs interculturels est essentiel pour faciliter la communication et instaurer une relation de confiance entre migrants et professionnels de santé. De plus, la formation des professionnels à la sensibilité culturelle peut contribuer à réduire ces barrières et à favoriser un meilleur bien-être mental des populations migrantes.

### 2.3.2 Barrières financières

Les obstacles financiers constituent un frein majeur à l'accès aux services de santé mentale pour les personnes migrantes. Les coûts élevés des soins de santé peuvent être prohibitifs, en particulier pour ceux ayant connu un tout autre système de santé ou n'ayant pas d'assurances maladie adéquates. *Un intervenant a souligné qu'à leur arrivée, de nombreux migrants se retrouvent sans revenu et sont confrontés à des frais de 60 euros pour une consultation chez le psychologue. Pour ceux qui nécessitent un suivi régulier, ces coûts deviennent insoutenables. Il est déjà difficile d'envisager une démarche spontanée pour consulter un psychologue, et si l'on prend en compte la contrainte financière, la recherche d'aide devient inaccessible pour de nombreux migrants (participante 9).*

Heureusement, certains migrants bénéficient d'un soutien d'initiatives communautaires offrant des services gratuits ou à moindre coût. Néanmoins, leur accessibilité reste limitée. Comme l'a souligné un participant : *« il n'y a pas beaucoup d'ASBL comme TABANE, ce qui limite l'accessibilité pour de nombreux autres migrants » (Participant 10).* Ces barrières financières représentent un sérieux frein à l'accès aux services de santé mentale pour les migrants, compromettant ainsi leur bien-être psychologique. Bien que des initiatives communautaires, telles que TABANE, fournissent un soutien crucial, leur rareté ne

soulignerait-elle pas un besoin réel pour un système plus inclusif qui garantisse à tous le droit à une santé mentale adéquate ?

### 2.3.3 Les connaissances et accès aux dispositifs de santé mentale

La compréhension de la santé mentale et la connaissance des dispositifs de soins disponibles constituent des facteurs déterminants dans le parcours de prise en charge des migrants. Toutefois, les données recueillies révèlent une faible littératie en santé mentale au sein de cette population. Celle-ci ne se limite pas à une méconnaissance des troubles psychiques, mais inclut également une difficulté à reconnaître les symptômes, à en comprendre la portée, et à identifier les ressources de soins adéquates. Un participant interrogé sur ce sujet, explique : « *Dans mon pays, parler de santé mentale n'est pas courant. Ici, je découvre qu'il existe des psychologues, mais je ne savais pas comment y accéder* » (Participant 3). Les entretiens menés montrent que cette méconnaissance est renforcée par des représentations religieuses, sociales et culturelles où la santé mentale est peu valorisée, voire stigmatisée. Les participants rapportent un manque d'exposition à la santé psychique dans leur pays d'origine, ce qui complexifie l'identification des troubles.

Ils abordent plusieurs facteurs successifs limitant le recours aux soins en santé mentale. D'abord, la reconnaissance du besoin d'aide est souvent freinée par des représentations stigmatisantes liées à la santé psychique, encore très présentes dans certains contextes socioculturels. Lorsque ce premier obstacle est surmonté, une méconnaissance des dispositifs de soins disponibles dans le pays d'accueil constitue un frein supplémentaire à l'orientation vers une prise en charge adaptée. À cette méconnaissance s'ajoute, pour certains, une méfiance à l'égard des structures de soins locales, nourrie par un déficit de familiarité culturelle, des expériences passées négatives ou un sentiment d'incompréhension. Enfin, même lorsque les services sont identifiés, la peur du regard d'autrui ou du jugement social de l'entourage peut dissuader de consulter. Ces différents éléments se conjuguent pour limiter, voire retarder, l'accès aux soins en santé mentale pour une partie des migrants rencontrés.

À cela s'ajoutent des obstacles structurels notables : procédures administratives complexes, barrière de la langue, délais d'attente prolongés, coût des consultations, ou encore absence de médiation culturelle. Ces éléments cumulatifs alimentent un sentiment d'exclusion et de

découragement, compromettant encore davantage l'accès aux soins. Dans ce contexte, l'absence d'informations claires et accessibles devient un facteur aggravant, rendant difficile toute initiative personnelle dans la recherche d'un accompagnement psychologique. Un participant témoigne : *« Lorsque je ressentais le besoin de parler, je me retrouvais souvent perdu. Je ne savais pas toujours vers quel service me diriger ni comment effectuer les démarches pour obtenir un rendez-vous. (...) De plus, les délais d'attente étaient souvent longs, ce qui me décourageait.»* (Participant 8).

Les connaissances relatives à la santé mentale et aux dispositifs disponibles ne circulent pas uniquement à l'échelle individuelle. Elles s'élaborent, se transmettent et se modulent au sein des réseaux sociaux et communautaires. Un participant témoigne à ce propos : *« Grâce au soutien d'amis issus de ma communauté, j'ai pu mieux comprendre les démarches à suivre pour entamer un suivi avec un psychologue »* (Participant 5). La communauté peut agir comme ressources de soutien, mais aussi comme vecteur de normes dissuasives. La manière dont les communautés orientent, facilitent ou freinent l'accès à l'information fera l'objet d'un développement spécifique dans la section suivante.

#### 2.3.4 Soutien communautaire

Le soutien communautaire joue un rôle crucial dans l'accès aux services d'aide en santé mentale pour les migrants. Dans un contexte où les barrières linguistiques, culturelles, financières et administratives peuvent compliquer la recherche de soins, les réseaux communautaires représentent une source précieuse de réconfort, d'accompagnement. Ils offrent un espace sécurisant où les individus peuvent non seulement échanger leurs expériences, mais aussi bénéficier d'un soutien émotionnel et pratique, réduisant ainsi le sentiment d'isolement fréquemment ressenti après la migration. Plusieurs témoignages mettent en évidence la portée de ce soutien. Un participant confie : *« Quand je me retrouve avec d'autres de ma communauté, je me sens bien. On partage les mêmes valeurs et ça m'aide à me sentir mieux »* (Participant 2). Ces paroles traduisent l'importance des repères culturels partagés et la sécurité qu'ils procurent. Un autre ajoute : *« Les membres de ma communauté m'ont aidé à trouver des ressources d'aide et à comprendre comment accéder aux soins ici en Europe »* (Participant 7). Ces échanges renforcent non seulement l'accès à l'information, mais aussi l'autonomie dans les démarches de soins. Un troisième participant témoigne de l'impact

de ces interactions sur sa santé psychique : « (...) *S'engager avec d'autres de ma culture m'aide à me sentir moins seul et plus fort* » (*Participant 1*). Soulignant ainsi le rôle de la communauté dans le renforcement du bien-être psychologique.

Toutefois, cette dimension communautaire n'est pas perçue de manière uniforme. Pour certains, la proximité communautaire peut devenir un frein, en particulier lorsque les normes culturelles entourant la santé mentale sont stigmatisantes. Un participant explique qu'il préfère taire son suivi psychologique par peur d'être jugé : « *Personne dans mon entourage n'est au courant que je consulte chez TABANE* » (*Participant 1*). De même, un autre évoque le silence imposé autour de la maladie mentale dans sa propre famille, malgré leur profession dans le domaine médical: « *Pour être honnête, si vous étiez de mon pays, j'aurais refusé l'entrevue* » (*Participant 7*). Ces témoignages révèlent les tensions entre appartenance communautaire et besoin d'intimité ou de protection face aux jugements sociaux.

L'analyse du soutien communautaire met en évidence le rôle central que jouent les réseaux sociaux dans l'accès aux services de santé mentale. Face aux obstacles linguistiques, culturels, financiers et administratifs, ces réseaux offrent un espace de partage d'expériences et un soutien émotionnel et pratique, contribuant à atténuer le sentiment d'isolement souvent ressenti par les migrants. Les témoignages des participants illustrent la valeur inestimable de ces réseaux de soutien, tout en soulignant les défis que certains rencontrent en raison des perceptions négatives associées à la santé mentale dans leur pays d'origine. Reconnaître ces réalités souligne l'importance de promouvoir des environnements inclusifs et accessibles, garantissant à tous les migrants le soutien nécessaire. Cette perspective servira de base à la discussion suivante, en examinant les implications de ces résultats pour les pratiques futures et l'élaboration de politiques.

## DISCUSSION

### 1. Interprétation des résultats et obstacles à l'accès aux soins

Cette étude visait à explorer les perceptions associées aux troubles mentaux ainsi qu'à évaluer la capacité à l'accès aux services d'aide chez les migrants au sein de l'ASBL TABANE. L'analyse thématique a mis en évidence plusieurs défis majeurs et systématique qui limite l'accès et la qualité des soins en santé mentale pour les migrants vivant en Belgique. La stigmatisation forte et les tabous sociaux acquièrent dans les pays d'origine et parfois consolidé en Belgique qui freinent l'expression des souffrances, le manque d'information sur les services disponibles en Belgique, le recours prioritaire aux pratiques traditionnelles, l'impact psychologique de l'expérience migratoire et, enfin, les lacunes du système de soins et des professionnels en matière de compétences culturelles. Les études et revues systématiques suivantes confirment et enrichissent ces observations (53–55).

Les participants décrivent la santé mentale comme un signe de faiblesse (un ressenti largement documenté chez les migrants). Une revue systématique de facteurs associés à la demande d'aide en santé mentale chez les immigrants note que la stigmatisation et les croyances culturelles représentent des obstacles majeurs, ces perceptions de « fragilité » sociale réduisent significativement la probabilité de recours aux soins (56–58). Par ailleurs, un examen de la littérature sur les barrières à l'accès aux soins souligne que la peur du jugement social et professionnel constitue un blocage déterminant (12,59,60).

Le manque d'orientation vers les dispositifs formels est également une barrière soulignant le manque de sensibilisation aux ressources comme l'un des freins les plus systématiques à la demande d'aide(61). Cette méconnaissance du système alimente un recours par défaut aux pratiques traditionnelles et accentue l'isolement des personnes concernées (62,63). L'isolement est d'autant plus majoré par une certaine précarité des migrants, engendrant une barrière à l'accès aux soins qui sont décrits comme couteux (64).

Néanmoins, le recours prioritaire aux pratiques traditionnelles chez les migrants constitue souvent une première étape face aux troubles psychiques, répondant à des normes culturelles et identitaires peu pris en compte par les soins conventionnels. Ces pratiques peuvent faciliter

la reconnaissance de la souffrance et éviter l'isolement, mais un recours exclusif peut aussi retarder l'accès aux soins formels. Toutefois, intégrer ces pratiques dans un modèle de soins culturellement sensible, favorisant la collaboration entre acteurs traditionnels et professionnels de santé, pourrait améliorer l'adhésion aux traitements et la qualité de l'accompagnement. Cette complémentarité permettrait ainsi de mieux répondre aux besoins spécifiques des migrants et de réduire les inégalités en santé mentale (44,49,62).

L'expérience migratoire joue un rôle fondamental dans la façon dont les individus perçoivent et gèrent leur santé mentale. Les défis d'adaptation à un nouvel environnement, courants chez les migrants de première génération, influent sur leur disposition à rechercher un soutien psychologique. Le discours des participants évoque souvent un conflit identitaire lié à la nécessité de naviguer entre leur culture d'origine et celle d'accueil, ce qui peut engendrer une détresse émotionnelle. Ces tensions montrent l'importance de créer des interventions qui respectent ces spécificités culturelles tout en favorisant l'intégration, permettant aux individus de se sentir légitimes dans leurs besoins psychologiques(65,66). Soulignant l'importance de stratégies d'adaptation centrées sur l'acculturation positive (67)

Enfin, la méfiance envers les institutions et le sentiment que les professionnels manquent de sensibilité culturelle sont documentés. Une revue systématique montre que, bien que prometteuses, les formations restent peu généralisées et peu évaluées quant à leur impact sur l'adhésion des patients et l'équité des soins (68). De plus, une analyse des attitudes des professionnels de santé envers les migrants met en évidence des préjugés persistants, freinant la qualité de la prise en charge (69). Les fournisseurs de soins et le système de santé lui-même, mettent en évidence un manque de professionnels sensibles et compétents aux besoins spécifiques de ces groupes (22).

## 2. Biais méthodologiques, limites et forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs biais méthodologiques. Le recours à un échantillonnage par volontariat pourrait induire un biais, car seules les personnes motivées à témoigner ont été incluses. Néanmoins, dans une perspective ethnographique, cela ne constitue pas nécessairement un biais problématique puisque les conditions du volontariat sont clairement explicitées.

Un biais de sélection est également présent. L'échantillon est majoritairement composé de migrants de première génération, ce qui limite la généralisation des résultats à d'autres populations migrantes. Par ailleurs, une surreprésentation des femmes peut influer sur les perspectives exprimées concernant la santé mentale. Un biais de désirabilité sociale est aussi possible, certains participants ayant pu fournir des réponses socialement attendues malgré l'invitation à s'exprimer librement.

Concernant les limites, l'étude n'a pas pour objectif de produire des données généralisables, mais plutôt de fournir une analyse approfondie et ciblée de l'expérience des migrants accompagnés par l'association TABANE. Le statut de chercheuse novice de l'étudiante constitue également une limite. De plus, certains participants ont montré une certaine retenue lors des entretiens, ne révélant certaines pensées qu'a posteriori.

En revanche, l'étude présente plusieurs forces. L'approche qualitative permet une exploration fine et nuancée des expériences des migrants en matière de santé mentale. Bien que l'échantillon soit principalement constitué de migrants de première génération, il reflète une diversité en terme d'âge, de genre, d'origine, ce qui enrichit l'analyse et permet de saisir la pluralité des parcours migratoires.

L'étude met en lumière les principaux freins à l'accès aux soins, tels que la stigmatisation, le manque d'information et les barrières linguistiques et culturelles. Elle souligne également le rôle crucial des ressources communautaires, comme les associations et les réseaux sociaux, dans le soutien psychologique des migrants.

Elle propose également des recommandations concrètes visant à améliorer l'accès aux soins, notamment l'intégration de médiateurs culturels, la formation des professionnels de santé à la sensibilité interculturelle et le développement de services adaptés aux besoins spécifiques des migrants.

En s'inscrivant dans la continuité des recherches antérieures, l'étude renforce la crédibilité de ses résultats et offre des pistes pour le développement de politiques de santé mentale plus inclusives et adaptées aux réalités des populations migrantes. Cette étude constitue une

ressource pour les chercheurs, les praticiens et les décideurs souhaitant mieux comprendre et répondre aux besoins en santé mentale des migrants.

### 3. Les perspectives en matière de santé publique

Malgré les limites identifiées, cette étude contribue à la compréhension des perceptions de la santé mentale chez les migrants. Elle montre que les difficultés rencontrées par ces derniers dépassent le champ des services de santé traditionnels, en raison notamment de la stigmatisation, du manque d'information et des obstacles culturels. Ces barrières, observées à travers les entretiens, affectent également l'accès global aux soins et soulignent la nécessité d'une collaboration interdisciplinaire pour développer des réponses mieux adaptées aux besoins complexes des populations migrantes.

L'étude propose également des pistes pour les recherches futures, en suggérant d'explorer les perceptions des professionnels de santé afin de confronter et compléter celles des migrants. Une telle approche permettrait d'adapter les pratiques cliniques en tenant compte des deux perspectives. Par ailleurs, l'attention sur les migrants de première génération constitue une limite, invitant à élargir les investigations aux migrants de deuxième génération et à d'autres groupes culturels.

Enfin, l'étude suggère une orientation prometteuse en santé publique : la mise en place de programmes éducatifs destinés aux professionnels, visant à les sensibiliser aux spécificités culturelles des migrants en matière de santé mentale. Cela permettrait une amélioration de l'accès, de la qualité des soins psychologiques, et une meilleure prise en compte des besoins propres à chaque communauté.

## CONCLUSION

Cette étude a examiné l'effet des perceptions des troubles mentaux chez les migrants sur l'accès aux services d'aide au sein de l'ASBL TABANE. Nos résultats montrent que les croyances traditionnelles, héritées du pays d'origine et caractérisées par l'association des troubles mentaux à la folie, à l'envoutement ou à des phénomènes mystiques, constituent un obstacle important au recours aux soins.

Toutefois, l'exposition au système de santé belge et l'accompagnement par des réseaux spécialisés favorisent l'acquisition de nouvelles connaissances et l'émergence d'attitudes plus ouvertes, même si la coexistence d'anciennes croyances et de pratiques nouvelles génère parfois des tensions identitaires, notamment au sein de la deuxième génération.

Parallèlement, l'analyse révèle que des barrières structurelles et personnelles, telles que les obstacles financiers, les démarches administratives complexes et les difficultés linguistiques, viennent s'ajouter aux freins culturels et retardent la demande d'aide psychologique.

La confrontation de ces constats aux cadres théoriques du modèle KABP et du Health Belief Model met en évidence que l'évolution des connaissances et des attitudes ainsi que la perception des bénéfices et des obstacles sont déterminantes dans la décision d'accéder aux soins. En ce sens, il apparaît essentiel de renforcer dès l'arrivée sur le territoire les campagnes de sensibilisation à la santé mentale, d'adapter la formation des professionnels aux spécificités interculturelles et de développer des réseaux communautaires susceptibles de soutenir les migrants dans leurs démarches.

Bien que cette recherche présente des limites liées à son échantillonnage non probabiliste et à la subjectivité inhérente à l'approche qualitative, qui peuvent restreindre la généralisation des résultats, elle apporte néanmoins une contribution originale en mettant en lumière la complexité des interactions entre héritage culturel, parcours migratoire et accès aux soins.

En perspective de santé publique, ces résultats, suggèrent que l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale pour les populations immigrées requiert une approche intégrée qui combine adaptation culturelle, renforcement du soutien social et simplification des procédures administratives.

Enfin, ces conclusions ouvrent la voie à des recherches complémentaires, notamment par des approches mixtes et longitudinales, afin d'évaluer l'efficacité des interventions de sensibilisation et d'accompagnement sur le long terme. Et ainsi, contribuer à une amélioration de l'intégration et à un bien-être psychique accru.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Santé mentale [Internet]. [cited 2024 May 6]. Available from: [https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab\\_3](https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health#tab=tab_3).
2. Doré I, Caron J. Santé mentale: Concepts, mesures et déterminants. *Sante Ment Que* [Internet]. 2017 [cited 2024 May 6];42:125–145. doi: 10.7202/1040247AR. Cited: in: : PMID: 28792565.
3. Sergeant A, Van Reekum EA, Sanger N, Dufort A, Rosic T, Sanger S, Lubert S, Mbuagbaw L, Thabane L, Samaan Z. Impact of COVID-19 and other pandemics and epidemics on people with pre-existing mental disorders: a systematic review protocol and suggestions for clinical care. [cited 2024 May 6]; doi: 10.1136/bmjopen-2020-040229.
4. Mental health [Internet]. [cited 2024 May 6]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
5. Psychiatric Association A. DSM-5® - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2014 [cited 2024 May 6]; doi: 10.1016/C2014-0-04752-1.
6. Stryckman N. Symptômes, maladie et santé mentale. *Cahiers de Psychologie Clinique*. 2001;17:19–30. doi: 10.3917/CPC.017.0019.
7. Zhang Z, Jackson SL, Gillespie C, Merritt R, Yang Q. Depressive Symptoms and Mortality Among US Adults. *JAMA Netw Open*. 2023;E2337011. doi: 10.1001/JAMANETWORKOPEN.2023.37011. Cited: in: : PMID: 37812418.
8. Tiihonen J, Lönnqvist J, Wahlbeck K, Klaukka T, Niskanen L, Tanskanen A, Haukka J. 11-year follow-up of mortality in patients with schizophrenia: a population-based cohort study (FIN11 study). *Lancet* [Internet]. 2009 [cited 2024 May 6];374:620–627. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60742-X. Cited: in: : PMID: 19595447.
9. Scott D, Happell B. The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2011 [cited 2024 May 6];32:589–597. doi: 10.3109/01612840.2011.569846. Cited: in: : PMID: 21859410.
10. Wynaden D, Heslop B, Heslop K, Barr L, Lim E, Chee GL, Porter J, Murdock J. The chasm of care: Where does the mental health nursing responsibility lie for the physical health care of people with severe mental illness? *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2016 [cited 2024 May 6];25:516–525. doi: 10.1111/INM.12242. Cited: in: : PMID: 27416949.
11. Stanton R, Happell B. Exercise for mental illness: a systematic review of inpatient studies. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2024 May 6];23:232–242. doi: 10.1111/INM.12045. Cited: in: : PMID: 24119136.
12. Douglass CH, Lim MSC, Block K, Onsando G, Hellard M, Higgs P, Livingstone C, Horyniak D. Exploring stigma associated with mental health conditions and alcohol and other drug use among people from migrant and ethnic minority backgrounds: a protocol for a systematic review of qualitative studies. 2021 [cited 2024 May 6]; doi: 10.1186/s13643-021-01875-3.
13. Frattini T. L'intégration des immigrés dans les pays d'accueil-Ce que nous savons et ce qui marche. *Rev Econ Dev*. 2017;25:105–134. doi: 10.3917/EDD.311.0105.

14. Samele C. Increasing momentum in prevention of mental illness and mental health promotion across Europe. 2016 [cited 2024 May 6];13. doi: 10.1192/S2056474000000957.
15. Mescoli E. La Belgique face à la crise migratoire : analyse critique de l'accueil. *Pensee plurielle* [Internet]. 2022 [cited 2024 May 6];54:95–106. doi: 10.3917/PP.054.0095.
16. Moro MR, Radjack R. Vers une équité en santé mentale pour les enfants de migrants : propositions transculturelles. *Bull Acad Natl Med.* 2022;206. doi: 10.1016/j.banm.2022.01.026.
17. Bhugra D, Wojcik W, Gupta S. Cultural bereavement, culture shock and culture conflict: *Migration and Mental Health* [Internet]. 2010 [cited 2024 May 6];139–148. doi: 10.1017/CBO9780511760990.013.
18. Patmisari E, McLaren H, Jones M. Multicultural quality of life predictive effects on wellbeing: a cross-sectional study of a Muslim community in South Australia. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought* [Internet]. 2022 [cited 2024 May 6];41:384–403. doi: 10.1080/15426432.2022.2103061.
19. Raynal S, Ferguson LB. L'intégration : du multiculturel à l'intradulturel. *Humanisme et Entreprise.* 2008;n° 287:77–95. doi: 10.3917/HUME.287.0077.
20. Camille D, Pierre S, Vincent L. Mental health among people with a migration background in Belgium over the past 20 years: how has the situation evolved? *Archives of Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 May 6];81:1–9. doi: 10.1186/S13690-023-01187-Z/TABLES/4.
21. Josse É. Fondement et principes généraux des interventions psychosociales en urgence. *Rhizome.* 2019;N° 73:4–5. doi: 10.3917/rhiz.073.0004.
22. Gaëtan absil, Laurence Fond-Harmant. Un projet européen de recherche interventionnelle, pour quelle santé mentale ? *Priorité santé* n° 39 [Internet]. 2014 Apr [cited 2024 May 17];18–20. Available from: <https://www.cres-paca.org/image/16308/7560?size=!800,800&region=full&format=pdf&download=1&crop=centre&realWidth=1240&realHeight=1754&force-inline>.
23. Bruchon-Schweitzer M, Boujut É. 7. Les modèles en psychologie de la santé : un état des lieux. *Psycho Sup* [Internet]. 2021 [cited 2024 May 17];2:525–542. doi: 10.3917/DUNOD.BRUCH.2021.01.0525.
24. Raynal S, Chédru M. Multiculturalité et interculturalité en management de projet. *Humanisme et Entreprise.* 2009;n° 292. doi: 10.3917/hume.292.0077.
25. Abouguendia M, Noels KA. General and acculturation-related daily hassles and psychological adjustment in first- and second-generation South Asian immigrants to Canada. *International Journal of Psychology.* 2001;36. doi: 10.1080/741930008.
26. Davidov R, Yastremski D. Improving Immigrant Adolescent Mental Health: The Role of Cultural Identity. *Journal of Student Research.* 2023;12. doi: 10.47611/jsrhs.v12i3.4909.
27. Salant T, Lauderdale DS. Measuring culture: a critical review of acculturation and health in Asian immigrant populations. *Soc Sci Med.* 2003;57:71–90. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00300-3. Cited: in: : PMID: 12753817.
28. Schwartz SJ, Unger JB, Zamboanga BL, Szapocznik J. Rethinking the concept of acculturation: Implications for theory and research. *American Psychologist.* 2010;65. doi: 10.1037/a0019330.

29. Berry JW. Constructing and Expanding a Framework: Opportunities for Developing Acculturation Research. *Applied Psychology* [Internet]. 1997 [cited 2024 May 17];46:62–68. doi: 10.1111/J.1464-0597.1997.TB01095.X.
30. Cobb CL, Xie D, Meca A, Schwartz SJ. Acculturation, discrimination, and depression among unauthorized latinos/as in the United States. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2017;23:258–268. doi: 10.1037/CDP0000118. Cited: in: : PMID: 27429063.
31. Nadeau L, Lecompte V, Johnson-Lafleur J, Pontbriand A, Rousseau C. Collaborative youth mental health service users, immigration, poverty, and family environment. *Child Adolesc Ment Health.* 2018;23. doi: 10.1111/camh.12196.
32. Pechoux S, Chauvin P, Parizot I. Sante et recours aux soins des populations vulnerables. *Population* (French Edition). 2005;60. doi: 10.2307/4150790.
33. Gradus JL. Prevalence and prognosis of stress disorders: A review of the epidemiologic literature. *Clin Epidemiol.* 2017.
34. Lake J, Turner MS. Urgent Need for Improved Mental Health Care and a More Collaborative Model of Care. *Perm J.* 2017;21. doi: 10.7812/TPP/17-024.
35. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016.
36. Martin Romero MY, Johnson DM, Mununga E, Stein GL. Exploring cross-cultural perspectives on adolescent mental health among Congolese immigrant adults in the USA and Belgium. *Int J Migr Health Soc Care.* 2024;20. doi: 10.1108/IJMHSC-02-2023-0015.
37. Guruge S, Butt H. A scoping review of mental health issues and concerns among immigrant and refugee youth in Canada: Looking back, moving forward. *Canadian Journal of Public Health.* 2015;106. doi: 10.17269/CJPH.106.4588.
38. Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian Journal of Psychiatry.* 2018.
39. Stillman S, McKenzie D, Gibson J. Migration and mental health: Evidence from a natural experiment. *J Health Econ.* 2009;28. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.02.007.
40. Gaines AD. Ethnopsychiatry: The Cultural Construction of Psychiatries. *Ethnopsychiatry.* 1993.
41. Sargent C, Larchanché S. The construction of “cultural difference” and its therapeutic significance in immigrant mental health services in France. *Cult Med Psychiatry.* 2009;33. doi: 10.1007/s11013-008-9115-1.
42. Visser M, Kotze M, van Rensburg MJ. An mHealth HIV prevention programme for youth: lessons learned from the iloveLife.mobi programme in South Africa. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV.* 2020;32. doi: 10.1080/09540121.2020.1742866.
43. Doumit CA, Haddad C, Sacre H, Salameh P, Akel M, Obeid S, Akiki M, Mattar E, Hilal N, Hallit S, et al. Knowledge, attitude and behaviors towards patients with mental illness: Results from a national Lebanese study. *PLoS One.* 2019;14. doi: 10.1371/journal.pone.0222172.
44. Henshaw EJ, Freedman-Doan CR. Conceptualizing Mental Health Care Utilization Using the Health Belief Model. *Clinical Psychology: Science and Practice* [Internet]. 2009 [cited 2024 May 6];16:420–439. doi: 10.1111/J.1468-2850.2009.01181.X.
45. Atilola O. Level of community mental health literacy in sub-Saharan Africa: Current studies are limited in number, scope, spread, and cognizance of cultural nuances. *Nord J Psychiatry.* 2015;69. doi: 10.3109/08039488.2014.947319.

46. Nobiling BD, Maykrantz SA. Exploring Perceptions about and Behaviors Related to Mental Illness and Mental Health Service Utilization among College Students Using the Health Belief Model (HBM). *Am J Health Educ* [Internet]. 2017 [cited 2024 May 6];48:306–319. doi: 10.1080/19325037.2017.1335628.
47. Amit Y, Trouvé A. POP: Patchwork of parts models for object recognition. *Int J Comput Vis.* 2007;75. doi: 10.1007/s11263-006-0033-9.
48. Marcus GE, Cushman D. Ethnographies as Texts. *Annu Rev Anthropol.* 1982;11. doi: 10.1146/annurev.an.11.100182.000325.
49. Health Organization W. Promoting Mental Health CONCEPTS ■ EMERGING EVIDENCE ■ PRACTICE SUMMARY REPORT A Report of the World Health Organization A Report of the. 2004;
50. Wood LM, Sebar B, Vecchio N. Application of rigour and credibility in qualitative document analysis: Lessons learnt from a case study. *Qualitative Report.* 2020;25. doi: 10.46743/2160-3715/2020.4240.
51. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care.* 2007;19. doi: 10.1093/intqhc/mzm042.
52. Ammar S. Ethnopsychiatrie et psychiatrie transculturelle. Introduction aux' problèmes par l'impact de l'acculturation sur la santé mentale au Maghreb. *Tunisie Medicale.* 1975;53.
53. Bustamante LHU, Cerqueira RO, Leclerc E, Brietzke E. Stress, trauma, and posttraumatic stress disorder in migrants: A comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* 2018.
54. Hynie M. The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2018 [cited 2024 May 17];63:297–303. doi: 10.1177/0706743717746666. Cited: in: : PMID: 29202665.
55. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016 [cited 2024 May 17];3:171–178. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00505-2. Cited: in: : PMID: 26851330.
56. Mohammadifirouzeh M, Oh KM, Basnyat I, Gimm G. Factors Associated with Professional Mental Help-Seeking Among U.S. Immigrants: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health.* 2023.
57. Nortje G, Oladeji B, Gureje O, Seedat S. Effectiveness of traditional healers in treating mental disorders: A systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016.
58. van der Watt ASJ, van de Water T, Nortje G, Oladeji BD, Seedat S, Gureje O, Kola L, Appiah-Poku J, Othieno C, Harris B, et al. The perceived effectiveness of traditional and faith healing in the treatment of mental illness: a systematic review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018.
59. Li X, Zhang L, Fang X, Xiong Q, Chen X, Lin D, Mathur A, Stanton B. Stigmatization experienced by rural-to-urban migrant workers in China: findings from a qualitative study. *World Health Popul.* 2007;9. doi: 10.12927/whp.2007.19515.
60. Mougenot B, Amaya E, Mezones-Holguin E, Rodriguez-Morales AJ, Cabieses B. Immigration, perceived discrimination and mental health: evidence from Venezuelan population living in Peru. *Global Health.* 2021;17. doi: 10.1186/s12992-020-00655-3.
61. Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy (New York).* 2019;123. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.02.007.

62. Musyimi CW, Mutiso V, Ndetei DM, Henderson DC, Bunders J. Mental Health Outcomes of Psychosocial Intervention Among Traditional Health Practitioner Depressed Patients in Kenya. *Cult Med Psychiatry*. 2017;41. doi: 10.1007/s11013-017-9527-x.
63. Krystallidou D, Temizöz Ö, Wang F, de Looper M, Maria E Di, Gattiglia N, Giani S, Hieke G, Morganti W, Pace CS, et al. Communication in refugee and migrant mental healthcare: A systematic rapid review on the needs, barriers and strategies of seekers and providers of mental health services. *Health Policy (New York)*. 2024.
64. Simich L, Wu F, Nerad S. Status and health security: An exploratory study of irregular immigrants in Toronto. *Canadian Journal of Public Health*. 2007;98. doi: 10.1007/bf03405421.
65. Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD, Kirkbride J, Moussaoui D, Nazroo J, Qureshi A, et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry*. 2011.
66. DeSa S, Gebremeskel AT, Omonaiye O, Yaya S. Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Syst Rev*. 2022.
67. Mattar S, Gellatly R. Refugee mental health: Culturally relevant considerations. *Curr Opin Psychol*. 2022.
68. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, Smarth C, Jenckes MW, Feuerstein C, Bass EB, et al. Cultural competence: A systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*. 2005.
69. Argyriadis A, Patelarou E, Paoullis P, Patelarou A, Dimitrakopoulos I, Zisi V, Northway R, Gourni M, Asimakopoulou E, Katsarou D, et al. Self-Assessment of Health Professionals' Cultural Competence: Knowledge, Skills, and Mental Health Concepts for Optimal Health Care. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19. doi: 10.3390/ijerph191811282.

## ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

### Guide d'entretien

#### **Introduction**

Bonjour, je suis TRAORE Fatoumata actuellement infirmière en psychologie médicale à l'hôpital universitaire de Liège. Je suis également étudiante en master en santé publique.

Je me présente devant vous, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, intitulé : **l'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide**. Afin de mener à bien ce projet, la réalisation d'entretien est importante. Cette recherche vise à explorer comment les perceptions personnelles ou sociétales des troubles mentaux influencent l'accès et l'utilisation des services d'aide par les immigrants.

Comprendre ces dynamiques peut nous aider à enrichir ce travail pour répondre aux besoins spécifiques des populations immigrantes, en réduisant les barrières à l'accès et en améliorant les résultats de santé mentale. J'adopte une approche qualitative pour ce projet, en utilisant des entretiens semi-structurés pour recueillir des données personnelles et nuancées sur les expériences et perceptions des participants. Cette méthode me permettra de comprendre les nuances des perceptions personnelles et de leur impact potentiel sur le comportement en matière de recherche d'aide.

Avant de débuter, j'aimerai :

- Avoir votre consentement éclairé**
- Vous rappelez la confidentialité des réponses**
- Avoir votre accord pour l'enregistrement audio de l'entretien**

## **Questions :**

### **Contexte personnel**

1. Pouvez-vous me parler de vous (nom, prénom, profession, pays d'origine) et de votre parcours migratoire (cadre) ?
2. Comment décririez-vous votre expérience en tant qu'immigrant en Belgique ?

### **Expériences**

3. Avez-vous déjà cherché à obtenir de l'aide pour des questions de santé mentale en Belgique ? Pouvez-vous me décrire cette expérience ?
4. Quelqu'un que vous connaissez a déjà cherché de l'aide pour des soucis de santé mentale ? Comment cela s'est-il passé ?

### **Connaissances**

5. Que pensez-vous des troubles mentaux ? Qu'en dit-on généralement dans votre pays d'origine ?
6. Comment juge-t-on les personnes avec des troubles mentaux dans votre culture ? Comment cela influence-t-il le fait de demander de l'aide ?

### **Utilisation des services de santé mentale**

7. Que pensez-vous de l'accès aux services de santé mental en Belgique ?
8. Quels sont, selon vous, les principaux obstacles pour accéder aux services de santé mentale en Belgique ?
9. Avez-vous des idées pour améliorer ces services pour qu'ils répondent mieux aux besoins des immigrants ?
10. D'autres méthodes sont-elles mises en avant dans votre pays d'origine ? Lesquelles ?

### **L'Impact de l'adaptation à une nouvelle culture**

11. Comment le fait de s'adapter à la culture belge a-t-il affecté votre vision de la santé mentale ?
12. Pensez-vous que les gens de différentes générations voient les problèmes de santé mentale et l'accès aux soins de manière différente ?

**Soutiens et aide**

13. Quel type de soutien ou ressources serait utile pour aider les immigrants à gérer leur santé mentale ?

14. Comment votre communauté pourrait-elle aider à améliorer l'accès aux soins de santé mentale ?

**Conclusion**

15. Avez-vous d'autres choses à ajouter ou des commentaires ?

Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour la confiance que vous m'avez accordée en partageant vos informations et pensées avec moi. Merci pour votre précieuse contribution à ce projet qui me tient à cœur.

## ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN RÉADAPTÉ

### GUIDE D'ENTRETIEN RÉADAPTÉ

#### Introduction

Bonjour, je suis TRAORE Fatoumata actuellement infirmière en psychologie médicale à l'hôpital universitaire de Liège. Je suis également étudiante en master en santé publique.

Je me présente devant vous, dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, intitulé : l'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide. Afin de mener à bien ce projet, la réalisation d'entretien est importante. Cette recherche vise à explorer comment les perceptions personnelles ou sociétales des troubles mentaux influencent l'accès et l'utilisation des services d'aide par les immigrants.

Comprendre ces dynamiques peut nous aider à enrichir ce travail pour répondre aux besoins spécifiques des populations immigrantes, en réduisant les barrières à l'accès et en améliorant les résultats de santé mentale. J'adopte une approche qualitative pour ce projet, en utilisant des entretiens semi-structurés pour recueillir des données personnelles et nuancées sur les expériences et perceptions des participants. Cette méthode me permettra de comprendre les nuances des perceptions personnelles et de leur impact potentiel sur le comportement en matière de recherche d'aide.

Avant de débuter, j'aimerai :

Avoir votre consentement éclairé

Vous rappelez la confidentialité des réponses

Avoir votre accord pour l'enregistrement audio de l'entretien

Questions :

Profil du participant

Prénom ; Âge ; Pays d'origine ; Nombre d'années en Belgique ; Situation professionnelle ; Statut migratoire (première ou deuxième génération).

Expérience migratoire et intégration

Pouvez-vous me parler de votre parcours migratoire ?

Quels ont été les principaux défis lors de votre installation en Belgique ?

Comment décririez-vous votre intégration sociale et culturelle ?

Perception de la santé mentale

Comment définissez-vous la santé mentale ?

Comment les troubles mentaux sont-ils perçus dans votre pays d'origine ?

Y a-t-il des croyances culturelles particulières autour des troubles mentaux ?

Avez-vous déjà observé une évolution des perceptions au sein de votre communauté ?

Expérience avec les soins de santé mentale

Avez-vous déjà consulté un professionnel de santé mentale en Belgique ? Pourquoi ou pourquoi pas ?

Comment jugez-vous l'accessibilité des soins de santé mentale en Belgique ?

. Quelles difficultés avez-vous rencontrées (barrière linguistique, coût, stigmatisation, etc.) ?

Stratégies alternatives et soutien communautaire

. Comment gérez-vous le stress et les émotions négatives ?

. Quel rôle joue la famille et la communauté dans la gestion du bien-être mental ?

. Avez-vous recours à des pratiques traditionnelles ou spirituelles ?

Recommandations pour améliorer l'accès aux soins

. Selon vous, que pourrait-on améliorer dans la prise en charge des personnes pour mieux répondre aux besoins des immigrants ?

. Pensez-vous qu'une prise en charge adaptée à votre culture serait plus efficace ?

. Quelles solutions proposeriez-vous pour sensibiliser davantage les immigrants aux services de santé mentale ?

Conclusion

. Avez-vous d'autres choses à ajouter ou des commentaires ?

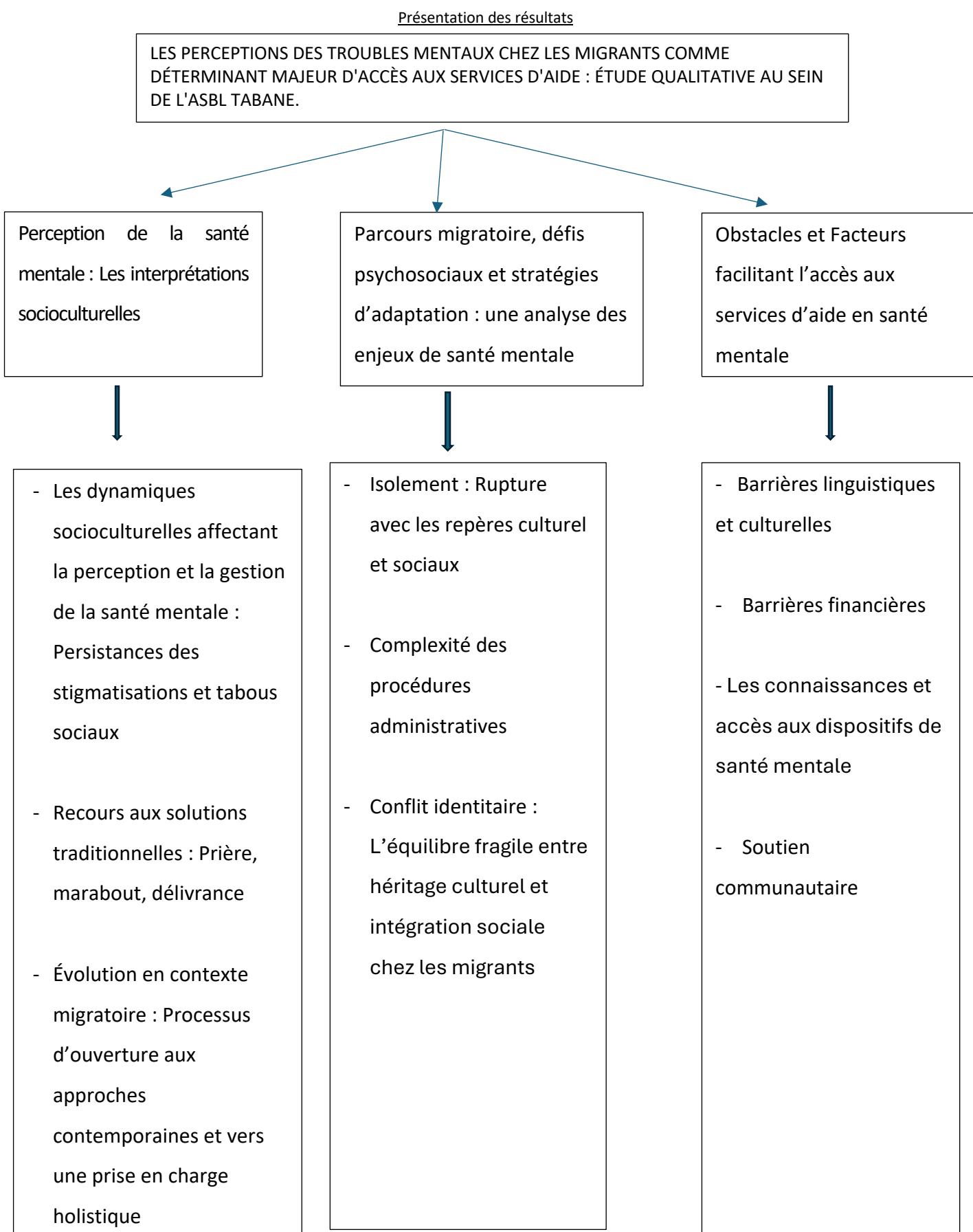
Je tiens à vous exprimer ma gratitude pour la confiance que vous m'avez accordée en partageant vos informations et pensées avec moi. Merci pour votre précieuse contribution à ce projet qui me tient à cœur.

ANNEXE 3 : CARACTÉRISTIQUES COMPLÈTES DES PARTICIPANTS

Personnes interrogées	Âges	Genre	Immigrés	Nombre d'années	Pays D'origine	Religion	Profession pays d'origine /Belgique
Participant 1 Mr A	32	M	1ere G	4 ans	Cameroun	Chrétien	Biogiste / Étudiant
Participant 2 Mme S	43	F	2 <sup>ème</sup> G	43 ans	Maroc	Musulmane	Éducatrice spécialisée (Actuellement en Burnout)
Participant 3 Mme C	37	F	1ere G	10 ans	Cameroun	Chrétien	Domaine santé / sans emplois
Participant 4 Mme L	49	F	1ere G	8 ans	Maroc	Musulmane	Sans emplois/ Invalidité
Participant 5 Mr Y	33	M	2 <sup>ème</sup> G	33 ans	Maroc	Musulmane	Sans emplois
Participant 6 Mme E	59	F	1ere G	20 ans	Togo	Chrétien	Commerçante /Logistique en Cuisine
Participant 7 Mme S	26	F	2 <sup>ème</sup> G	26 ans	Cameroun	Chrétien	Infirmière

Participant 8 Mme C	40	F	1ere G	10 ans	Cameroon	Chrétien	Comptable Belgique/
Participant 9 Mme H	37	F	1ere G	9 ans	Syrie		Architecte Belgique/
Participant 10 Mme V	24	F	2 <sup>ème</sup> G	22 ans	Congo	Chrétien	Étudiante
Participant 11 Mme H	40	F	1ere G	5ans	Djibouti	Musulmane	Djibouti : Organisation internationale Belgique : Étudiante
Participant 12 Mme	37	F	2 <sup>ème</sup> G	10	Guinée	Musulmane	Guinée : Administration publique Belgique : Aide- ménagère

## ANNEXE 4 : ARBRE THÉMATIQUE



## ANNEXE 5 : DEMANDE D'AVIS AU COMITÉ D'ÉTHIQUE



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire  
Universitaire de Liège (707)



# Demande d'avis au Comité d'Éthique - Étude soumise à la loi du 7 mai 2004<sup>1</sup>

- Cette demande d'avis doit être entièrement dactylographiée en français. Si ce document est rempli de façon manuscrite, votre dossier sera immédiatement **refusé**.
- Seuls les dossiers complets seront analysés.
- Tous les documents doivent, obligatoirement, être envoyés par email ([ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)) et les versions papiers doivent être déposées au secrétariat du Comité d'Éthique (route 562, porte 166).
- Si vous éprouvez des difficultés à compléter cette demande d'avis, vous pouvez contacter Mme KESSELER, coordinatrice scientifique ([skesseler@chuliege.be](mailto:skesseler@chuliege.be)).
- Si certains éléments ne sont pas d'application dans le cas de votre étude, veuillez indiquer dans la case correspondante « NA ».

<sup>1</sup> Expérimentations menées sur la personne humaine, autres que les essais médicamenteux interventionnels.

Demande d'avis- Étude soumise à la loi du 7 mai 2004 – Version 1 20.08.2024

## Informations générales

Nom du service ou du département	ASBL TABANE à LIEGE
Chef de service ou de département	SNOECK LUC
Nom de l'investigateur principal <sup>2</sup>	TRAORE Fatoumata
Email	Fatoumata.traore@student.uliege.be
N° de téléphone	+32489136152
Nom de la personne de contact <sup>3</sup>	TRAORE Fatoumata
Email	Fatoumata.traore@student.uliege.be
N° de téléphone	0489136152

Nom du promoteur <sup>4</sup>	Université de liege
Email (hors CHU et ULiege)	Avenue de l'Hôpital, 1 4000 Liège
N° de téléphone (hors CHU et ULiege)	04/323.00.00
Si applicable : Nom du représentant légal du promoteur dans l'union européenne :	NA
Si applicable : N° EUDRACT	NA

Nom du co-investigateur éventuel <sup>5</sup>	Wenger Anne-carole
Email	carole.CA.Wenger@uliege.be
N° de téléphone	+324 366475
Nom du co-investigateur éventuel <sup>6</sup>	Mandin Jérémy
Email	Jeremy.Mandin@uliege.be
N° de téléphone	

## Titre

Titre de l'étude en français	<b>L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide.</b>
Titre de l'étude en anglais	<b>The Impact of Immigrants' Perceptions of Mental Disorders on Access to Support Services</b>

L'étude est-elle ?  **Monocentrique**    **OU**     Multicentrique<sup>7</sup>

<sup>2</sup> L'investigateur principal doit être diplômé d'une profession des soins de santé en Belgique.

<sup>3</sup> Exemple : le/la data manager en charge de l'étude.

<sup>4</sup> Définition : une entreprise, une institution, un organisme ou une personne responsable du lancement, de la gestion et/ou du financement d'une expérimentation.

<sup>5</sup> Ce tableau est à répliquer autant de fois que nécessaire.

<sup>6</sup> Ce tableau est à répliquer autant de fois que nécessaire.

<sup>7</sup> Plusieurs centres participants en Belgique.

<i>Si l'étude est multicentrique, quel Comité d'Éthique est chargé de rendre l'avis l'unique ?</i>	NA
Quels sont les centres participants ? (Merci de tous les énumérer) Le nom de l'investigateur principal pour chaque site. L'adresse mail du comité d'éthique des sites participants	

### Informations sur l'étude

Quel est le but de votre étude ? (Détaillez en quelques lignes)	Cette étude vise à analyser l'impact de divers facteurs sur la perception de la santé mentale parmi la population étudiée en se concentrant spécifiquement sur leur disposition à solliciter de l'aide en cas de nécessité. L'étude s'attache particulièrement à explorer les représentations sociales et les perceptions individuelles associées aux troubles mentaux ainsi qu'à évaluer la capacité des individus à demander assistance face à des défis tels que l'anxiété et les troubles anxieux.
--	--

Quelle est la pertinence scientifique de votre étude ? (Rationale) (Détaillez en quelques lignes)	L'étude aborde un enjeu contemporain important en matière de santé publique, en particulier pour les immigrants. La santé mentale est définie de manière holistique par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), englobant non seulement l'absence de maladies mentales, mais aussi la capacité à profiter de la vie et à gérer les défis quotidiens. Ce contexte général met en lumière l'importance de mon sujet de recherche
Quel est le « design » de votre étude ?	Une étude descriptif de type Etude de cas.

Comment les sujets seront-ils recrutés ?	Volontariat
Combien de sujets seront recrutés ?	10 15 sujets
Les sujets sont-ils des volontaires sains ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les sujets sont-ils vulnérables ? (mineurs, personnes incapables d'exprimer leur volonté, femmes enceintes, personnes âgées, personnes porteuses d'un handicap...)	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Si oui, précisez :
Comment avez-vous choisi la taille de votre échantillon ? (ex. : calcul de puissance) :	C'est une étude qualitative. Pas de calcul statistique effectué

Quels sont les risques potentiellement encourus par les patients ?	Ce ne sont pas des patients mais plutôt des personnes immigrés fréquentant l'ASBLTABANE
Pouvez-vous donner votre évaluation de la balance bénéfices/risques ?	A priori, pas de risque encouru par les volontaires. L'étude se limitera en des entretiens semi-directifs
Les sujets seront-ils défrayés ?	<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Si oui, quel est le montant :	
Si non, pourquoi ?	C'est dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude. Il y a aussi un risque de biais de sélection si c'est rémunéré. Cela est également interdit par le formulaire de RGPD et consentement de l'université de Liège.

## Assurance

Le promoteur doit souscrire à une assurance responsabilité « même sans faute ».		
Les démarches sont-elles en cours ?	<input checked="" type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

## Étude commerciale

Est-ce une étude sponsorisée par une industrie et pour laquelle vous êtes rémunéré(e) <sup>8</sup> ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input checked="" type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	---

<sup>8</sup> Si ce n'est pas le cas, il s'agit d'une étude académique et le Comité ne demande pas de rémunération pour son évaluation.

## Documents nécessaires pour un dossier complet : checklist

Documents		Nb d'exemplaires	Version	Date <sup>9</sup>
Demande d'avis	<input checked="" type="checkbox"/>	5. 10	PDF	20/8/24
Protocole complet	<input checked="" type="checkbox"/>	3	PDF	20/8/24
Résumé du protocole en français (2 pages)	<input checked="" type="checkbox"/>	10	PDF	20/8/24
Formulaire(s) d'information et de consentement	<input checked="" type="checkbox"/>	10	PDF	20/8/24
Court CV (max 3 pages) de l'investigateur principal (max 3ans)	<input checked="" type="checkbox"/>	3	PDF	20/8/24
Certificat GCP (max 3 ans)	<input checked="" type="checkbox"/>	3	PDF	20/8/24
Attestation d'assurance	<input checked="" type="checkbox"/>	10	PDF	20/8/24
<i>Si étude commerciale</i> : Contrat financier	<input type="checkbox"/>	1	NA	NA
<i>Si étude multicentrique</i> : Liste de centres participants avec les coordonnées de leur CE et PI	<input type="checkbox"/>	1	NA	NA
Autre (Questionnaires, documents de recrutement,...)	<input checked="" type="checkbox"/>	3	PDF	20/8/24

---

<sup>9</sup> La date et la version doivent apparaître au bas de chaque document.

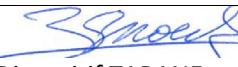
Demande d'avis- Étude soumise à la loi du 7 mai 2004 – Version 1 20.08.2024

Je m'engage à informer le Comité :

- de la date du début effectif de l'étude (date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient) ;
- de tout événement indésirable grave survenu chez l'un des sujets ;
- du renouvellement de l'assurance quand celle-ci arrive à échéance ;
- du déroulement de l'étude avec un rapport annuel ;
- de la clôture de l'étude avec un rapport final et complet des résultats obtenus ;
- immédiatement si l'évaluation de la balance bénéfices/risques venait à changer.

**Je m'engage à n'inclure aucun sujet avant l'obtention de l'avis favorable.**

Je certifie que les informations fournies, ci-dessus, sur l'étude, sont complètes et correctes et j'assume l'entièbre responsabilité de l'étude.

<b>Nom, prénom et signature de l'investigateur principal :</b>	Traoré Fatoumata 
Date : 20/08/2024	
<b>Nom, prénom et signature du chef de service :</b>	SNOECK LUC
Date : 21/08/2024	 Dispositif TABANE Rue Saint-Léonard 510, 4000 Liège 04/228.14.40 tabane@tabane.be

## ANNEXE 6 : RÉPONSE DU COMITÉ D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE DE LIEGE

### Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 25/09/2024

Madame le Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Fatoumata TRAORE  
Service des SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE  
CHU B23

Chère Collègue,

Vous trouverez ci-joint l'avis d'approbation de l'étude :

**"L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide."**

Protocole : Version 1

Dans le cadre des responsabilités qui lui sont imposées par la loi du 07 mai 2004, Le Comité d'Ethique souhaite vous faire part des recommandations suivantes :

- aucun patient ne peut être inclus dans l'étude avant la réception de la lettre d'approbation;
- nous souhaitons être informés de la date de début effectif de l'étude dans votre site (date d'inclusion du 1<sup>er</sup> patient);
- nous attachons une grande importance à la protection de la vie privée des patients/volontaires sains et nous comptons sur vous pour :
  - assurer un archivage sûr des documents sources (conservation sous clefs),
  - assurer la protection par mot de passe des bases de données éventuellement créées pour la gestion de vos résultats, refuser, si ces données doivent être transmises à un tiers, de transmettre non seulement des données directement identifiantes (attention à l'anonymisation des copies d'examens ou protocoles d'examens) mais également toute association de données qui pourraient permettre la ré-identification du patient (attention à l'association initiales, date de naissance et sexe encore trop souvent retrouvée dans les CRF).
- nous devons impérativement être informés :
  - de tout événement indésirable grave, suspect et inattendu (SUSAR) survenu chez l'un de vos patients ou volontaire sain,
  - du renouvellement de l'assurance (request in progress: attestation to be furnished before starting the study) quand celle-ci arrive à échéance,
  - du déroulement de l'étude, et ce annuellement,
  - de la clôture de l'étude avec rapport des résultats obtenus.
- aucun changement ne peut être apporté au protocole sans l'obtention d'un avis favorable du Comité d'Ethique;
- qu'il relève de votre responsabilité de veiller à ce que tout dommage, lié de manière directe ou indirecte à l'expérimentation, encouru par un patient inclus par vos soins soit pris en charge financièrement par le promoteur soit directement, soit via le recours à l'assurance "étude";
- tout courrier/courriel de suivi que vous nous transmettrez doit bien évidemment reprendre les références de l'étude et sera accompagné de votre évaluation actuelle de la balance risques/bénéfices si ce courrier est en rapport avec la sécurité du patient (amendement, nouvelle brochure d'investigateur, déviation de protocole, nouvelle information pouvant affecter la sécurité du sujet, SAE, etc....).

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE

Président : Professeur D. LEDOUX

Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET

Secrétariat administratif : 04/323.21.58

Coordination scientifique: 04/323.22.65

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

Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

## Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 25/09/2024

Madame le Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Fatoumata TRAORE  
Service des SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE  
CHU B23

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Nr EudraCT ou Nr belge : B7072024000081 ; Notre réf: 2024/317

Chère Collègue,

J'ai le plaisir de vous informer que le Comité d'Ethique a donné une réponse favorable à votre demande d'avis intitulée :

**"L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide."**

Protocole : Version 1

Vous trouverez, sous ce pli, le formulaire de réponse reprenant, en français et en anglais, les différents éléments examinés et approuvés et la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Chère Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs,



Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

Copie à la Direction de l'AFMPS

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

Notre Dossier nr : *Our File nr :* 2024 / 317  
Nr EudraCT : B7072024000081

**COMITE D'ETHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE  
(707)**

**Approbation d'une demande d'étude clinique**  
*Approval form for a clinical trial*

Après examen des éléments suivants : *Having considered the following data :*

Protocole, Titre, *Title*

**L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide.**

Numéro d'étude, *Study Number :* **Version 1**

**Nr EudraCT ou Nr belge: B7072024000081**

Promoteur, *Promoter:*

**ULIEGE**

Date du protocole, *Protocol date :* **20/08/2024**

Amendem. numéro et date, *Amend. Numb. and date*

	Date	Oui/Yes	Non/No
Brochure pour l'investigateur, <i>Investigator's brochure</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Information et consentement (en Français) <i>Subject information and consent sheet (in French)</i>	20/08/2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dossier clinique individuel <i>Case report form</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Déclaration d'assurance <i>Insurance declaration</i>	17/09/2024	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Notre Dossier nr : *Our File nr : 2024 / 317*

Approbation d'une demande d'étude clinique (suite)  
*Approval form for a clinical trial (following page)*

Protocole

L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide.

Service de :  
Clinical unit

**SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE**

Chef de Service :  
*Director of the clinical unit*

**Prof. A-F. DONNEAU**

Expérimentateur principal :  
*Principal investigator*

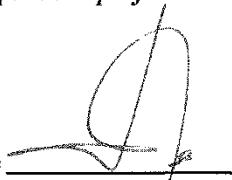
**Fatoumata TRAORE**

Par décision collégiale, le Comité d'Ethique (voir liste des membres en annexe) :  
*By collegial decision, the Ethics Committee (see enclosed list of the members) :*

Oui/Yes Non/No

■ estime que l'étude peut être réalisée  
*has accepted the performance of the study*

Signature  
*Signature*



Nom : **Prof. D. LEDOUX** Président  
*Printed name :*

Date, Date :

25/09/2024

*The Ethics Committee states that it is organized and operates according to the ICH/GCP guidelines, the applicable laws and regulations, and their own written operating procedures*

Cette approbation ne signifie pas que le comité prend la responsabilité de l'étude.  
*This approval does not mean that the Ethics Committee takes the responsibility of the study*



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

25/09/2024

- 4 -

## ANNEXE 7 : FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (TOUS LES INTERVENANTS)

Titre de l'étude : L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide.

Promoteur de l'étude : UNIVERSITE DE LIEGE

Comité d'Ethique : Comité d'éthique hospitalo-facultaire universitaire de Liège

Investigateurs locaux : TRAORE Fatoumata étudiante en master 2 santé publique.  
Fatoumata.Traore@student.uliege.be

Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Vous êtes invité à participer à une étude clinique destinée à analyser l'impact de divers facteurs sur la perception de la santé mentale en se concentrant spécifiquement sur la disposition à solliciter de l'aide en cas de nécessité. L'étude s'attache particulièrement à explorer les représentations sociales et les perceptions individuelles associées aux troubles mentaux ainsi qu'à évaluer la capacité des individus à demander assistance face à des défis tels que l'anxiété et les troubles anxieux.

Cette étude aura lieu au sein d'une association au nom de TABANE à LIEGE. Cette association est reconnue dans l'accompagnement et le soutien auprès des personnes issues de l'immigration.

Avant que vous n'acceptiez de participer à cette étude, nous vous invitons à prendre connaissance de ce que cela implique en termes d'organisation, avantages et risques éventuels, afin que vous puissiez prendre une décision informée. Ceci s'appelle donner un « consentement éclairé ».

Veuillez lire attentivement ces quelques pages d'information et poser toutes les questions que vous souhaitez à l'investigateur ou à la personne qui le représente. Ce document comprend 3 parties : l'information essentielle à votre prise de décision, votre consentement écrit et des informations complémentaires (annexes) qui détaillent certaines parties de l'information de base.

### **Si vous participez à cette recherche, vous devez savoir que :**

- Cette étude clinique est mise en œuvre après évaluation par un comité d'éthique monocentrique
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant le médecin investigateur. Votre décision de ne pas ou de ne plus participer à l'étude n'aura aucun impact sur la qualité de vos soins au sein de TABANE ni sur vos relations avec l'investigateur.
- Aucun frais ne vous sera facturé pour les examens et la participation à cette étude.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti lors de la publication des résultats.

- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à cette recherche.
- Vous pouvez toujours contacter l'investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Un complément d'informations sur vos « Droits de participant à une étude clinique » est fourni en annexe.

#### Description du protocole de l'étude

##### Justification et objectifs de l'étude

- L'étude vise à comprendre l'influence des perceptions sociales, culturelles, et individuelles sur la disposition des individus à solliciter de l'aide pour des troubles mentaux, tout en analysant l'évolution des croyances sur la santé mentale, notamment au sein des populations immigrées.

Cette recherche est essentielle car elle permet de mieux comprendre les barrières qui empêchent les individus de demander de l'aide, notamment en identifiant les facteurs sociaux, culturels, et psychologiques qui influencent leur perception de la santé mentale. En explorant ces éléments, l'étude vise à promouvoir une meilleure prise en charge des troubles mentaux et à encourager des comportements d'aide plus proactifs dans la société.

##### Déroulement de l'étude (sujets à aborder)

- *Cette étude devrait inclure 10 personnes volontaires au sein de l'association TABANE à Liège.*
- *De Novembre 2024 à janvier 2025, une période de 3 mois. A travers un entretien semidirectionnel.*
- En début d'entretien, les données collectées seront : l'âge, le sexe, nombre d'années en Belgique, croyance en lien avec la santé mentale.
- Durant cette étude, nous attendons de vous, une participation à un entretien individuel d'une durée de plus ou moins 30 minutes.

#### Ø Risques et inconvénients

*Les risques encourus par les participants à cette étude sont généralement minimes, mais ils peuvent inclure : Un inconfort émotionnel lors des entretiens, la peur de la stigmatisation en lien avec le contenu des entretiens.*

*Pour pallier cela, nous préservons la confidentialité et l'anonymat des participants, Un consentement éclairé doit être signé, questionnaire et entretien adapté à chaque intervenant.*

##### Bénéfices

- *Participer à l'étude peut aider les individus à mieux comprendre leurs propres perceptions et attitudes envers la santé mentale, ce qui peut encourager une réflexion personnelle sur leurs comportements et croyances.*
- *En participant, les individus contribuent à l'avancement des connaissances scientifiques sur la santé mentale, ce qui pourrait bénéficier à la société dans son*

*ensemble, notamment en améliorant les politiques de santé mentale et les interventions disponibles.*

- *Certains participants pourraient être mis en contact avec des ressources de soutien ou des services de santé mentale s'ils découvrent qu'ils en ont besoin au cours de l'étude.*
- *Contribuer à une étude visant à mieux comprendre et améliorer la santé mentale peut générer un sentiment d'accomplissement et d'utilité sociale chez les participants.*

**Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :**

- De collaborer pleinement au bon déroulement de cette recherche.
- De ne rien masquer comme information au sujet de votre perception de la santé mentale, les croyances culturelles.
- De ne participer à aucune autre recherche clinique concernant un traitement expérimental, qu'il s'agisse d'un médicament, d'un dispositif médical ou d'une procédure, tant que vous participerez à la présente étude.

**Contact**

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter l'investigateur TRAORE Fatoumata, Infirmière en psychologie médicale au CHU de LIEGE au numéro de téléphone suivant 04/89 13 61 52.

L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide.

**Consentement éclairé**

**Participant**

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les effets secondaires éventuels et ce que l'on attend de moi. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix comme mon médecin généraliste ou un membre de ma famille.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec l'investigateur / l'équipe thérapeutique en charge de mon accompagnement à TABANE.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que l'investigateur et le promoteur se portent garant de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité (annexe7-10)

Pour l'étude de L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services de soins, J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que les données de recherche récoltées pour les objectifs de la présente étude puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte de la présente étude et soumis à l'approbation du comité d'éthique.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Pour l'étude de L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services de soins J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que mon médecin généraliste ou d'autres médecins spécialistes en charge de ma santé soient informés de ma participation à cette étude clinique.

Nom, Prénom, date et signature du volontaire.

#### **Investigateur**

Je soussigné, TRAORE, Fatoumata, Infirmière en psychologie médicale au CHU de LIEGE investigateur confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à l'étude et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Je confirme travailler en accord avec les principes éthiques énoncés dans la « Déclaration d'Helsinki », dans les « Bonnes pratiques Cliniques » et dans la loi belge du 7 mai 2004, relative aux expérimentations sur la personne humaine.

L'impact des perceptions des troubles mentaux chez les immigrants sur l'accès aux services d'aide.

#### **Annexe « Droits et protection du participant »**

##### **Comité d'Éthique**

Cette étude a été évaluée par un Comité d'Éthique indépendant, à savoir le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège, qui a émis un avis favorable [après consultation des Comités d'Éthique de chaque centre où sera mené cette étude]. Les

Comités d'Éthique ont pour tâche de protéger les personnes qui participent à une étude clinique. Ils s'assurent que vos droits en tant que patient et en tant que participant à une étude clinique sont respectés, qu'au vu des connaissances actuelles, la balance entre risques et bénéfices reste favorable aux participants, que l'étude est scientifiquement pertinente et éthique.

En aucun cas vous ne devez prendre l'avis favorable du Comité d'Éthique comme une incitation à participer à cette étude.

#### ***Participation volontaire et coûts associés à votre participation***

Avant de signer, n'hésitez pas à poser toutes les questions que vous jugez utiles. Prenez le temps d'en parler à une personne de confiance si vous le souhaitez.

Votre participation à l'étude est volontaire et doit rester libre de toute contrainte : ceci signifie que vous avez le droit de ne pas y participer ou de vous retirer sans justification même si vous aviez accepté préalablement d'y participer. Votre décision ne modifiera en rien vos relations avec l'investigateur et/ou la poursuite accompagnement au sein de TABANE.

Toutefois, il est conseillé pour votre sécurité, de prévenir l'investigateur si vous avez décidé d'arrêter l'étude.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous signerez le formulaire de consentement éclairé. L'investigateur signera également ce formulaire et confirmera ainsi qu'il vous a fourni les informations nécessaires sur l'étude. Vous recevrez l'exemplaire qui vous est destiné.

Si vous décidez de participer à cette étude, ceci n'entraînera pas de frais pour vous ou votre organisme assureur.

Vous ne serez pas payé pour votre participation.

#### ***Protection de votre identité***

L'investigateur possède un devoir de confidentialité vis-à-vis des données recueillies. Cela signifie qu'il s'engage non seulement à ne jamais révéler votre nom dans le contexte d'une publication ou d'une conférence, mais aussi qu'il codera vos données (dans l'étude, votre identité sera remplacée par un code d'identification) avant de les envoyer au promoteur. L'investigateur et son équipe seront donc les seuls à pouvoir établir un lien entre les données transmises pendant toute la durée de l'étude et vos dossiers médicaux. Les

données personnelles transmises ne comporteront aucune association d'éléments permettant de vous identifier.

Pour vérifier la qualité de l'étude, il est possible que vos dossiers médicaux soient examinés par des personnes liées par le secret médical et désignées par le comité d'éthique, le promoteur de l'étude ou un organisme d'audit indépendant. Dans tous les cas, l'examen de vos dossiers médicaux ne peut avoir lieu que sous la responsabilité de l'investigateur et sous la supervision d'un des collaborateurs qu'il aura désigné.

### ***Protection des données à caractère personnel***

1. *Qui est le responsable du traitement des données ? Le promoteur.*

*Le promoteur prendra toutes les mesures nécessaires pour protéger la confidentialité et la sécurité de vos données codées, conformément aux législations en vigueur1.*

2. *Qui est le délégué à la protection des données ? Le délégué de la protection des données à l'Université de Liège est Monsieur P-F PIRLET, dpo@uliege.be*
3. *Sur quelle base légale vos données sont-elles collectées ?*

*La collecte et l'utilisation de vos informations reposent sur votre consentement écrit.*

*En consentant à participer à l'étude, vous acceptez que certaines données personnelles puissent être recueillies et traitées électroniquement à des fins de recherche en rapport avec cette étude.*

4. *A quelles fin vos données sont-elles traitées ?*

*Vos données personnelles seront examinées afin de voir si l'étude est réalisée de façon précise et si le médicament à l'étude est efficace et sans danger. Elles seront examinées avec les données personnelles de tous les autres participants à cette étude afin de mieux comprendre les effets du médicament.*

*Vos données personnelles pourront également être combinées à des données provenant d'autres études. Ceci permet d'analyser et de mieux comprendre la sécurité et l'efficacité du médicament à l'étude.*

5. *Quelles sont les données collectées ?*

*Le responsable du traitement s'engage à ne collecter que les données strictement nécessaires et pertinentes au regard des objectifs poursuivis à savoir votre nom, vos initiales, votre adresse, votre sexe, votre âge/date de naissance partielle, ainsi que les données relatives à votre santé [à préciser et compléter par le promoteur].*

6. *Comment mes données sont-elles récoltées ?*

- - *Par le médecin investigateur et son équipe*
- - *Auprès de votre médecin traitant si nécessaire*
- - *Via des registres publics*

7. *Qui peut voir mes données ?*

- - *Le médecin investigateur et son équipe*
- - *Le promoteur et ses représentants*
- - *Le comité d'éthique ayant examiné l'étude*
- - *Les organismes nationaux de réglementation qui autorisent les médicaments*
- - *Autre : ...*

*Ces personnes sont tenues par une obligation de confidentialité.*

8. *Par qui mes données seront-elles conservées et sécurisées ? Pendant combien de temps ?*

*Vos données sont conservées par le promoteur le temps requis par les réglementations. A l'issue de cette période, la liste des codes sera détruite et il ne sera donc plus possible d'établir un lien entre les données codées et vous-même.*

9. *Mes données seront-elles transférées vers d'autres pays hors Union Européenne/espace économique européen/Suisse ?*

“ Oui X Non

**Si non**, le promoteur a établi un accord sur le transfert de données selon lequel toutes les parties travaillant avec le promoteur s'engagent à protéger et garder confidentielles vos données personnelles selon les modalités décrites dans le présent document.

10. *Quels sont mes droits sur mes données ?*

Vous avez le droit de consulter toutes les informations de l'étude vous concernant et d'en demander, si nécessaire, la rectification.

Vous avez le droit de retirer votre consentement conformément à la rubrique « retrait du consentement » reprise ci-avant.

Vous disposez de droits supplémentaires pour vous opposer à la manière dont vos données de l'étude sont traitées, pour demander leur suppression, pour limiter des aspects de leur utilisation ou pour demander à ce qu'un exemplaire de ces données vous soit fourni.

Cependant, pour garantir une évaluation correcte des résultats de l'étude, il se peut que certains de ces droits ne puissent être exercés qu'après la fin de l'étude. L'exercice de vos droits se fait via le médecin investigateur.

En outre, si vous estimez que vos données de l'étude sont utilisées en violation des lois en vigueur sur la protection des données, vous avez le droit de formuler une plainte à l'adresse [contact@apd-gba.be](mailto:contact@apd-gba.be)

### **Assurance**

Toute participation à une étude clinique comprend un risque aussi petit soit-il. Le promoteur assume, même en l'absence de faute, la responsabilité du dommage causé au participant (ou à ses ayants droit) et lié de manière directe ou indirecte aux expériences réalisées. Le promoteur a souscrit un contrat d'assurance<sup>2</sup> de cette responsabilité ([s.macias@uliege.be](mailto:s.macias@uliege.be)).

Vous êtes donc invité à faire part de tout problème de santé nouveau à l'investigateur. Il pourra vous donner des informations complémentaires concernant les traitements possibles. S'il estime qu'un lien avec l'étude est possible (l'assurance ne couvrant pas l'évolution naturelle de votre maladie ni les effets secondaires connus de votre traitement habituel), il se chargera d'informer le promoteur de l'étude qui se chargera d'initier la procédure de déclaration à l'assurance. Celle-ci nommera - si elle l'estime nécessaire - un expert pour juger du lien entre vos nouveaux problèmes de santé et l'étude.

En cas de désaccord soit avec l'investigateur, soit avec l'expert nommé par la compagnie d'assurances ainsi que chaque fois que vous l'estimeriez utile, vous ou vos ayants droit (votre famille) pouvez assigner l'assureur directement en Belgique.