LIÈGE université Library

https://lib.uliege.be

https://matheo.uliege.be

Mémoire, y compris stage professionnalisant[BR]- Séminaires méthodologiques intégratifs[BR]- Mémoire : "Comment les travailleurs sociaux du centre d¿accueil Fedasil de Theux se représentent-ils les besoins en santé des demandeurs de protection internationale ?"

Auteur : Noël, Olivia
Promoteur(s) : Von Frenckell, Marianne; 12820
Faculté : Faculté de Médecine
Diplôme : Master en sciences de la santé publique, à finalité spécialisée en promotion de la santé
Année académique : 2020-2021
URI/URL : http://hdl.handle.net/2268.2/12409

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.

LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

COMMENT LES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU CENTRE D'ACCUEIL FEDASIL DE THEUX SE REPRÉSENTENT-ILS LES BESOINS EN SANTÉ DES DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE ?

Mémoire présenté par **Olivia NOEL**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Promotion de la Santé

Année académique 2020-2021

LIÈGE université
Médecine
Sciences de la santé publique

COMMENT LES TRAVAILLEURS SOCIAUX DU CENTRE D'ACCUEIL FEDASIL DE THEUX SE REPRÉSENTENT-ILS LES BESOINS EN SANTÉ DES DEMANDEURS DE PROTECTION INTERNATIONALE ?

Mémoire présenté par **Olivia NOEL**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences de la Santé publique

Finalité spécialisée en Promotion de la Santé

Promotrices : (1) **Marianne Von Frenckell**

(2) **Dorine CLAES**

Année académique 2020-2021

Table des matières

1. Préambule 1
2. Introduction 2
Le phénomène migratoire … quelques chiffres 2
Qu'entend-on communément par « migrants » ? 3
Quels sont les devoirs et engagements de la Belgique envers les demandeurs de protection internationale ? 4
L'état de santé des DPI sur le terrain 4
Les besoins en santé des DPI et les obstacles à leur prise en charge 6
Que faire pour diminuer les inégalités sociales de santé et améliorer leur état de santé ? 9
Question de recherche 10
Objectifs de l'étude et hypothèses 11
3. Matériel et méthodes 12
3.1 Type d'étude et type de démarche de recherche 12
3.2 Caractéristiques de la population étudiée 13
3.3 Méthode d'échantillonnage et échantillon 13
3.4 Paramètres étudiés et outils de collecte des données 14
3.5 Organisation et planification de la collecte des données 15
3.6 Traitement des données et méthodes d'analyse 15
4. Résultats 16
4.1 Présentation de l'échantillon 16
4.2 Analyse thématique 18
5. Discussion et perspectives 30
5.1 Discussion des résultats 30
5.2 Analyse des biais et limites de l'étude 32
5.3 Dans une perspective de santé publique. 34
6. Conclusion 34

Acronyme

ASBL : Association sans but lucratif

CGRA : Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides

Ciré : Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Etrangers

CPAS : Centre Public d'Action Sociale

DPI : Demandeur de protection internationale

Fedasil : l'Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité

OIM : Organisation Internationale pour les Migrations (IOM en anglais)

SPF : Service Public Fédéral

Résumé

Contexte - Diverses études démontrent que les DPI présentent des besoins en santé complexes et spécifiques, certaines interrogent les DPI et d'autres les professionnels de santé qui les soignent. Les travailleurs sociaux qui les côtoient quotidiennement dans les centres d'accueil ne sont pas souvent interrogés par rapport à ce sujet. L'objectif général du travail est d'identifier les représentations des professionnels sociaux qui travaillent dans le centre d'accueil Fedasil de Theux concernant les besoins en santé des DPI. L'intérêt de cette recherche est de leur donner la parole et d'en retirer de nouveaux éléments en fonction de leurs expériences. Les hypothèses de recherche sont que les travailleurs sociaux connaissent une majorité des besoins en santé des DPI identifiés par la littérature et qu'ils amènent également de nouvelles perspectives.

Matériels et méthode - Une étude qualitative exploratoire a été réalisée auprès de 31 travailleurs sociaux du centre d'accueil Fedasil de Theux. Les entretiens se sont déroulés sous forme de groupe focalisé. Une analyse thématique des entretiens a ensuite été réalisée.

Résultats – Les hypothèses de recherche ont été validées. Les travailleurs sociaux ont mis en évidence les besoins de santé des DPI. Ils se sont également exprimés quant aux obstacles de santé que rencontrent les DPI et aux rôles qu'ils pensent avoir dans la prise en charge leur santé. Ils ont aussi discuté de leurs attentes et besoins concernant la santé des DPI.

Conclusions – Les travailleurs sociaux ont évoqué une grande partie des besoins de santé stipulés dans la littérature. Ils ont également amené de nouvelles perspectives (besoin d'écoute et de reconnaissance). Ils ont exprimé de nombreux obstacles en santé que rencontrent les DPI (barrières linguistiques et culturelles, discrimination, manque de psychologue et d'interprètes, etc.). Les travailleurs souhaitent que les soins de santé soient culturellement adaptés aux DPI. Ils ont également souligné la présence d'intermédiaires dans les soins de santé, ce qui pourrait diminuer leur autonomie et leur accessibilité aux soins. Ils pensent avoir des rôles à jouer dans la prise en charge de la santé des DPI, ils souhaiteraient qu'ils soient reconnus et avoir davantage d'outils et de formations à leur disposition.

Mots-clés - demandeurs de protection internationale – besoins en santé – travailleurs sociaux

Abstract

Background - Various studies show that asylum seekers have complex and specific health needs. Some of the studies question the asylum seeker and others the health professionals who treat them. The social workers are not often questioned on this subject. The general objective of the work is to identify the representations of social workers regarding the health needs of the asylum seekers. The interest of this research is to give them a voice and to draw new elements from it based on their experiences. The research hypotheses are that social workers know a majority of the asylum seekers's health needs identified by the literature and that they also bring new perspectives.

Methods - An exploratory qualitative study was carried out with 31 social workers at the Fedasil reception center in Theux. The interviews took place in the form of a focus group. A thematic analysis of the interviews was then carried out.

Results - The research hypotheses have been validated. Social workers highlighted the health needs of asylum seekers. They also spoke about the health barriers they face. They talk about their roles in the asylum seekers's health. They also discussed their expectations and needs regarding the health of the azylum seekers.

Conclusions - Social workers have referred to many of the health needs stated in the literature. They also brought new perspectives (need to be listened to and recognition). They expressed many health barriers faced by the asylum seekers (language and cultural barriers, discrimination, lack of psychologists and interpreters, etc.). Workers want health care to be culturally appropriate for them. They also underlined the presence of intermediaries in health care, which could reduce their autonomy and their accessibility to care. They believe they have roles to play in the health care of the asylum seekers. They want these roles to be recognized and they want to have more tools and training at their disposal.

Keywords - asylum seeker – health needs – social worker

1. Préambule

Le phénomène migratoire est de plus en plus important en Belgique. De nombreuses personnes migrantes se trouvent dans des centres d'accueil en attendant que leur demande de protection internationale soit examinée.

Depuis plus d'un an, je travaille comme infirmière spécialisée en santé communautaire dans le centre d'accueil Fedasil de Theux. Au quotidien, je soigne et j'écoute ces personnes aux récits de vie très riches et très difficiles à la fois. Grâce à ma pratique, j'ai pu me rendre compte de la diversité et de la complexité des besoins en santé des DPI. J'ai également été témoin des inégalités sociales de santé auxquels ils font face (refus de la part d'un médecin de les prendre en charge, difficultés de compréhension à cause des barrières de la langue, jugement et crainte de la part de la population belge, …). Les médias évoquent leur situation mais celle-ci est généralement relatée de façon péjorative et partielle. En vérité, leurs conditions de vie sont peu connues, ils sont soustraits au regard social. C'est pourquoi j'ai trouvé pertinent de réaliser une recherche de Santé Publique sur la thématique de leurs besoins en santé.

La thématique des besoins en santé des DPI est largement documentée. Cependant, les études interrogent majoritairement les DPI et le personnel de santé qui les soigne. Je n'ai pas trouvé de littérature donnant la parole aux travailleurs sociaux qui les accompagnent. Cette découverte m'a interpellée étant donné qu'ils les soutiennent au quotidien. En effet, dans les centres d'accueil belges, la norme est d'un infirmier pour 100 à 125 DPI. Le soutien des autres collaborateurs dans la prise en charge médicale est donc précieux. Des experts de santé publique rejoignent ma réflexion et souhaitent que les travailleurs sociaux des centres d'accueil soient davantage impliqués et reconnus.

Dans cette recherche, j'ai souhaité interroger les travailleurs sociaux sur leurs représentations des besoins en santé des DPI. Cette démarche de recherche est directement liée à la promotion à la santé. Il est primordial d'accompagner au mieux les DPI et de leur donner les clés pour qu'ils puissent améliorer leur état de santé et avoir un plus grand contrôle sur celui-ci. Pour arriver à cette fin, il est intéressant de réfléchir avec ceux qui les côtoient au jour le jour. Nous pouvons augmenter nos connaissances concernant leur santé en élargissant la recherche au secteur social. De plus, Fedasil étant une instance fédérale, les résultats peuvent être utiles au niveau politique, ce qui correspond tout à fait à une vision de santé publique.

2. Introduction

Le phénomène migratoire … quelques chiffres

Durant cette dernière décennie, nous avons pu observer que le phénomène migratoire est toujours élevé en Belgique, il a augmenté graduellement chaque année depuis 2012 à l'exception de 2016 et 2020 (cf. Annexe n°1). La crise migratoire de 2015 a entrainé une rapide augmentation des demandes de protection internationale puis un retour à la normale en 2016.

En 2020, 16 910 personnes étrangères ont introduit une demande de protection en Belgique. Ce nombre est bien inférieur à celui-ci de 2019 (27 742 personnes) et il s'explique en raison de la crise sanitaire due à la COVID-19. L'Office des Etrangers était fermé de mars à août 2020 rendant impossible l'enregistrement de nouvelles demandes (1).

Le Commissariat Général des Réfugiés et Apatrides s'attend d'ailleurs à une recrudescence du nombre de demandes de protection lorsque les mesures restrictives dues à la COVID-19 seront atténuées. De façon générale, le nombre de demandes de protection internationale augmente chaque année en Belgique. En 2021, le C.G.R.A conclu que de nombreux DPI ont encore besoin de protection en Belgique (1).

Si le taux de demande de protection internationale est en hausse, le taux de protection continue de baisser en Belgique (34,1% en 2020 *vs* 57.7% en 2016). Ceci est principalement dû à l'irrecevabilité des demandes. Elles sont immédiatement jugées irrecevables, sans être analysées, dans deux cas de figure :

- Les DPI introduisent une deuxième demande de protection alors que leur première a déjà été refusée (1).

- Les DPI ont introduit, avant d'arriver en Belgique, une demande de protection dans un autre pays de l'espace Schengen. Selon la Convention de Dublin, un seul État membre de l'Union Européenne est responsable de la demande de protection. Le premier pays de l'Union Européenne traversé par le demandeur sera souvent jugé responsable de sa demande. La Belgique n'étant pas un des premiers pays frontaliers des pays d'origine des migrants, elle n'est que rarement le premier territoire franchi par les demandeurs de protection internationale (2).

Qu'entend-on communément par « migrants » ?

Dans l'intention de faciliter la compréhension du lecteur, il est important de différencier les catégories au sein des personnes migrantes. Tout d'abord, le terme « **migrant** » englobe de façon générale toutes les personnes qui migrent (ou qui ont migré dans le passé), peu importe leur statut ou leur raison de départ. Ils peuvent migrer pour des raisons humanitaires, familiales, économiques, etc. Un migrant n'est pas forcément un demandeur d'asile ou un réfugié (3).

Le terme « **demandeur d'asile** » désigne « *l'étranger qui a introduit une demande d'asile, ayant pour objectif soit la reconnaissance du statut de réfugié, soit l'octroi du statut de protection subsidiaire*. » (4)(p.7). Il s'agit donc d'un migrant qui craint pour sa vie dans son pays et demande l'asile à la Belgique.

Un « **réfugié** » est une personne qui satisfait les critères de la convention de Genève de 1951. Celle-ci stipule que le réfugié a fui son pays "*craignant avec raison d'être persécuté du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays*" (3)(p.70). Il s'agit donc d'un demandeur d'asile qui a obtenu le statut de réfugié. Ce statut ne sera pas accordé à des personnes ayant migrés pour des raisons économiques

Certaines personnes qui se voient refuser le statut de réfugié peuvent malgré tout obtenir le statut de protection subsidiaire. La « **protection subsidiaire** » est *« un statut octroyé aux personnes qui n'obtiennent pas le statut de réfugié mais à l'égard desquelles il y a de sérieux motifs de croire que, si elles étaient renvoyées dans leur pays d'origine, elles encourraient un risque réel de subir des atteintes graves (comme la peine de mort, la torture ou la violence aveugle dans le cadre d'un conflit armé)* »(5)(p.1). A nouveau, ce statut concerne les personnes qui courent un danger si elles retournaient dans leur pays.

Enfin, si le demandeur d'asile se voit opposer un refus, sa procédure d'asile est déboutée et il reçoit un ordre de quitter le territoire belge. S'il se soustrait à cet ordre, il rejoint ce qu'on appelle communément la communauté des « **sans-papiers** » (6).

En 2018, dans les textes de loi, le terme « demandeur d'asile » a été remplacé par le terme « demandeur de protection internationale ». Les deux termes sont encore couramment utilisés. (7).

Quels sont les devoirs et engagements de la Belgique envers les demandeurs de protection internationale ?

Au niveau national, la loi sur l'accueil des demandeurs d'asile promulguée en 2007 et modifiée en 2018 stipule que tout demandeur de protection a droit à « *un accueil devant lui permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine* »(4)(p.8). Il a également droit à l'aide matérielle pendant toute la durée de sa procédure. Celle-ci comprend l'hébergement, la nourriture, l'habillement, l'accompagnement médical/social/psychologique, l'octroi d'une allocation journalière, l'accès à l'aide juridique, l'accès aux services d'interprétariat, l'accès à des formations ainsi que l'accès au programme de retour volontaire (4)(7). Elle est dispensée par Fedasil mais elle peut être confiée à des centres d'accueil partenaires (Croix-Rouge, Ciré, Caritas, centres privés). En début de procédure, les DPI choisissent de se rendre dans un centre d'accueil ou de résider chez un proche. S'ils choisissent la structure collective, ils sont attribués à un centre d'accueil qui leur procure l'aide matérielle. Lorsqu'ils choisissent de vivre chez un proche, l'aide matérielle diffère en quelques points. Le deuxième cas de figure ne sera pas développé dans le cadre de ce mémoire étant donné qu'il est spécifique à un centre collectif d'accueil. La procédure de demande de protection internationale est détaillée en schéma dans l'annexe n°2.

La Belgique doit respecter ses engagements internationaux. En 2016, elle a, avec les États membres des Nations unies, adopté à l'unanimité la « Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants ». Par cette déclaration les États se sont engagés à protéger les droits humains de tous les réfugiés et migrants, peu importe leur statut. Ils doivent défendre spécifiquement les publics vulnérables (les femmes enceintes, les mineurs accompagnés ou non, les personnes âgées, les personnes handicapées, les membres de minorités ethniques ou religieuses, les personnes victimes de violence, de torture ou de traite d'êtres humains)(8). La Belgique a donc des devoirs envers la santé des personnes migrantes (4).

L'état de santé des DPI sur le terrain

En pratique, la politique de soins de santé en Belgique envers les DPI n'est pas conforme aux engagements précités. En 2019, les membres du centre de recherche du KCE ont mené une enquête et ont publié un rapport sur l'accessibilité des soins de santé des DPI. Les parties prenantes consultées dépendent de différentes instances en Belgique (Fedasil, Croix-Rouge, Médecins Sans Frontières, Médecins Du Monde, SPF Santé Publique, membres universitaires,

INAMI, mutuelles, cabinets ministériels, ASBL, etc..). Il s'agit de travailleurs et coordinateurs médicaux de terrain mais également d'intervenants financiers et politiques (9).

D'après ce rapport, seuls les vaccinations et le dépistage de la tuberculose sont réalisés au centre d'arrivée « Le Petit Château » à Bruxelles alors que, selon les recommandations internationales, les DPI devraient bénéficier d'une évaluation médicale complète au début de leur procédure. Les personnes interrogées regrettent que les DPI ne bénéficient pas d'une analyse systématique et complète de leur santé (9). Le livre vert sur l'accessibilité des soins rajoute qu'en théorie, la loi d'accueil prévoit une analyse de la situation du DPI après 30 jours, ceci afin de juger si la structure d'accueil est adaptée à ses vulnérabilités. En pratique, cette prescription n'existe pas(10).

Les différents rapports évoquent qu'au sein du même type de structure d'accueil, par exemple les centres Fedasil, l'accès aux soins de santé n'est pas forcément le même. Celui-ci dépend du personnel soignant présent sur place, de sa disponibilité et de la configuration du centre (éloigné des hôpitaux, proche d'un arrêt de bus, ...)(9)(10).

Il existe également des disparités dans l'accessibilité des soins de santé en fonction du type de structures d'accueil en Belgique (centre fédéraux, centres partenaires tels que la Croix-Rouge ou Caritas, centres privés, Initiatives Locale d'Accueil gérées par les CPAS, …). D'abord, tous les centres d'accueil n'ont pas le même nombre d'infirmiers ni les mêmes moyens à disposition, ceci dépendant de la direction du centre et de la vulnérabilité des résidents. Ensuite, lorsque les DPI obtiennent un statut de réfugié, un logement social ou lorsque leur demande de protection est rejetée, ils doivent quitter le centre d'accueil. Ils dépendent alors financièrement d'autres instances (CPAS, mutuelles, ...) que Fedasil. Ces organismes comportent peu de personnel médical, ils sont alors principalement accompagnés par des assistants sociaux (10).

Concernant la continuité des soins, les logiciels médicaux diffèrent au sein des structures d'accueil (Windoc pour Fedasil, Adabase et dossiers papiers pour la Croix Rouge, dossier papier pour certains partenaires privés). Les CPAS et mutuelles n'ont pas accès au dossier médical informatisé. La transmission d'informations médicales repose alors sur un dossier papier donné en main propre au résident. Le transfert des informations entre collaborateurs et personnels médicaux se fait sous le couvert du secret médical (10). De façon générale, lors de transfert entre centres d'accueil ou lors d'une sortie du réseau, des informations capitales sur la santé du patient peuvent s'égarer, ce qui altère la prise en charge médicale. Il existe un manque de collaboration

et de communication entre les différentes instances belges (CPAS, Fedasil, Croix-Rouge, mutuelles, CPAS, INAMI, SAMU SOCIAL…)(9).

Des différences flagrantes d'accessibilité aux soins entre la population des DPI et celle du pays d'accueil sont également constatées, notamment concernant l'ophtalmologie, la santé mentale, les services de prévention et de promotion de la santé, les soins dentaires, … (9). Certains professionnels de santé vont même jusqu'à refuser de recevoir des personnes migrantes en consultation, s'appuyant sur l'argument de la méconnaissance des spécificités culturelles (11)(12). La continuité et la qualité des soins n'est pas optimale en Belgique et cela altère l'état de santé des demandeurs de protection internationale (9)(13)(14)(12).

Au niveau européen, les réglementations sanitaires applicables aux réfugiés varient d'un pays à l'autre. Il existe un manque d'intégration de l'offre de soins de santé en Europe, occasionnée par les différences entre les politiques de santé, l'organisation des systèmes de soins et des services sociaux (15). Les solutions de santé proposées aux migrants visent à répondre à des besoins d'urgence, ce qui conduit à des interventions chaotiques et fragmentées. Il serait nécessaire de procéder à des changements plus généraux dans les systèmes de soins de santé de l'Union Européenne (16). Afin d'améliorer la santé des personnes migrantes, il est primordial de développer des systèmes de santé plus inclusifs et de les aider à trouver leur place dans la société en tenant compte de tous les déterminants de santé(12)(13)(14).

Les besoins en santé des DPI et les obstacles à leur prise en charge

Contrairement aux idées reçues, les personnes migrantes ne migrent pas en premier lieu pour des raisons médicales. Elles sont, pour la plupart, au départ du périple en bonne santé. En effet, les personnes les plus vulnérables restent généralement au pays, le voyage étant trop éprouvant (11). Malgré cela, il est démontré que les DPI ont un moins bon état de santé que celui de la population du pays d'accueil, particulièrement concernant la santé sexuelle et reproductive, la santé mentale, la santé infantile et les maladies transmissibles (9)(10)(15)(16). Mais pourquoi ? Leur état de santé dégradé peut s'expliquer par plusieurs facteurs en pré et post-migration.

La santé mentale

Les problèmes de santé mentale concernent davantage les groupes qui font face à des inégalités socio-économiques importantes. Etant dans cette situation, les DPI présentent donc plus de risques de développer des problèmes psychologiques (14)(15)(17)(18)(19).

En effet, ils connaissent souvent des conditions de vies précaires (pauvreté, conflit) dans leur pays natal. Sur le chemin de l'exil, ils sont également confrontés à des évènements traumatisants tels que la torture, le viol, l'emprisonnement ou encore la traite d'êtres humains. A cela s'ajoute la perte de repères ou d'êtres chers (9)(15). Ils peuvent ressentir de la solitude, du chagrin pouvant aller jusqu'à la dépression ou à une décompensation psychologique. Les syndromes de stress post-traumatiques sont fréquents chez les DPI. Sans grande surprise, leur qualité de vie antérieure et le chemin de l'exil ont des conséquences sur leur santé mentale (18)(20).

Il existe également un manque de professionnels de santé mentale dans les centres (psychologues, psychiatres), ce qui ne facilite pas la détection de problèmes psychologiques et les soins adéquats (9). Selon Satinsky *et al*. (14), les programmes de santé mentale à disposition des DPI ne sont pas toujours adaptés et doivent être évalués et modifiés. Il est important de créer des services adaptés aux traumatismes des DPI et à leurs différences culturelles.

Les conditions d'accueil et l'accessibilité aux soins

Les conditions d'accueil détériorent également leur santé mentale. C'est ce qu'avance un rapport de Médecins du Monde en collaboration avec le Centre Primo Levi de Paris. Selon eux, le syndrome de stress post-traumatique et la dépression sont réactivés, aggravés, voire provoqués par les conditions d'accueil (21).

Le KCE estime qu'un séjour supérieur à 4 mois dans un centre d'accueil collectif entrave le bien-être des résidents (apparition de manque de sommeil, d'anxiété, de dépression) (9). Selon André *et al.*(11), le temps passé dans les centres devrait donc être le plus limité possible ; or, les procédures administratives sont longues et complexes. Elles laissent le résident dans une précarité sociale, juridique et administrative. Vivre dans l'incertitude quant à leur demande d'asile et manquer de structure dans leur vie amène de l'anxiété qui elle-même se répercute sur la santé physique (10)(22). Les obstacles d'accès aux soins de santé (notamment juridiques, communicationnels, bureaucratiques et culturels) empêchent également une gestion appropriée de leurs problèmes de santé (15).

Les barrières linguistiques et culturelles

Les barrières linguistiques et culturelles amènent également d'autres difficultés en matière de santé (13)(17)(19)(23)(24). Par exemple, il est compliqué pour eux d'expliquer leurs symptômes,

de comprendre la médication et sa posologie étant donné qu'ils ne parlent généralement pas la langue du pays d'accueil (9). D'autres études évoquent également la discrimination ressentie par les réfugiés en raison de la langue, de l'accent ou de la race (19).

De plus, leurs représentations culturelles peuvent être différentes de celles de la population du pays d'accueil. Dans certaines croyances, le non-respect de rites ou de règles sociales peut entraîner des maladies. Certains préfèrent utiliser les traitements de leur pays (par exemple un breuvage aux plantes) et il peut s'avérer compliqué de les soigner avec une médication plus européanisée. Pour améliorer la qualité de la prise en charge, des soins de santé adaptés à leurs cultures seraient donc nécessaires (19).

Face à toutes ces différences culturelles et linguistiques, certains professionnels de terrain se disent inaptes à interpréter certains comportements ou à identifier des problématiques complexes (problèmes psychologiques, violences, traite des êtres humains) (9). Il est fréquent que les professionnels de santé se trompent de diagnostic ou ne comprennent pas leur demande. Par conséquent, il est compliqué pour ce public de se faire comprendre et d'autant plus de s'y retrouver dans le système de soins belge (25)(26).

Pour faciliter la compréhension entre les soignants et les DPI, des experts en santé publique et un rapport de Médecins du Monde rappellent l'importance des médiateurs interculturels et des interprètes dans les soins de santé. Ceux-ci contribuent à la diminution des barrières linguistiques et culturelles. Cependant, ils sont en nombre insuffisant et se déplacent peu dans les centres d'accueil(11)(21).

Il est également nécessaire de former les professionnels de la santé aux soins en milieu multiculturel, ceci afin de pouvoir dépasser ces barrières. La compréhension de leurs représentations culturelles est primordiale pour répondre adéquatement à leurs besoins(13). Médecins du monde et le centre Primo Levi (21) évoquent également la nécessité de développer des formations culturelles pour les professionnels travaillant aux côtés des migrants.

Le niveau de littératie en santé

Plusieurs études évoquent l'association entre le niveau de littératie en santé et l'état de santé des réfugiés. Des migrants, ayant un niveau faible de littératie en santé, ont déclaré être en mauvaise santé et avoir un bien-être altéré allant jusqu'à s'abstenir de se faire soigner, ne

comprenant pas les informations de santé reçues. Plus le niveau de littératie en santé du réfugié est faible, moins son état de santé sera bon (20).

Une autre étude réalisée auprès d'intervenants de la santé en Malaisie décrit le faible niveau de littératie de santé comme un obstacle principal à l'accès aux soins de santé entraînant des disparités en matière de santé. Les chercheurs recommandent une amélioration de la littératie en santé des DPI afin qu'ils puissent s'y retrouver plus facilement dans les systèmes de santé et, par conséquent, améliorer leur état de santé (12).

Les maladies infectieuses et transmissibles

Pavli et Maltezou (15) attestent que les migrants sont plus vulnérables à cause des maladies infectieuses présentes dans leur pays. Ils observent notamment des infections respiratoires, gastro-intestinales et dermatologiques. Il est primordial d'éviter le développement de certaines pathologies grâce à la vaccination dans le pays d'accueil. Selon le Livre Vert sur l'accessibilité des soins de santé, les DPI présentent 20x plus de risque de développer la tuberculose que la population belge. Le dépistage est donc systématique à leur arrivée en Belgique (10).

Pour résumer, la santé des migrants est influencée par tous les déterminants de la santé (les comportements individuels, l'accès aux services de santé mais également des facteurs sociaux, politiques et économiques). Les inégalités sociales de santé qu'ils subissent détériorent leur état de santé et les exposent à plus de risques en santé. Malgré l'identification de nombreuses barrières en santé à travers différents rapports, celles-ci subsistent et leurs besoins en santé ne sont pas satisfaits (24).

En conclusion, les besoins en santé des DPI sont complexes et certains sont spécifiques. Ils diffèrent en beaucoup de points des besoins en santé de la population d'accueil (12)(23).

Que faire pour diminuer les inégalités sociales de santé et améliorer leur état de santé ?

De nombreux auteurs évoquent la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, transversale et solidaire afin d'apporter des réponses à leurs besoins de santé complexes (10). Des experts en santé publique recommandent d'élargir le terme « professions de santé » pour y intégrer les travailleurs sociaux, administratifs et bénévoles des centres d'accueil (11)(15)(21).

Pourquoi doit-on élargir le terme « profession de santé » ? Les interactions entre les professionnels de santé et les DPI sont très restreints, la norme des centres d'accueil étant de 1 infirmier pour 100 à 125 DPI. Les infirmiers du centre d'accueil peuvent se sentir débordés face au nombre élevé de résidents. Ils se sentent souvent isolés et livrés à eux-mêmes (10). Quant au personnel médical hospitalier, il manque généralement de formation concernant les soins en milieu multiculturel et de temps, ce qui complique la prise en charge médicale. Face à cette réalité de terrain, les structures médico-sociales et les travailleurs sociaux apportent un suivi et un soutien majeur dans le parcours des migrants (10)(11). Il est capital d'insister sur l'importance de tous les différents intervenants travaillant au contact des DPI et pas uniquement celle des professionnels médicaux et paramédicaux. Tous les professionnels ont un rôle à jouer concernant leur santé (11).

Question de recherche

Le nombre de personnes migrantes ne cesse d'augmenter en Belgique. Au niveau international, la Belgique s'est engagée à protéger les droits humains de tous les migrants. Malheureusement, sur le terrain, de nombreux manquements subsistent. Les besoins de santé des DPI sont complexes et la littérature nous apprend que toute une série ne sont pas satisfaits. Ils font face à de nombreux obstacles, ce qui impacte leur santé au quotidien.

La littérature a souligné l'importance du rôle des travailleurs sociaux dans la prise en charge de la santé des DPI, ceux-ci étant des alliés pour les travailleurs médicaux. Un certain nombre d'études ont déjà été réalisées sur les besoins en santé des DPI, certaines interrogent les professionnels de santé et d'autres directement le public concerné. Cependant, peu d'études ont été effectuées auprès des professionnels sociaux travaillant au contact de cette population. Or, ce sont ces mêmes personnes qui partagent leur quotidien. Ce public peu consulté pourrait amener de nouveaux éléments pour améliorer la prise en charge de la santé des DPI.

Il semblait pertinent de donner la parole aux travailleurs sociaux et de les interroger quant à leurs représentations des besoins en santé des DPI. Il était important d'identifier les représentations qu'ont les travailleurs sociaux de la santé des DPI car celles-ci ont un impact direct sur leurs pratiques et modes d'intervention dans la prise en charge de la santé des DPI.

Cette réflexion a amené la question de recherche suivante : « Comment les travailleurs sociaux du centre d'accueil Fedasil de Theux se représentent-ils les besoins en santé des demandeurs de protection internationale ? »

Objectifs de l'étude et hypothèses

Objectif principal

- Identifier les représentations des travailleurs sociaux du centre Fedasil de Theux concernant les besoins de santé des demandeurs de protection internationale.

Objectifs secondaires

- Identifier les représentations qu'ont les travailleurs sociaux du centre Fedasil de Theux par rapport aux obstacles de santé que rencontrent les demandeurs de protection internationale.

- Découvrir le(s) rôle(s) que pensent avoir les travailleurs sociaux du centre Fedasil de Theux par rapport à la santé des demandeurs de protection internationale.

- Découvrir les attentes et besoins des travailleurs sociaux du centre Fedasil de Theux par rapport à leur rôle dans la prise en charge de la santé des demandeurs de protection internationale.

Les hypothèses de cette étude sont les suivantes :

- Les travailleurs sociaux du centre Fedasil de Theux connaissent suffisamment la santé des demandeurs de protection internationale, des éléments qu'ils évoquent rejoignent la littérature scientifique.

- Les représentations des besoins de santé des demandeurs de protection internationale par les travailleurs sociaux du centre Fedasil de Theux mettent en lumière des éléments innovants pas ou peu évoquées dans la littérature scientifique.

3. Matériel et méthodes

3.1 Type d'étude et type de démarche de recherche

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire, basée sur les expériences et le vécu de chaque participant. Elle visait à mettre en évidence la façon dont les travailleurs sociaux du centre Fedasil de Theux perçoivent leurs propres expériences à l'intérieur d'un contexte social particulier (27).

Ma position en tant que chercheure était celle d'une observation participante. En travaillant dans mon milieu de recherche, j'ai pu m'imprégner plus facilement du contexte et j'ai observé les participants sur le long terme (27). Si cette position présente certains avantages, je suis consciente des biais qu'elle peut amener ; ils seront discutés par la suite.

L'étude a suivi un raisonnement à la fois déductif et inductif. Déductif car des thèmes relatifs à la santé des DPI ont déjà été mis en évidence dans la littérature. J'ai évité de les exposer aux participants afin de ne pas biaiser leurs opinions et les questions du guide d'entretien se sont voulues expressément vagues. L'étude était également inductive car elle a concerné un public peu questionné dans la littérature. J'ai donc veillé à rester ouverte à l'émergence d'autres thèmes.

L'étude a porté spécifiquement sur la population de travailleurs sociaux du centre d'accueil Fedasil de Theux. Comme souligné dans l'introduction, il existe des différences au sein des structures d'accueil. Le centre de Theux est situé dans un camping, il est composé de familles et de personnes isolées. Les DPI vivent dans des bungalows de 4 à 6 personnes, ils ont leur propre cuisine et leur salle de bains. Chaque semaine, ils reçoivent de l'argent, peuvent aller faire des courses et se cuisinent les plats dont ils ont envie. Il y a 81 enfants sur 238 résidents. L'ambiance y est généralement calme et familiale. Ces caractéristiques sont importantes car elles diffèrent en de nombreux points de la plupart des centres d'accueil. Souvent, les DPI sont logés dans des grands bâtiments où ils doivent partager des dortoirs et des espaces communs (toilettes, douches). Il est fréquent qu'ils n'aient pas la possibilité de cuisiner, devant se rendre dans un réfectoire commun. Il n'y a guère de problèmes de discipline au sein du centre de Theux comparé à d'autres, ceci peut être expliqué par l'intimité dont jouissent les DPI, la possibilité de choisir leur nourriture et la composition du centre (beaucoup de familles et moins de personnes isolées).

De par ses caractéristiques, l'étude réalisée au centre Fedasil de Theux est donc spécifique à celui-ci. Les résultats ne pourront pas être généralisés à d'autres centres, les conditions de vie

n'étant pas les mêmes. Je souhaitais réaliser une étude en profondeur des représentations des participants.

Si la saturation des données n'était pas atteinte, cette étude aurait pu être agrandie à d'autres centres Fedasil de la région liégeoise. Cependant, cette idée fût oubliée au vu du contexte de la crise sanitaire et de la difficulté de rencontrer des travailleurs d'autres centres en présentiel.

3.2 Caractéristiques de la population étudiée

Il s'agit des travailleurs sociaux, au sens large, du centre d'accueil Fedasil de Theux. La population comprend tous les travailleurs qui ont des contacts quotidiens et prolongés avec les DPI, peu importe leur formation de base et leur fonction au centre. Les directeurs ont également été interrogés, il était intéressant d'obtenir leurs représentations et de pouvoir les mettre en relation avec celles de travailleurs sociaux.

Critère d'inclusion pour les professionnels

- Travailler à temps plein afin de connaitre suffisamment le public cible.
- Travailler dans le centre depuis au minimum deux mois afin d'en connaître le fonctionnement.
- Faire partie des travailleurs sociaux de terrain (assistants sociaux, polyvalents, accompagnateurs de vie quotidienne, agents techniques, agents logistiques, responsable coordination des résidents, responsable communication) ou de la direction.

Critère d'exclusion pour les professionnels

- Le travail à temps partiel.
- Le personnel ne travaillant pas dans le centre depuis au minimum deux mois.
- Les travailleurs administratifs (RH, comptabilité).

3.3 Méthode d'échantillonnage et échantillon

La méthode d'échantillonnage est non probabiliste volontaire. Au total, 31 travailleurs de terrain ont été interrogés sur 36 candidats potentiels. L'échantillon est le plus représentatif possible, il se compose de tous les corps de métiers présents dans le centre d'accueil de Theux (voir le point

4.1 « Présentation de l'échantillon »). En effet, il est intéressant de maximiser la diversité des profils d'intérêts en fonction de l'objet de la recherche.

3.4 Paramètres étudiés et outils de collecte des données

Les paramètres étudiés sont répartis en 4 grands axes : les représentations des travailleurs sociaux concernant les besoins de santé des DPI ; les représentations des travailleurs concernant les obstacles de santé des DPI ; les représentations des travailleurs concernant leur rôle par rapport à la santé des DPI ; les attentes et besoins des travailleurs concernant la santé des DPI.

Les données ont été récoltées grâce à des groupes focalisés. J'ai choisi cette méthode pour plusieurs raisons. D'abord, je souhaitais stimuler la discussion et permettre l'émergence des points de vue au travers d'un débat (28). Je voulais que les répondants se questionnent en groupe et puissent partager leurs opinions aussi diverses soient-elles, ce qui n'aurait pas été possible en entretien individuel.

Aussi, le groupe focalisé me permettait d'obtenir beaucoup d'informations riches dans un laps de temps très court avec un échantillon de personnes interrogées plus important que lors d'entretiens individuels (29).

Ensuite, je souhaitais que toutes les personnes intéressées, même les plus réservées, participent à mon étude pour maximiser la diversité des points de vue. Les personnes interrogées se connaissent et travaillent ensemble ce qui a renforcé la cohésion. Grâce à l'effet de groupe, la plupart des travailleurs ont répondus présents. Je pense qu'il aurait été plus difficile de les convaincre de participer à des entretiens individuels.

Les groupes focalisés ont suivi un guide d'entretien établi en fonction des paramètres précités (cf. Annexe n°3). Celui-ci a été ajusté au fur et à mesure, afin de savoir si les points de vue des travailleurs se rejoignent ou au contraire s'éloignent. Lorsque des nouveaux thèmes sont apparus, ceux-ci ont été ajoutés aux prochains groupes focalisés (par exemple : la responsabilité et l'autonomie des DPI ; le besoin de formation des travailleurs).

Un questionnaire sociodémographique a été également distribué aux participants afin de coupler les données à leurs témoignages (cf. Annexe n°4). De façon à déceler des convergences ou divergences de discours en fonction de la profession des participants, l'influence d'une expérience préalable avec les DPI sur les éléments apportés.

3.5 Organisation et planification de la collecte des données

Une demande officielle a été réalisée auprès de la direction du centre de Theux. Ensuite, un dossier (cf. Annexe n°5) reprenant les buts de l'étude ainsi que sa description a été transmis au siège de Fedasil. Ses responsables ont accepté très rapidement le projet, soulignant l'intérêt de la recherche. En parallèle, une demande d'avis éthique au collège des enseignants du Master en Sciences de la Santé Publique a été adressée (cf. Annexe n°6). Le collège des enseignants a également répondu favorablement à la recherche (cf. Annexe n°7).

Une fois ces accords obtenus, en février 2021, les travailleurs ont été contactés via un email collectif puis de façon orale individuelle afin d'expliquer l'objectif de la recherche.

Au total, 6 groupes focalisés de 4 à 6 participants, d'une durée de 45 minutes à 1h15, ont été réalisés durant le mois de mars 2021. Ils se sont déroulés à des jours différents de la semaine pour que chacun puisse y participer. Afin d'éviter un biais de hiérarchie, le coordinateur de chaque service n'était pas dans le même groupe que les membres de son équipe. Le chercheur, animateur des groupes focalisés, n'était pas le supérieur hiérarchique des travailleurs interrogés.

Les groupes focalisés se sont déroulés en présentiel dans le centre Fedasil de Theux. Des tables et des bancs étaient disposés en cercle de façon à ce que les participants puissent se voir et que les échanges soient favorisés. Les questions du guide d'entretien étaient diffusées sur le mur via un projecteur afin de faciliter la compréhension des participants.

Les travailleurs ont reçu un formulaire d'information et de consentement, notamment pour l'enregistrement audio des entretiens. Ils ont également complété le questionnaire sociodémographique. Ma co-promotrice du mémoire, a tenu le rôle d'observatrice pendant tous ces entretiens.

3.6 Traitement des données et méthodes d'analyse

Les 6 discussions des groupes focalisés ont été enregistrées sur bande audio et retranscrites en verbatim via le logiciel Word. La forme du discours a été respectée. Les retranscriptions ont été complétées du discours non verbal (hésitation, rires, …) grâce aux observations de ma co-promotrice. Les données ont ensuite été anonymisées. Chaque travailleur s'est vu attribué un chiffre, leurs noms et prénoms ne sont pas stipulés dans ce mémoire.

J'ai d'abord réalisé une lecture verticale de chaque retranscription afin de m'imprégner des entretiens. Ensuite, via le logiciel Atlas.ti, j'ai réalisé une lecture horizontale et j'ai commencé la codification de chaque retranscription (30). Dans chaque retranscription, j'ai extrait manuellement des verbatims que j'ai liés au fur et à mesure à des thèmes. Une fois les 6 retranscriptions codées, j'ai vérifié dans chaque thème si les verbatims liés y correspondaient bien et s'il y avait une cohérence entre eux. J'ai alors réalisé quelques changements : j'ai réaffecté des verbatims à d'autres thèmes et j'ai modifié les noms de certains thèmes en fonction des verbatims liés. Une fois les thèmes classés et validés, je les ai regroupés en 4 grandes catégories.

Au total, j'ai mis en évidence 4 grandes catégories composées de 28 thèmes. Le code book est disponible dans l'annexe n°8. J'ai mis en relief les différents thèmes via un schéma afin de faciliter la compréhension en un coup d'œil (cf. 4.2 Analyse des résultats). J'ai également relevé la fréquence d'apparition des thèmes pour rédiger l'analyse en fonction de l'importance accordée par les travailleurs.

Durant l'analyse, j'ai porté une attention particulière au risque de « tordre le discours ». C'est une erreur fréquente où le chercheur tente de rattacher le discours « hors cadre » des entretiens à ses hypothèses de départ, ce qui en change le sens (30). Pour éviter cela, ma co-promotrice a relu tous mes entretiens ainsi que mon analyse et elle y a été particulièrement attentive.

4. Résultats

4.1 Présentation de l'échantillon

Le groupe est hétérogène et les profils interrogés sont variés. Les travailleurs ont entre 21 et 55 ans. La composition est de 18 femmes et 13 hommes. Toutes les fonctions présentes au sein du centre d'accueil de Theux sont représentées. L'échantillon comporte 5 assistants sociaux, 4 responsables des activités quotidiennes (éducateurs), 2 responsables de la logistique, 2 responsables de la technique, 1 coordinateur accueil, 11 collaborateurs polyvalents, 1 responsable communication, 1 responsable de la coordination des résidents et 4 directeurs.

Au sein d'une même fonction, nous pouvons constater que les qualifications et diplômes diffèrent. Au total, 6 personnes ont obtenu leurs CESS et ont réalisé une formation professionnalisante, 17 ont un bachelier et 8 un master. Comme stipulé dans la partie méthodologique, tous les travailleurs interrogés travaillaient au moins depuis 2 mois dans le

centre de Theux lors du focus group ; 17 des personnes interrogées ont eu une expérience professionnelle avec les migrants dans le passé.

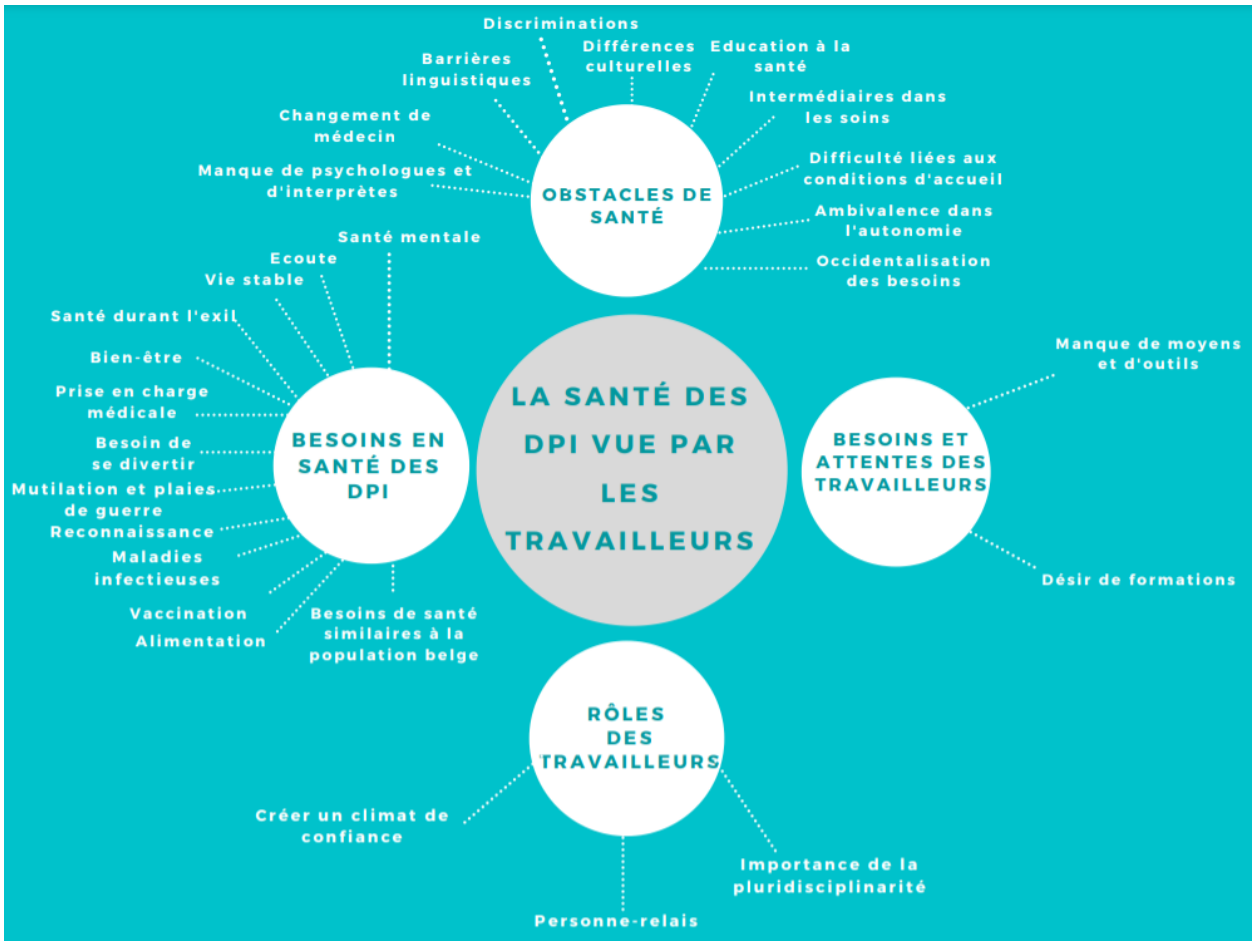
Les données sociodémographiques récoltées sont présentées sous forme de tableau.

	Formation initiale	**Fonction dans le centre**	**Expérience antérieure avec des migrants**
1	Gestion de commerce	Assistant polyvalent	Non
2	Master en population et développement	Assistant polyvalent	Oui
3	Institutrice maternelle	Assistante polyvalente	Oui
4	Master en éducation permanente et animation socioculturelle	Assistante polyvalente	Oui
5	Educatrice spécialisée en accompagnement psychoéducatif	Assistante polyvalente	Non
6	CESS paramédical	Assistant polyvalent	Non
7	Assistante sociale	Assistant polyvalent	Oui
8	CESS paramédical	Assistant polyvalent	Oui
9	Bachelier sociologie et linguistique	Assistant polyvalent	Non
10	Bachelier en commerce extérieur	Assistant polyvalent	Oui
11	Bachelier en tourisme	Assistant polyvalent	Oui
12	Bachelier en sciences humaines et sociales	Coordinateur du service accueil	Non
13	Assistante sociale	Assistante sociale	Non
14	Assistante sociale	Assistante sociale	Oui
15	Assistante sociale	Assistante sociale	Oui
16	Assistante sociale	Assistante sociale	Oui
17	Assistante sociale	Assistante sociale	Oui
18	Enseignant secondaire	Accompagnateur social	Non
19	Professeur éducation physique	Accompagnateur social	Non
20	Enseignante secondaire	Accompagnateur social	Oui
21	Officier à l'armée belge	Accompagnateur social	Non
22	Master en communication (anthropologie)	Responsable contact externes (communication)	Oui
23	Chauffagiste	Assistant technique	Non
24	Ouvrier technique	Assistant technique	Non
25	Master en éducation permanente et animation socioculturelle	Assistant logistique	Oui
26	Assistante logistique	Assistante logistique	Non
27	Graduat en stylisme/modélisme	Coordinatrice des résidents	Non
28	Master en psychologie	Directrice adjointe	Non
29	Juriste	Directeur adjoint	Oui
30	Juriste	Ancien directeur adjoint	Oui
31	Criminologue	Ancien directeur	Oui

4.2 Analyse thématique

Une analyse thématique des différents groupes focalisés a été réalisée. Au total, 4 grandes catégories composées de 28 thèmes sont ressorties des entretiens groupés. Ils sont présentés sous forme de schéma et sont développés dans le texte ci-dessous.

La santé des DPI vue par les travailleurs en schéma



Représentations des travailleurs concernant les besoins en santé des DPI

Dans la littérature, il n'existe pas de véritable consensus concernant définition d'un besoin en santé. Les définitions varient, se limitant pour certains aux besoins de soins, incluant pour d'autres les différentes composantes (physiologiques, psychologiques, sociales …) d'un état de santé. Pour préciser l'analyse, il semblait donc important de comprendre ce que les travailleurs sociaux entendaient par un « besoin en santé ».

Connaissant l'objet de la recherche, les participants se focalisaient d'entrée sur les besoins de santé des DPI. Notre première question se voulait expressément plus large, reprenant les besoins

de santé en général et non ciblés sur une population. Après recadrage sur l'acceptation plus générale du terme, 2 thèmes sont apparus :

D'une part, le **besoin de prise en charge médicale** : « *Les gens qui ont des problèmes de santé* », *« Une réponse à nos douleurs et notre mal être* », *« On a besoin d'avoir accès si on a un problème : à un dentiste, à un hôpital. »,* « *Prise en charge pour moi chez les différents médecins, différents spécialistes, que ce soit psychologues, médecins ou médecins spécialisés, c'est déjà une première chose. Les médicaments aussi peut-être.* »

D'autre part, tout ce qui peut assurer un certain « **bien-être** » : « *Des besoins vitaux pour qu'une personne se sente bien dans sa peau à tous les niveaux* », « *C'est la nécessité d'être en bonne santé* », « *Quelque chose dont elle aurait besoin pour se sentir bien »,* « *Quand tu te sens bien physiquement et mentalement.* »

Lorsque nous avons ciblé la question sur les besoins en santé des DPI, de nombreux thèmes ont été mis en avant. Les travailleurs estiment que les DPI ont des **besoins de santé similaires aux nôtres**. Ils ont besoin de consulter des professionnels médicaux (généraliste, gynécologue, pédiatre, dentiste), d'avoir accès à un logement, d'avoir des rentrées d'argent, d'un soutien moral, de soins d'hygiène, d'être en sécurité et d'appartenir à un groupe à l'instar de la population belge. Les professionnels pensent que les DPI ont aussi des **besoins de santé spécifiques** tels que la mutilation génitale féminine et les plaies de guerres et cicatrices. Ils ont spécifié l'importance de contrôler l'apparition de maladies infectieuses telle que la tuberculose et la nécessité d'une remise à niveau de la vaccination à leur arrivée en Belgique. A l'inverse de la littérature, les travailleurs n'ont pas évoqué la santé sexuelle et reproductive.

Un des premiers besoins de santé évoqué quasi unanimement par les travailleurs est celui d'**écoute et de compréhension**, il est apparu 29 fois durant les entretiens. Montrer une oreille attentive et faire part d'une grande compréhension par rapport à leur parcours est primordial dans la prise en charge de leur santé. *« Je crois que tous les demandeurs d'asile qui arrivent ici, un des premiers besoins qu'ils ont, c'est psychologiquement de pouvoir être écoutés, entendus et compris. »*, *« Ce sont des gens qui vivent des souffrances énormes alors, quand ils arrivent dans un pays d'accueil comme celui-ci, ils ont besoin d'être écoutés. Ils ont besoin d'être soutenus puisqu'ils doivent se vider, ils doivent parler de tout ce qu'ils ont vécu dans leur pays. »*

Par ailleurs, la **santé mentale** leur semble être également un point très important, ils l'ont cité 45 fois. Selon eux, leur santé mentale est fragilisée notamment à cause de leurs parcours et des traumatismes qu'ils ont vécus durant l'exil. Ils évoquent la nécessité d'un suivi psychologique accru pour les DPI. *« Ces gens, qui ont quitté leur pays clandestinement, avec des fausses identités pour ne pas se faire repérer à la frontière. L'exil, tout simplement, le parcours qu'on va emprunter, les mers. Vous voyez déjà cette souffrance-là, le fait d'avoir laissé ses parents, sa famille, son boulot, tout ça tout simplement parce qu'il y a une injustice dans ce pays qui s'est installée. Ils doivent payer les passeurs, ils sont dépouillés, ils sont démunis »*

Les travailleurs évoquent également **l'impact du contexte et de l'histoire de vie** sur les besoins de santé des DPI : *« Les besoins sont les mêmes dans tous les pays. C'est à dire que nous cherchons tous à ce que le bien être soit réparé mais maintenant les causes qui ont occasionné ça sont différentes des pays occidentaux et des pays du tiers monde. Par exemple, dans le tiers monde, la souffrance, ce sont les guerres, les injustices, les mutilations génitales, la précarité aggravée, la misère, la faim, la famine. Tandis que, dans les pays dits développés, les tentatives de suicide, la perte de revenus. Donc voilà, il y a de la souffrance aussi ici, les divorces, la séparation. Ici, vous avez d'autres causes qui occasionnent des besoins mentaux. »*

Les travailleurs évoquent les difficultés psychologiques résultant du chemin de l'exil mais également celles dues aux **conditions d'accueil**. L'attente d'une réponse quant à leur procédure altère leur santé psychologique. A 16 reprises, les travailleurs ont évoqué la souffrance des DPI causée par leur situation de vie instable, ce qui les empêche de se projeter. Il en résulte des conséquences directes sur leur santé mentale et physique. Les travailleurs estiment que l'état psychologique du résident influence sa santé physique durant sa procédure. Selon eux, certains résidents somatisent davantage car ils n'ont pas d'emprise sur leur futur.

« On voit ici les résidents qui arrivent plus ou moins vaillants, plus ou moins sur pied avec leur tête et au fur et à mesure de la procédure qui s'allonge et négatif, peut-être un recours, peut-être tchic et tchac, bah la santé mentale, elle prend un gros, gros, gros, gros coup. Et voilà, il y a beaucoup de personnes qui sont arrivées plus ou moins correctes mais qui ne sont plus, ce jour-là, même en ayant le statut de réfugié, par exemple. », *« La mauvaise santé du père, qui est sans doute induite, presque sûr et certain, par justement sa procédure. C'est long, c'est difficile. Il voit des gens partir, il voit des gens qui ont des négatifs, il voit des gens qui ont des positifs. Ils n'arrivent pas à comprendre, comme nous. Et voilà, c'est clair que ça amène beaucoup de problèmes. »*, *« Bah*

ouais, ton état psychologique a forcément, même pour nous, on somatise quoi. Ça a des répercussions sur ton état de santé physique, comme des ulcères ou des problèmes digestifs, des problèmes de tachycardie, des malaises, des angoisses. »

Afin d'améliorer leur qualité de vie, les travailleurs mettent en place des activités. Selon eux, les DPI ont un grand **besoin de s'occuper et de se divertir** afin de penser à autre chose qu'à leur procédure. Ils ont évoqué ce besoin 18 fois. « *Pourquoi est-ce qu'il y a certains résidents qui cumulent les formations ? Parce que rester ici, dans le centre, ils deviennent fous », « Souvent, ils me disent "je m'ennuie mais je n'ai rien à faire et je deviens fou". Ils le disent concrètement, qu'ils ont besoin de s'occuper, de se divertir et ça se répercute sur leur santé mentale. »*

Les travailleurs ont souligné à 10 reprises le **besoin de reconnaissance et d'individualisation**. Ils insistent sur l'importance pour le DPI de d'être reconnu en tant qu'humain et non comme un numéro. Selon eux, la prise en charge doit être adaptée à chaque personne. Ils regrettent que les centres collectifs ne permettent pas une telle approche. *« Je pense aussi qu'ils ont énormément besoin de reconnaissance aussi, d'être reconnu en tant que personne, ne fut-ce que de dire bonjour en se regardant dans les yeux. »*, *« Mais qu'en plus de ça, il y a besoin de reconnaissance parce que, selon la raison pour laquelle ils sont ici, ils ne sont peut-être pas reconnus en tant qu'humain ou en tant que personne d'égal à égal. Souvent, la raison pour laquelle ils décident de partir justement. »*

Les travailleurs ont aussi été attentifs à l'**alimentation** et la possibilité qu'ont les DPI de cuisiner à Theux par rapport d'autres centres d'accueil. Ils estiment que choisir et cuisiner sa nourriture contribue grandement au maintien de leur santé et de leur bien-être. *« Après moi, qui ait fait mes stages dans un autre centre ou là, c'était un réfectoire, tout le monde mangeait la même chose. Ça posait vraiment beaucoup de problèmes et les gens étaient super mal par rapport à ça et ne mangeaient pas parce qu'ils trouvaient que ce n'était pas bon. », « Je pense que c'est mieux qu'ils cuisinent », « Je pense qu'il fait mieux vivre ici. L'ambiance camping, le fait qu'ils peuvent cuisiner chez eux, ça a aussi un impact dans la santé ».*

Certains travailleurs font référence à la pyramide des besoins de Maslow et à l'impossibilité pour les DPI de satisfaire tous leurs besoins de santé. Ils font face à des problématiques spécifiques (l'attente de l'avis du CGRA, avoir une rentrée d'argent suffisante, besoin de vivre en sécurité), ce qui les empêche de se concentrer sur d'autres besoins. Selon les travailleurs, ils ne prennent

pas suffisamment soin de leur santé étant donné qu'ils ont d'autres problèmes perçus comme plus importants. *« J'ai l'impression que la santé a très fort baissé dans leur priorité en fait, il y a tellement de choses importantes dans leur vie avant la santé qu'ils ne sont pas conscients de l'impact, ils l'occultent et vont d'abord régler d'autres problèmes notamment l'accueil en Belgique »*, *« Ils ont des besoins primaires "d'avoir un toit, pouvoir avoir chaud, pouvoir se nourrir, se faire plaisir, etc." Mais, pour la majorité, j'ai l'impression que tant qu'ils ne sont pas au clair par rapport à leur situation de demande d'asile, ils ne vont pas trop oser se projeter parce qu'ils savent très bien que du jour au lendemain, tout peut s'arrêter quoi. »*

De façon générale, les travailleurs ont connaissance des besoins en santé des DPI grâce à leurs expériences de terrain et non à travers les médias dont ils jugent le discours péjoratif. Tous les travailleurs ont observé des comportements de santé et en ont discuté avec les résidents. Peu importe leur fonction, tous disent avoir été le confident d'un DPI quant à leur santé. *« Nous, on est sensibilisés parce que, quand on est sur le terrain, parce qu'on travaille avec. Mais la population lambda n'a pas cette connaissance-là. Pas du tout. Ils vont avoir des aperçus de politiques qui sont prises. Quand on parle de demandeurs d'asile à l'extérieur d'un centre, les personnes elles voient le côté de politique et de gestion et de flux et de voilà. »*

Représentations des obstacles de santé que rencontrent les DPI

Les travailleurs ont pu mettre en évidence de nombreux obstacles dans la santé des DPI. Ils pensent que l'accessibilité aux soins des DPI est entravée par plusieurs facteurs.

Un des premiers obstacles en santé relevé par les travailleurs est la **barrière linguistique**. Ils constatent un manque de disponibilité des interprètes sur le terrain, ceux-ci n'étant pas libres pour des rendez-vous de dernière minute et ne se déplaçant pas dans les centres à cause de la crise sanitaire. Parfois, même lorsqu'un rendez-vous avec un interprète par téléphone est programmé, des médecins externes refusent d'y recourir, souhaitant uniquement un interprétariat en présentiel. Le résident ne peut alors pas expliquer au médecin la raison de sa venue, ce qui complique la prise en charge.

Pour les travailleurs, de façon générale, il est plus laborieux de comprendre un médecin spécialiste par rapport à un médecin de famille, le spécialiste utilisant un jargon médical compliqué. Selon eux, il est encore plus difficile pour DPI de communiquer avec un médecin spécialiste à cause de la barrière de la langue. *« La barrière de la langue aussi pour moi, je crois*

que c'est très, très, très compliqué et ça peut mettre énormément de tension sur place parce que vas-y, donne un traitement à quelqu'un qui ne comprend rien à ce que tu vas lui donner. Moi, je serais à leur place, je dirai non, parce que je ne sais même pas de quoi il s'agit. »

Il existe également des **différences culturelles** importantes. Par exemple pour certaines populations, il est compliqué d'aller consulter un psychologue, de peur d'être « *pris pour un fou* ». Pour d'autres, il est inconcevable pour une femme de consulter un médecin masculin. D'autres encore préfèrent s'en remettre à Dieu lorsqu'ils sont malades. Leurs croyances sont différentes de celles du pays d'accueil. La prise en charge médicale doit être liée à la culture de la personne pour favoriser son accessibilité et améliorer la prise en charge. *« Il faudrait arriver à croiser la culture et le médical, pouvoir entendre qu'eux, ils aiment bien se soigner comme ça. Des fois, ils ont mal à la gorge, ils n'ont pas envie de prendre un sirop, préfèrent prendre un thé avec du miel. Et ça marche bien aussi. Donc, faut pouvoir arriver à dire "OK, on accepte ta culture". Mais leur culture, parfois, n'est pas bonne au niveau de la santé non plus, elle peut engendrer des plus gros problèmes. »*

Aussi, certains professionnels pensent que les différences culturelles au sein du centre d'accueil peuvent compliquer la vie et altérer leur bien-être au sein du centre. *« Le fait de vivre à 25 nationalités différentes, ça crée des tensions, ça crée des incompréhensions, ça crée des jugements, ça crée une insécurité, ça crée pas mal de conflits. Moi, je trouve que c'est aussi un grand courage de vivre avec quelqu'un qui n'a pas la même culture, pas la même langue, pas du même sexe, pas la même religion. C'est très compliqué de partager malgré tout une vie en communauté. »*

Les médecins qu'ils consultent à l'extérieur du centre ne sont pas formés aux soins multiculturels et cela constitue un obstacle de santé. Certains travailleurs pensent que les médecins consultant à l'hôpital ne font pas toujours l'effort d'essayer de comprendre le DPI. *« Je pense que les médecins ne sont pas formés à ce genre de choses et, si tu ne vas pas dans un planning familial bien spécifique, tu ne seras pas accueilli de la même façon. On pourra considérer "mais qu'est-ce que c'est que ça pour des barbares" plutôt qu'une prise en charge médicale réelle. Il y a cette peur de jugement et d'incompréhension de sa culture. »*

Les DPI expérimentent également de la **discrimination** de la part du corps médical. Ils ont pu s'en apercevoir en les accompagnant à des rendez-vous médicaux ou en ayant des contacts avec la

garde médicale. *« Pour avoir conduit des résidents à des rendez-vous médicaux, etc. On voit que l'accueil n'est pas le même et c'est un peu scandaleux. Et on se rend compte que même si, par exemple, ils ne comprennent pas la langue, ça se ressent et je pense que ça peut créer de réels traumatismes et se sentir victime d'un système qui ne vous veut pas. »*, *« C'est la réaction des urgentistes qui n'est pas toujours adéquate à la personne qu'ils ont devant eux. Pas toujours adéquate à un demandeur d'asile qui ne parle pas la langue, qui a une culture complètement différente. Et j'ai déjà eu des échos de dire "ce médecin-là, il m'a pris pour de la merde, quoi, concrètement". »*

Ils évoquent la difficulté concernant le **changement de médecin**, de devoir se confier à quelqu'un qui ne connait pas notre dossier médical et de reprendre tout à zéro à son arrivée en Belgique. Dans le centre, les DPI n'ont pas de médecin traitant attitré, 5 médecins traitants se relaient 6 heures par semaine. Selon les travailleurs, cela altère la qualité de la prise en charge médicale. Par contre, chaque résident à son infirmière référente et les travailleurs trouvent que cela aide à créer un climat de confiance avec les DPI.

Ils soulignent un **manque de psychologues** disponibles et des délais d'attentes assez longs. Ils regrettent également que des psychologues ne soient pas présents dans le centre d'accueil. *« Il n'y a pas assez d'aide à porter pour tous ces gens dans le besoin. Au niveau des rendez-vous psy, à 2, 3 mois d'attente, ça pose problème pour des personnes qui ont besoin maintenant de suivi. On en revient toujours au même à dire que, si on avait un psy à temps plein dans le centre, je pense que ça soulagerait beaucoup »*

Les travailleurs se questionnent également quant à la qualité et l'adéquation de l'accompagnement psychologique proposé aux demandeurs d'asile. *« Ils ont des suivis psy, mais est-ce que ça les aide ? Est-ce que vraiment le gars en face avec son carnet est quelqu'un qui a toutes les clés et qui connait tout l'enjeu de Fedasil et tout l'enjeu de la géopolitique du pays ? Il faut quand même connaître beaucoup de choses pour essayer vraiment de comprendre tout l'aspect de la personne. »*

Certains travaillent pensent que les besoins en santé et la prise en charge de la santé du DPI dépendent également de son niveau d'**éducation à la santé**. Ils ne sont pas tous égaux face à la maladie à cause des disparités de l'éducation à la santé qu'ils ont reçue au pays. Afin d'améliorer leur compréhension de leur santé et de favoriser l'autonomie, certains travailleurs trouvent

intéressant de développer davantage des activités de prévention au sein du centre d'accueil. *« Ça manque d'un cours d'éducation à la santé pour les résidents, collectif, pour pouvoir travailler sur de la prévention plutôt que pallier à la maladie. »*

A 25 reprises, les travailleurs regrettent la présence de nombreux **intermédiaires dans les so**ins, ce qui constitue un obstacle. En effet, ils doivent d'abord s'inscrire à l'accueil pour obtenir un rendez-vous avec l'infirmière, l'infirmière durant sa consultation décide alors si le résident doit se rendre chez un docteur, elle joue le rôle de « gate-keeper ». Si le rendez-vous médical est maintenu à l'extérieur du centre, une navette sera alors organisée et les polyvalents pourront conduire le résident à son rendez-vous. Selon les travailleurs, il est plus compliqué pour les DPI que pour la population belge d'accéder à une consultation médicale. *« En fait, ils sont très dépendants et ils dépendent de tellement de choses, de la disponibilité des infirmières, des rendez-vous qui ne sont pas complets, de la disponibilité des navettes. Il y a tellement d'étapes que ça décourage vite et ça se comprend. »*

Les travailleurs polyvalents se sentent également mal à l'aise de devoir demander au résident quelle est sa raison de consulter le bureau médical. Ce système avait été mis en place lors de la première vague de COVID-19 pour aider le service médical, alors en effectif réduit. A l'époque, le service médical n'était ouvert que pour les urgences et le personnel de l'accueil, en demandant au résident sa raison de consulter, limitait la prise de rendez-vous. Par exemple, si le résident souhaitait obtenir les résultats d'un examen, ceci n'étant pas considéré comme une urgence, son rendez-vous était reporté. Après la première vague, ce système de rendez-vous est resté. Le personnel de l'accueil ne se sent pas légitime de demander au résident la raison médicale de sa venue, ils préfèrent alors écrire « personnel ».

Les travailleurs évoquent également une facilité de consulter un médecin par rapport à ce que les DPI connaissaient dans leurs pays d'accueil. Une présence infirmière dans le centre facilite l'accessibilité aux soins de santé. Certains travailleurs pensent que les besoins de santé des DPI changent au cours du temps. Une fois arrivés dans le pays d'accueil, ils rencontrent une nouvelle façon de concevoir la médecine et découvrent des nouveaux besoins de santé dont ils ne soupçonnaient pas l'existence. *« J'ai le sentiment que c'est arrivés dans un centre qu'ils commencent à s'inquiéter de leur santé parce qu'on leur propose une aide. Je veux dire qu'avant ça, ils font face à tout et ils n'ont pas l'opportunité de consulter pour le moindre petit rhume, etc. Je pense que c'est ici qu'on leur dit "voilà, maintenant, vous êtes chez Fedasil, on vous octroie une*

prise en charge médicale" Parfois, j'ai l'impression qu'on a un peu créé des besoins qu'ils n'avaient peut-être pas demandés au départ. », « Le besoin était là mais eux ne le conceptualisaient pas comme besoin. », « Qu'il y a des situations pour nous qui peuvent nous paraître banales, ne paraissent pas du tout banales pour certaines personnes ».

Ils pointent également du doigt l'**occidentalisation des besoins**. Ils s'interrogent quant à la vision des soins de santé en Belgique et à leur adaptation culturelle envers ce public. *« C'est intéressant de savoir : qu'est-ce qu'on met derrière les besoins ? Les besoins vraiment, qu'eux ont réellement besoin pour eux ? Ou alors que nous, on imagine en tant qu'Européen occidental, vivant dans une classe moyenne, avec tout ce que ça comporte avec quoi. J'ai l'impression que justement nous on va formater à un mode de vie où on traite notre santé d'une telle manière. Ça veut dire qu'ici, nous dès qu'on a un petit truc ou quoi, on va prendre un Dafalgan systématiquement, etc. Alors que peut-être eux ne le faisaient pas. Mais est-ce que c'est bon de prendre systématiquement un Dafalgan ? On le sait que non. »*

Les professionnels pensent que les DPI doivent être accompagnés dans leur parcours de soins à leur arrivée en Belgique. Il leur est impossible d'être autonomes au début à cause de la méconnaissance du système, de la langue et le manque de ressources. Certains résidents ayant des pathologies chroniques nécessitent l'aide des travailleurs pour commander des médicaments ou la mise en place d'un semainier. Sans celle-ci, les travailleurs estiment qu'ils ne pourraient pas prendre leur santé en main et se soigner correctement. Après quelques temps, les travailleurs pensent que les DPI doivent retrouver une certaine **autonomie** pour être maitres de leur vie. « *On est dans un pays qui est quand même très bureaucratique. Tu dois passer par telle personne pour avoir tel rendez-vous ça prend des plombes. Bah forcément, ce n'est pas clair du tout pour quelqu'un qui vient d'autre part. Et donc je pense qu'effectivement, en arrivant, c'est difficile d'être autonome directement au niveau de la santé. Que ça mérite un accompagnement* », *« Au début, je pense qu'il y a vraiment un besoin d'avoir un accompagnement pour tout ça, après c'est clair qu'ils vont être de plus en plus autonomes. »*, *« Je pense que beaucoup d'entre eux étaient maîtres de leur vie avant de venir ici et ici, de devoir toujours donner la main à quelqu'un pour faire quelque chose. Je pense que ça les met dans une position inférieure en fait. Au final, la santé d'un résident, elle lui échappe un peu au final. »*

Rôle des travailleurs par rapport à la santé des DPI

Les travailleurs accordent de l'importance à **créer un climat de confiance** avec les résidents. Ils souhaitent tisser des liens et ouvrir un espace à la conversation. Ils pensent avoir un rôle de confidents pour certains résidents, peu importe leur profession. Se rendre dans leurs caravanes, dans leur intimité augmente le sentiment de confiance d'après les travailleurs. *« C'est créer un climat de confiance, on doit pouvoir être capable de leur dire "ayez confiance en nous. Si vous avez un problème, on est là pour vous aider à solutionner ce problème-là". Pour moi, les travailleurs sociaux dans leur ensemble, que ce soit l'assistant social, l'accueil ou la logistique, tout le monde, si tout le monde est bienveillant, ils vont comprendre. »*

Les travailleurs, tous services confondus, pensent avant tout être une **personne relais** pour le service médical. Les visites de chalets et les rondes permettent aux résidents, au détour d'un café, de raconter leur histoire de vie aux travailleurs. Ils développent des liens précieux. Ceux-ci peuvent alors transmettre au service médical leurs observations et questionnements quant à la santé des résidents. Ils estiment avoir un rôle de prévention et d'information envers les résidents. Par exemple, ils leur rappellent de porter le masque où leur donne des informations par rapport à la posologie de certains médicaments. *« Information, soutien et bienveillance. C'est déjà beaucoup, mais peut être les infirmiers, les docteurs, ou les psychologues, ils sont plus pour la santé, vraiment comme on l'entend. Mais tous les travailleurs sociaux, je pense qu'on contribue à leur santé aussi par l'information, par savoir vers où diriger, vers qui adresser et aussi d'avoir le soutien, l'écoute. »*

Ils soulignent également l'importance de ne pas outrepasser sa fonction et ils peuvent se sentir mal à l'aise lorsque le cadre n'est pas établi. *« Il faut garder aussi un peu chacun sa place. Le travailleur social a peut-être un rôle à jouer dans la prévention. Mais sur la santé, c'est le personnel médical, ce n'est pas le personnel social qui doit prendre ça en charge. Donc, je pense qu'il faut bien différencier les deux axes et pas jouer un rôle qui n'est pas le nôtre. »*

Les travailleurs insistent sur l'importance de la **pluridisciplinarité** au sein de leur travail. *« On forme une équipe au final, qu'on ait un rôle prédominant ou pas dans la santé. On peut faire appel les uns aux autres. Des fois on peut arriver en premier sur un lieu où l'on voit que quelqu'un a perdu connaissance, etc. Alors oui, on n'est pas médecin, mais on a un collègue qui est derrière et donc qu'on a un rôle de premier plan. Ça, c'est sûr. »* ; *« En tant que travailleurs sociaux, pouvoir*

se reposer sur l'équipe quand on a un souci, pouvoir réfléchir ensemble aux solutions qu'on va trouver face à un problème et de pas être seul et isolé face à un problème, ça aide beaucoup aussi. Ça fait partie du rôle qu'on doit jouer, de pouvoir bien communiquer entre nous et être soudés. Quelle équipe ! »

Attentes et besoins des travailleurs par rapport à leur rôle dans la santé des DPI

Les travailleurs pensent que certains résidents, demandant une prise en charge médicale particulière, n'ont pas leur place dans un centre collectif. *« Des personnes âgées et des gens qui ont des problèmes psy assez lourds, je trouve que y'a pas de prise en charge, de structures spécifiques. Du coup, on se retrouve des personnes, qui sont là et qu'on balade de centre en centre par le biais de transferts et tout ça. Il y a des gens qui n'ont pas leur place ici, ils feraient mieux d'être dans une structure adaptée. »*

Ils soulignent également un **manque de moyens et d'outils** pour répondre adéquatement à certaines situations. Ils se sentent par moment désarmés face aux problématiques des résidents. Ils évoquent un besoin de psychologues disponibles pour les résidents mais également pour aider le personnel dans sa pratique. « *Parce qu'il y a des moments où on vit des situations qui, honnêtement, humainement parlant, sont très difficiles. Et on n'est pas toujours armé je trouve, émotionnellement, psychologiquement, pour rassurer.* »

« On n'est pas toujours armés. J'ai eu un résident qui était super stressé pour sa procédure parce que ça fait maintenant un an et demi qu'il est là et qu'il n'a même pas passé sa grosse interview. Et là, il veut partir. Qu'est-ce que tu veux que je lui dise ? Je lui disais "je comprends. C'est dur, il faut encore attendre". Et je le vois, il est plus jeune que moi, il a déjà des cheveux gris, il est stressé, il ne dort pas et à part aller voir un psychologue, je ne sais vraiment pas ce qu'on peut faire pour eux. Et je me mets dans leur situation, ça doit être un stress qui les ronge, ils ne dorment pas, ils ne mangent pas, du coup, toute leur pyramide de besoins s'écroule. J'ai aucune solution à part aller avec lui au CGRA et demander plus d'infos. Parfois, c'est dur aussi d'être là, de pouvoir les écouter, mais de n'avoir aucune solution à leur offrir et on se sent un peu inutile. Tu as quelqu'un en face de toi qui est en détresse totale et tu ne sais même pas l'aider, tu ne sais rien faire. »

« On est dans un métier au contact des humains et on n'a pas tout le bagage de base sociale d'assistante sociale et pourtant, on travaille quand même avec eux au jour le jour. Donc, je trouve que c'est ça serait quand même élémentaire qu'on puisse au moins avoir une petite formation sur

des clés, des choses qui me semblent essentielles. Il faudrait effectivement des gens formés en relation d'aide au minimum »

Pour répondre plus adéquatement aux besoins des demandeurs d'asile, les travailleurs réclament davantage de **formations**. Ils souhaitent avant toute chose une formation de premiers secours (NB : elle se donnait à Fedasil avant la crise du Covid) pour connaitre les gestes à appliquer en cas d'urgence et ceux à éviter. Les polyvalents souhaiteraient également recevoir une formation pratique sur la gestion des médicaments de l'accueil (anti-inflammatoire, antidouleurs, …) et savoir quel médicament administrer en cas d'urgence. Ces formations leur semblent indispensables car il leur arrive de travailler les week-ends et durant la nuit, au moment où l'équipe médicale est absente.

Certaines assistantes sociales ont évoqué l'intérêt d'une formation sur la traite des êtres humains (comment la déceler, quelles approches adopter, etc.). Les travailleurs souhaitent également recevoir des formations sur la psychologie (comment gérer l'après d'une tentative de suicide, comprendre ce dont les personnes ont besoin, déceler un problème psychologique), des formations linguistiques basiques pour faciliter la compréhension ainsi que des sensibilisations aux différentes cultures.

Des travailleurs souhaitent également recevoir des formations quant aux besoins de santé des DPI (savoir quels sont leurs besoins, comment y répondre, vers quelle équipe se diriger) afin d'être plus à l'aise dans son travail. De nombreux travailleurs ont demandé à recevoir les résultats de cette étude pour améliorer leurs connaissances des besoins de santé des demandeurs d'asile.

Concernant l'analyse des données sociodémographiques, les travailleurs ayant eu des expériences préalables avec les migrants n'ont pas spécialement évoqué plus de thèmes spécifiques que les travailleurs sans expérience préalable.

Beaucoup de travailleurs ont évoqués de nouveaux thèmes, peu importe leur profession et leur expérience antérieure. Il semblerait que les travailleurs puisent leur réflexion grâce à leur travail de terrain au centre Fedasil de Theux. Evidemment, les travailleurs ayant un bagage paramédical (aide-soignant) ont pu mettre en évidence de nombreux thèmes relatifs à la santé par rapport aux autres.

De façon générale, les travailleurs ont souvent un bagage scolaire supérieur à ce qui est requis pour la fonction. Par exemple, les accompagnateurs de vie quotidienne, le service de la logistique et les polyvalents doivent posséder le CESS pour accéder à la fonction. Dans la pratique, nous pouvons observer que nombreux d'entre eux ont réalisés des études de type bachelier ou master. Tous les travailleurs, peu importe leur niveau de formation ont amenés des nouvelles perspectives et des éléments intéressants. Cependant, nous avons pu observer des formulations plus nuancées chez les travailleurs ayant suivi des études dans le domaine social ou éducatif.

5. Discussion et perspectives

5.1 Discussion des résultats

Les hypothèses de recherche se sont confirmées durant les entretiens groupés. D'une part, les travailleurs sociaux sont conscients d'une grande majorité des besoins en santé des DPI identifiés par différentes études et d'autre part, ils ont amené de nouvelles perspectives.

Par exemple, à l'instar de la littérature, les travailleurs ont évoqué la nécessité de vacciner les DPI à leur arrivée en Belgique et de surveiller les maladies infectieuses dont ils pourraient être porteurs (15).

Ils sont également conscients de la santé mentale fragile des DPI, causée par leurs parcours de vie mais également par leurs conditions d'accueil (9). Ils ont relevé que leurs conditions de vie les plongent dans l'incertitude et cela dégrade leur santé. Les difficultés de santé mentale relatives à l'exil sont assez évidentes. Par contre, les difficultés liées à aux conditions d'accueil sont moins souvent évoquées auprès du grand public. Les travailleurs sociaux ont mis en évidence ces difficultés lors des entretiens, nous pouvons constater qu'ils sont réflexifs dans leurs pratiques et qu'ils sont conscients des limites et désavantages de l'accueil en Belgique. Ils ont également réfléchi à l'amélioration de leur pratique : pour protéger leur santé mentale, les travailleurs pensent que des activités doivent être mises en place (loisirs, formation, cours de langue, …). Ils ont mis en évidence le manque de psychologue de terrain et ils ont questionné la qualité de l'accompagnement psychologique proposé. Ils montrent alors qu'ils poussent le questionnement de l'accompagnement adapté un pas plus loin (10)(14).

Les travailleurs confirment que l'accessibilité des soins santé est plus compliquée pour les DPI que pour la population belge, notamment à cause des barrières linguistiques et culturelles (9).

Les travailleurs ont insisté sur les différences culturelles ressenties par les DPI et l'importance d'adapter notre prise en charge médicale à leur culture (21).

Dans la littérature, les professionnels médicaux évoquent les différences culturelles mais si le constat est réalisé, les solutions proposées sont limitées. Hormis quelques chercheurs de santé publique, les auteurs n'évoquent pas la nécessité d'adapter les pratiques médicales occidentales (11). Selon les professionnels de Theux, la médecine que connaissent les DPI peut se révéler totalement différente de celle présente en Belgique. Ils pensent que la prise en charge médicale à l'extérieur du centre n'est pas adaptée aux réalités culturelles des résidents : des systèmes de traduction ne sont mis en place et les médecins se montrent parfois discriminants lors de différences culturelles ou linguistiques.

Les travailleurs regrettent que les DPI soit obligés de se « formater » à l'Européenne pour rentrer dans le système de soins belge. Cette idée d'occidentalisation des soins de santé est très intéressante. Elle met en lumière l'adaptation dont les DPI doivent faire preuve en Belgique. Les travailleurs questionnent la qualité de l'accompagnement proposé. Ils souhaitent que les services de santé soient revus, davantage inclusifs et adaptés aux différences culturelles des DPI.

Ils pensent également que le manque de connaissance en santé constitue un obstacle (12), pour y pallier ils proposent que des activités de prévention à la santé soient mises en place pour augmenter la littératie en santé des DPI. Ce point est intéressant car il rejoint la philosophie de la santé communautaire qui promeut la santé auprès des populations afin qu'ils puissent devenir maîtres de celle-ci. Des travailleurs sociaux, n'ayant pas suivi une formation de santé communautaire, accordent une importance à l'empowerment des patients. A nouveau, cela montre leurs compétences et réflexivité dans leur pratique.

Les professionnels ont attaché une grande importance au besoin d'écoute envers les DPI ainsi qu'à celui de reconnaissance. Ils souhaitent que les DPI soient davantage reconnus et individualisés, ils regrettent que l'accompagnement proposé au sein du centre d'accueil soit davantage collectif qu'individuel, faute de moyens. Cette notion d'individualisation n'était pas présente dans la littérature.

Selon les travailleurs, la présence d'intermédiaires dans les soins de santé peut rendre l'accès aux soins de santé plus difficile. A contrario, la disponibilité des infirmiers dans le centre d'accueil facilite l'accessibilité aux soins de santé et permet aux résidents de satisfaire des besoins de santé

dont ils ne soupçonnaient pas l'existence. Cette notion d'apparition des besoins de santé est intéressante, elle permet de réfléchir à un accompagnement adapté en fonction de leurs besoins.

Concernant l'autonomie du résident, les travailleurs pensent qu'il est nécessaire de les accompagner à l'arrivée dans le centre d'accueil. Par contre, par la suite, il est primordial de les accompagner dans leur autonomisation. L'équipe pluridisciplinaire est très disponible au sein du centre, mais nous savons que lorsqu'ils quitteront la structure collective, les aides seront moindres. Par exemple, s'ils obtiennent un statut de réfugié, ils dépendront alors du CPAS où travaillent des assistants sociaux mais pas des infirmiers. Selon les travailleurs, les habituer à une grande disponibilité des travailleurs pourraient les amener de nouvelles difficultés dans le futur. Ils amènent des réflexions pertinentes quant à l'accompagnement des résidents et au développement de leur autonomie.

Les travailleurs ont conscience des besoins en santé et obstacles des DPI grâce à leur pratique de terrain. Ils se considèrent comme des personnes relais, ayant un rôle à jouer dans la prise en charge de la santé des DPI. Ils soulignent l'importance du travail pluridisciplinaire. Ils sont conscients de l'importance de leur travail par rapport à la santé des résidents. Ceci rejoint les chercheurs de santé publique(11). Pour améliorer leur prise en charge, ils souhaitent également recevoir davantage de formation, ce besoin a déjà été souligné par l'ONG Médecin du Monde et par le Livre vert sur l'accessibilité des soins de santé (10)(21). Par moment, ils se sentent désarmés face à certaines situations vécues au centre et souhaiteraient avoir davantage d'outils pour y faire face.

5.2 Analyse des biais et limites de l'étude

Le critère de crédibilité (31) : Travaillant à Fedasil, j'ai pu observer mes collègues au quotidien durant plus d'un an (observation participante), ceci me permet de cerner davantage leurs différents points de vue. J'ai pu leur poser à nouveau des questions lors de l'analyse des entretiens afin de m'approcher au plus près de leur vérité. Le fait d'être leur collègue renforce également le climat de confiance, ils peuvent se livrer à moi plus facilement qu'à une chercheuse inconnue. L'observation participante comporte également un risque. Etant donné que je fais partie du contexte de l'étude, cela a pu biaiser et influencer mon analyse. Ai-je su prendre suffisamment de recul par rapport à ma propre pratique ? Pour contre cela, ma co-promotrice m'a accompagné durant la collecte et l'analyse et elle s'est montrée attentive à ce point.

Le critère de transférabilité (31) : Cette analyse est réalisée dans le centre Fedasil de Theux, celui-ci ayant une infrastructure assez spécifique (bungalow, propre cuisine, localisé à la campagne). Il est donc difficile d'envisager la généralisation des résultats à d'autres centres ; néanmoins, ce mémoire pourrait être partagé avec des travailleurs sociaux d'autres centres. Il serait intéressant d'obtenir des retours des professionnels qui l'auront lu et de discuter autour de la thématique. Peuvent-ils réaliser des parallèles avec leur vécus dans une centre d'accueil ? Il y a-t-il des divergences ou des convergences ? Que pensent-ils des arguments avancés ?

Le critère de fiabilité (31) : Je n'ai pas fait appel à des personnes indépendantes pour vérifier les résultats. Par contre, ma co-promotrice a participé à chaque focus group et a relu à plusieurs reprises mes retranscriptions. Elle a vérifié l'analyse que j'avais rédigée et la comparée avec la sienne.

Le critère de confirmabilité (31) : J'ai pu compter sur la deuxième analyse de ma co-promotrice, concernant la vraisemblance et solidité des résultats. Elle était présente lors des différents focus group.

Saturation des données : Le dernier focus group ne m'a pas amené de nouvelles informations par rapport au premier. Le 6ème avec les directeurs n'a fait que confirmer ce que nous avions récolté avant. Nous pensons avoir atteint la saturation des données. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons observé une certaine forme de redondance. (31)

Le guide d'entretien est créé grâce à la littérature, je suis consciente de la part de subjectivité qui aurait pu influencer l'écriture du guide d'entretien. Manifestement, il était suffisamment ouvert car différents participants ont apporté de nouveaux éléments (l'autonomie, la responsabilité et le besoin de formation). Lors des focus group, ma co-promotrice a été particulièrement attentive au risque de « tordre le discours » (30).

Biais lié à mes propres représentation et perceptions : étant spécialisée en santé communautaire, j'ai un intérêt pour celle-ci. J'accorde de l'importance au rôle et à l'implication de l'ensemble des acteurs dans la prise en charge de la santé, ces conclusions se retrouvent également dans mon mémoire. Ma formation peut biaiser mon analyse et l'influencer. Cependant, nous savons que lors d'une recherche qualitative, la subjectivité du chercheur fait également partie du processus puisqu'il joue un rôle actif, les participants et le chercheur s'influençant mutuellement. (31)

5.3 Dans une perspective de santé publique.

Dans le futur, les travailleurs sociaux, en partenariat avec le personnel médical, pourraient mettre en place des activités pour améliorer les connaissances de santé des DPI et leur permettre d'exercer un plus grand contrôle sur leur santé.

Donner la parole à des travailleurs sociaux a permis d'élargir les connaissances et perspectives quant à la prise en charge des DPI en santé publique. Les travailleurs pensent avoir des rôles à jouer dans la santé des DPI. Cependant, ils évoquent un manque de moyens et d'outil à disposition. Ils se sentent par moment désarmés face à cette situation. Dès lors, il faudrait encadrer et accompagner ces travailleurs sociaux afin que leurs rôles soient reconnus dans la prise en charge de la santé des DPI et qu'ils reçoivent les aides qu'ils réclament.

L'étude se voulait spécifique sur une population donnée, les résultats ne sont pas généralisables. Dès lors, il serait intéressant de procéder à une montée en généralité. Une enquête à plus grande échelle pourrait être menée dans une perspective de développement de la prise en charge de la santé des DPI.

Les DPI font partie d'un groupe invisibilisé, encore peu de recherches sont élaborées sur ce sujet dans le domaine de la santé publique en Belgique. Or, il s'agit d'une problématique actuelle. Cette recherche permet de donner un nouveau regard sur un groupe social donné. Par la suite, il serait intéressant de poursuivre des recherches ultérieures sur le sujet pour améliorer la compréhension.

6. Conclusion

Dans ce mémoire, nous avons pu mettre en évidence les représentations de travailleurs sociaux quant aux besoins en santé des DPI. Il était important d'identifier leurs représentations des besoins de santé car celles-ci ont un impact sur leurs pratiques et modes d'intervention concernant la prise en charge des besoins en santé des DPI. Les hypothèses de cette étude ont été confirmées.

Concernant les besoins en santé des DPI, ils en ont évoqué une grande majorité : l'alimentation, avoir une vie stable, se divertir, la santé mentale fragilisée, la vaccination, les pathologies, etc. Par contre, certains besoins comme la santé sexuelle et reproductive n'ont pas été évoqués. Ils ont accordé beaucoup d'importance au bien-être des résidents et à l'écoute qu'ils peuvent leur

apporter. Ils pensent également que les DPI ont un grand besoin de reconnaissance et d'individualisation. Ils regrettent que la prise en charge dans les centres collectifs ne puisse pas permettre l'individualisation de leurs besoins.

Ils sont également conscients des obstacles en santé que rencontrent les DPI. A l'instar de la littérature, ils ont évoqué les difficultés liées à l'exil mais aussi aux conditions d'accueil, les barrières linguistiques et culturelles, la discrimination, le manque de psychologues et d'interprètes sur le terrain ainsi que le niveau d'éducation à la santé. Les travailleurs souhaitent que les soins de santé soient culturellement adaptés aux DPI pour en améliorer la qualité et l'accessibilité.

Ils ont pu en identifier également d'autres obstacles, ils pensent qu'il y a trop d'intermédiaires dans les soins de santé, ce qui ne facilite pas son accessibilité. Selon eux, les DPI doivent être accompagnés au début de leur procédure mais qu'il faut les aider dans leur processus d'autonomisation par la suite.

Les travailleurs sociaux pensent avoir des rôles à jouer par rapport à la santé des DPI. Ils disent créer un climat de confiance et être des personnes relais. C'est-à-dire qu'ils observent les comportements en santé, en discutent avec les résidents et peuvent remonter l'information auprès du service médical. A l'instar des experts de santé publique, ils insistent sur l'importance du travail d'équipe et de la pluridisciplinarité dans la prise en charge de la santé des DPI. Ils se sentent utiles au quotidien pour les DPI et le bureau médical du centre d'accueil. Par contre, ils se sentent parfois désarmés face à certaines situations et souhaiteraient recevoir davantage de formations et d'outils à disposition pour les aider dans leur pratique.

7. Bibliographie

1. Comissariat Général des Réfugiés et Apatrides. Statistiques d'asile - bilan 2020. 2021. p. 1–6.

2. Schauble W. Convention Determining the State Responsible for Examining Applications for Asylum lodged in one of the Member States of the European Communities. Int J Refug Law. 1990;2(3):469–83.

3. Perruchoud R. Glossaire de la migration. Droit Int la Migr [Internet]. 2007;9. Available from: https://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_9_fr.pdf

4. Loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers [Internet]. Moniteur belge Belgique; 2007 p. 24027. Available from: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007011252&table_name=loi#:~:text=- Principes généraux.-,Art.,conforme à la dignité humaine.

5. Geleyn F. La protection subsidiaire [Internet]. Portail du droit belge. 2020. p. 3–5. Available from: http://www.droitbelge.be/fiches_detail.asp?idcat=48&id=557

6. Ciré. Réfugié, migrant, sans-papiers… Lexique & définitions [Internet]. 2021. p. 1–8. Available from: https://www.cire.be/publication/refugie-demandeur-dasile-migrant-lexique-et-definitions/

7. Agence Federale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile. Modification loi accueil et loi des étrangers. 2018;1–14. Available from: https://www.fedasil.be/sites/default/files/note_cadre_modifs_loi.pdf

8. United Nations General Assembly. New York Declaration for Refugees and Migrants: Comprehensive Refugee Response Framework (CRRF). 2016;A/RES/71/1(September):1–24. Available from: https://refugeesmigrants.un.org/declaration

9. Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Vinck I. Demandeurs d'asile : options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders [Internet]. Health Services Research (HSR) KCE Reports 319. 2019. Available from: https://kce.fgov.be/fr/demandeurs-d'asile-options-pour-un-accès-plus-équitable-aux-soins-de-santé-une-consultation-des

10. INAMI, Médecins du monde. Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique [Internet]. Suijkerbuijk H, editor. 2014. Available from: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf

11. André J-M, Fassin D, Azzedine F, Batifoulier P, Bernabe-Gelot A, Bret C, et al. La santé des migrants en question(s). Hygée Edit. 2019.

12. Leh Hoon Chuah F, Tan ST, Yeo J, Legido-Quigley H. The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia : a qualitative study. Int J Equity

Health. 2018;17(120):1–15.

13. Van Loenen T, Van Den Muijsenbergh M, Hofmeester M, Dowrick C, Van Ginneken N, Mechili EA, et al. Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: A qualitative study on health needs, barriers and wishes. Eur J Public Health. 2018;28(1):82–7.

14. Satinsky E, Filippou TA, Kousoulis AA. Multiculturalism and compassion: Responding to mental health needs among refugees and asylum seekers: Comment on "a crisis of humanitarianism: Refugees at the gates of Europe." Int J Heal Policy Manag [Internet]. 2019;8(12):734–6. Available from: https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.77

15. Pavli A, Maltezou H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. J Travel Med. 2017;1–8.

16. Chiarenza A, Dauvrin M, Chiesa V, Baatout S, Verrept H. Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. BMC Health Serv Res. 2019;19(513):1–14.

17. Kiselev N, Pfaltz M, Haas F, Schick M, Sijbrandij M, Graaff AM De, et al. Structural and socio-cultural barriers to accessing mental healthcare among Syrian refugees and asylum seekers in Switzerland. Eur J Psychotraumatol [Internet]. 2020;11(1). Available from: https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1717825

18. Strijk PJM, Van Meijel B, Gamel CJ. Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. Perspect Psychiatr Care. 2011;47(1):48–55.

19. Mangrio E, Forss KS. Refugees ' experiences of healthcare in the host country : a scoping review. BMC Health Serv Res. 2017;17(814):1–16.

20. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Poor health and refraining from seeking healthcare are associated with comprehensive health literacy among refugees: a Swedish cross-sectional study. Int J Public Health [Internet]. 2018;63(3):409–19. Available from: https://doi.org/10.1007/s00038-017-1074-2

21. Agrali S, Morel E, Vuillard J, Fanget D, Laurence S, Reboul C. La souffrance psychique des exilés: une urgence de santé publique. 2018.

22. Schein YL, Winje BA, Myhre SL, Nordstoga I, Straiton ML. A qualitative study of health experiences of Ethiopian asylum seekers in Norway. BMC Health Serv Res. 2019;19(958):1–12.

23. Kang C, Tomkow L, Farrington R. Access to primary health care for asylum seekers and refugees : a qualitative study of service user experiences in the UK. Br J Gen Pract. 2019;537–45.

24. WHO regional office for Europe. Health promotion for improved refugee and migrant health: Technical guidance [Internet]. Copenhagen; 2018. Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/388363/tc-health-

promotion-eng.pdf?ua=1

25. Robertshaw L, Dhesi S, Jones LL. Challenges and facilitators for health professionals providing primary healthcare for refugees and asylum seekers in high-income countries: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. BMJ Open. 2017;7(8):1–18.

26. Wångdahl J, Lytsy P, Mårtensson L, Westerling R. Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers - A Swedish cross-sectional study Health behavior, health promotion and society. BMC Public Health. 2015;15(1).

27. Fortin F. Chapitre 12 : une introduction aux devis de recherche. In: Fondements et étapes du processus de recherche. Cheneliere. 2016. p. 249–66.

28. Linhorst DM. A Review of the Use and Potential of Focus Group in Social Work Research. Qual Soc Work. 2002;1(2):208–28.

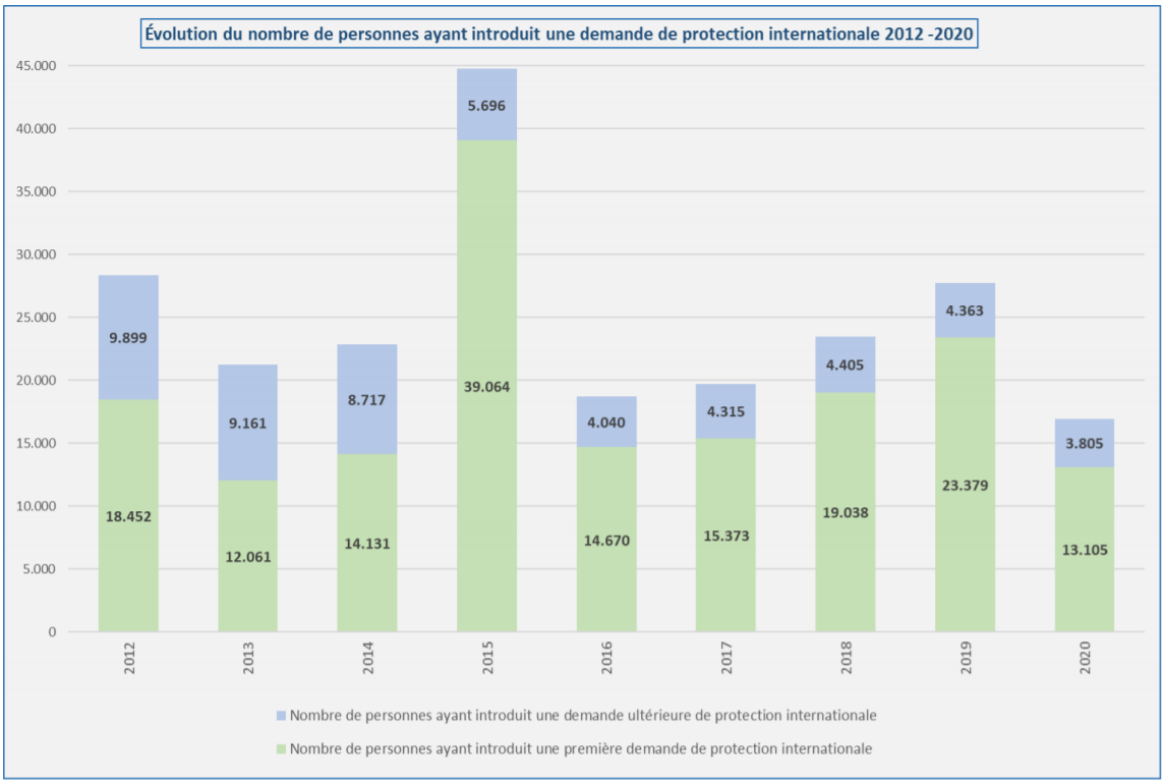
29. Gaižauskaitė I. The use of the focus group method in social work research. 2012.

30. Balard F, Kivits J, Schrecker C, Volery I. Chapitre 9 : l'analyse qualitative en santé. In: Les recherches qualitatives en santé. Armand Col. 2016. p. 165–83.

31. Noiseux S. Chapitre 13 : le devis de recherche qualitative. In: Fondements et étapes du processus de recherche. Cheneliere. 2016. p. 267–89.

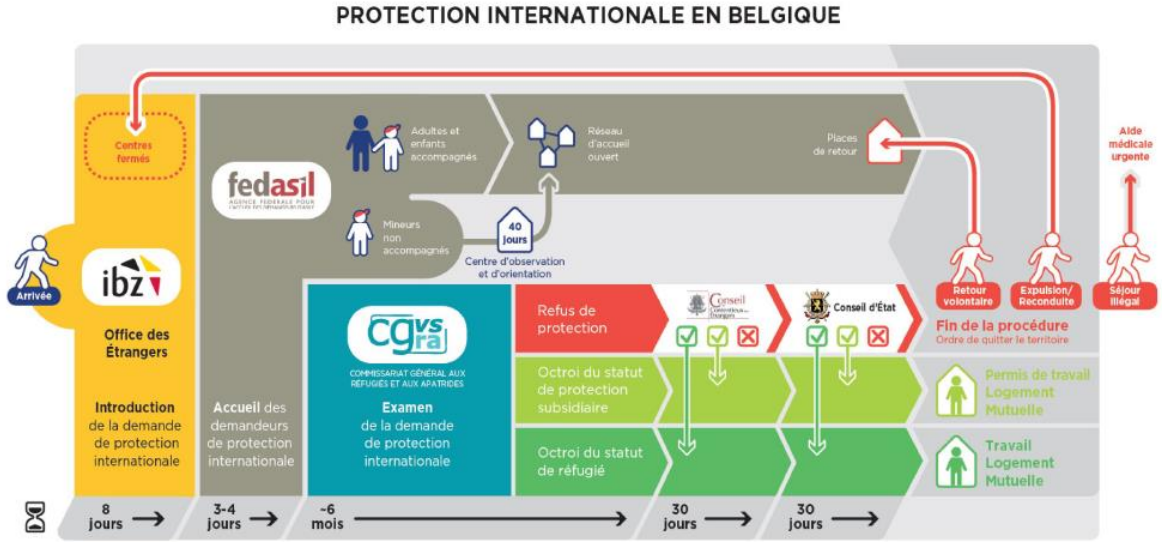
8. Annexes

Annexe 1 : graphique représentant les demandes de protection internationale entre 2012 et 2020



Annexe n°2 : schéma réalisé dans un rapport du KCE représentant la procédure de protection internationale en Belgique

Figure 1 – Protection internationale en Belgique[k]



Annexe n°3 : guide d'entretien

Guide d'entretien

1) De façon générale, qu'est-ce qu'un besoin en santé selon vous ?

2) Quels sont les besoins en santé des demandeurs d'asile ?

3) A votre avis, est-ce que c'est les mêmes que les vôtres ? Si vous pensez qu'ils sont différents, en quoi le sont-ils ?

4) Comment connaissez les besoins en santé des demandeurs d'asile ? Est-ce que les demandeurs d'asile vous les évoquent ?

5) Avis votre avis, quels sont les obstacles de santé que les demandeurs d'asile rencontrent ? Est-ce qu'ils vous l'ont déjà évoqué ?

6) Existe-t-il des conséquences sur leur santé ? En avez-vous déjà observé dans le centre ?

7)Pensez-vous que les demandeurs d'asile soient autonomes par rapport à leur santé ? Se sentent-ils responsables de leur santé ? (Question ajoutée au fur et à mesure des FG)

8)Pensez-vous que les résidents sont conscients des impacts sur leur santé ?

9) Pensez-vous, en tant que travailleur social, avoir un rôle à jouer par rapport à leur santé ? Quel serait-il ?

9) Quels seraient vos besoins/attentes ?

10) Souhaitez-vous recevoir des formations relatives à la santé des demandeurs d'asile ? Si oui, de quel type ? (Question ajoutée au fur et à mesure des FG)

Annexe n°4 : Questionnaire sociodémographique

Entretien groupé n° …

Date : ……

Nom et prénom : ……

Age : ……

Sexe M/F (biffer la mention inutile)

Quelle est votre formation initiale ?……

Quelle est votre fonction dans le centre ? ……

Depuis combien de temps travaillez-vous au centre Fedasil de Theux ? ……

Avez-vous déjà travaillé dans le passé dans un centre d'accueil ou avec des personnes migrantes ? Si oui, pouvez-vous expliquer en quelques mots vos expériences antérieures ?

……

……

……

……

Annexe n°6 : demande d'avis au Comité d'Ethique

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

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

Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à mssp@uliege.be. Si l'avis d'un Comité d'Ethique a déjà été obtenu concernant le projet de recherche, merci de joindre l'avis reçu au présent formulaire.

1. Etudiant·e (prénom, nom, adresse courriel) : Olivia Noël, olivia.noel@student.uliege.be

2. Finalité spécialisée : Promotion de la santé 3. Année académique : 2020-2021

4. Titre du mémoire : « Comment les travailleurs sociaux du centre d'accueil Fedasil de Theux se représentent-ils les besoins en santé des demandeurs de protection internationale ? »

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

Département des Sciences de la Santé Publique, finalité spécialisée en Promotion de la Santé

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

Madame Michèle Guillaume

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

a. Madame Marianne Von Frenckell, maitre de conférences Uliège, mvonfrenckell@uliege.be, Université de Liège

b. Madame Dorine Claes, responsable de la coordination médicale du département d'Accueil des Demandeurs d'Asile à la Croix Rouge, dorine.claes@croix-rouge.be, Croix Rouge de Belgique

8. Résumé de l'étude

a. Objectifs

Les demandeurs de protection internationale présentent des besoins en santé complexes et spécifiques.

Au décours de leur vie, ils sont confrontés à différentes difficultés : conditions de vies précaires dans leur pays d'origine, parcours d'exil, traumatismes (viol, torture, ...), problèmes de santé mentale (syndrome psycho-traumatique, dépressions, ...), barrières culturelles et linguistiques, conditions d'accueil défavorables. Les inégalités sociales de santé qu'ils subissent durant leur vie détériorent leur état de santé et les exposent à plus de risques. Ils sont considérés comme un public vulnérable.

Les études démontrent qu'ils ont un moins bon état de santé que celui de la population du pays d'accueil. Les études insistent sur l'importance de veiller particulièrement à la santé infantile, la santé mentale et la santé reproductive des demandeurs d'asile, lesquelles sont les plus altérées et fragiles.

Que faire pour diminuer les inégalités sociales de santé des demandeurs d'asile ? Une première piste évoque la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, transversale et solidaire afin d'apporter des réponses à leur besoins de santé complexes. Aujourd'hui, des experts en santé publique recommandent d'élargir le terme « professions de santé » pour y intégrer les travailleurs sociaux des centres d'accueil.

J'ai pu constater que les besoins en santé des demandeurs d'asile sont amplement documentés dans la littérature scientifique. Sur cette thématique, la majorité des études interrogent directement les demandeurs d'asile ou les professionnels médicaux et paramédicaux qui les soignent.

Cependant, je n'ai pas rencontré de documentation donnant la parole aux travailleurs sociaux qui les accompagnent. Cette découverte m'interpelle. En effet, les demandeurs d'asile vivent au quotidien avec des travailleurs sociaux dans les centres d'accueil. La proportion de personnel médical est très faible (en moyenne : 1 infirmier pour 100 à 125 demandeurs d'asile). Il m'a donc paru opportun d'axer ma recherche sur ce public peu consulté.

Mon objectif général est d'identifier les représentations des professionnels sociaux travaillant dans le centre Fedasil de Theux concernant les besoins en santé des demandeurs de protection internationale. L'intérêt de cette recherche est de donner la parole à des travailleurs sociaux, peu consultés et d'en retirer de nouveaux éléments en fonction de leurs expériences.

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

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire se basant sur les expériences et le vécu de chaque participant.

Les sujets invités à participer à l'étude sont les travailleurs sociaux centre d'accueil de Theux (+/- 30 collaborateurs). La méthode d'échantillonnage est non probabiliste volontaire.

Les critères d'inclusion sont les suivants : travailler à temps plein (ce qui, pour l'instant, concerne tous les travailleurs du centre, l'échantillon ne sera donc pas diminué) afin de connaitre suffisamment le public cible ; travailler dans le centre depuis au minimum deux mois afin d'en connaitre le fonctionnement ; faire partie des travailleurs sociaux de « terrain » (les

travailleurs « administratifs » : RH, comptable, coordinateurs logement sont exclus de la recherche étant donné qu'ils ne travaillent pas directement avec les demandeurs d'asile).

En parallèle, des informations démographiques sur les participants seront collectées (sexe, âge, fonction, expérience antérieure avec les demandeurs d'asile, date d'entrée en fonction au centre d'accueil) et celles-ci seront associées aux réponses obtenues.
Le nombre de participants n'est pas prédéfini à l'avance et la collecte tend vers la saturation des données. La taille de l'échantillon doit cependant être réaliste et tenir compte des critères de faisabilité (temps, accès, traitement, budget). Je pense que la grande majorité des travailleurs souhaite participer à mon étude, ce qui nous amènerait à une taille d'échantillon intéressante. Le centre doit normalement fermer ses portes en juin 2021. La collecte des données ne peut donc excéder ce délai.
L'information sera recueillie via des focus group. Les focus groups seront hétérogènes, ils se composeront de 6 personnes issues de services différents (assistants sociaux, logistique, accompagnateurs sociaux, accueil). Ce choix est réalisé afin d'augmenter la variété de points de vue. Le coordinateur de chaque service ne sera pas dans le même groupe que ses membres afin d'éviter un biais de hiérarchie.
J'ai choisi de réaliser les entretiens sous forme de focus group afin de permettre l'émergence des points de vue au travers d'une discussion, d'un débat. Je pense qu'un entretien individuel ne permettrait pas l'émergence d'idées qu'un focus group peut amener. Je souhaite que les répondants se questionnent en groupe et qu'ils puissent partager leurs opinions, aussi diverses soient-elles. Un focus group permettrait également aux personnes les plus réservées à participer à l'étude grâce à l'effet de groupe. J'ai conscience que les personnes les plus réservées peuvent aussi être inhibées par la pression du groupe. En tant qu'animateur, c'est une variable à laquelle je dois prêter attention. Les participants de l'étude se connaissent et travaillent ensemble au quotidien, ce qui renforce la cohésion de ce groupe.
Je suis consciente également des limites du focus group. Certains participants peuvent prendre davantage de place et d'autres peuvent alors s'effacer. Le rôle d'animateur est très important pour recentrer le débat, inviter chacun à prendre la parole, … Aussi, la confidentialité entre les membres du groupe est difficile. Cependant, je pense qu'un focus group nous amènera plus de richesse qu'un entretien individuel. Les discussions seront enregistrées, retranscrites et anonymisées.

La construction du guide d'entretien sera réalisée en fonction des thèmes évoqués par la littérature. Le guide d'entretien est semi structuré et reprend les thèmes-clés de la littérature (la santé mentale, la santé reproductive, la santé infantile, les inégalités sociales de santé, la littératie en santé, ...). Cependant, ils ne seront pas énoncés explicitement aux participants. Le but étant, au travers de différentes questions, de constater si ces thèmes ressortent lors du focus group mais également de découvrir d'autres thèmes absents dans la littérature sans influencer les participants.

Les questions suivantes seront posées aux travailleurs et ponctueront l'entretien.

Qu'est-ce qu'un besoin en santé selon vous ? Quels sont les besoins en santé des demandeurs d'asile ? Concernant leur santé, quels sont les obstacles auxquels ils peuvent être confrontés ? Existe-t-il des conséquences sur leur santé ? Si oui, lesquelles ? Pensez-vous, en tant que travailleur social, avoir un rôle à jouer par rapport à leur santé ? Quel serait-il ?

Ces thèmes ne sont pas figés. En effet, le but est de faire évoluer le guide d'entretien à travers leurs réponses et l'expérience des travailleurs sociaux. Si des nouveaux thèmes émergent lors des focus group, ceux-ci seront utilisés également. Au travers des focus group, des verbatims seront repérés et classés sous forme de thèmes. Le raisonnement de la recherche est de type déductif. L'information recueillie lors de ces focus groups fera l'objet d'analyses thématiques des propos échangés.

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

L'étude est-elle destinée à être publiée ? Non

L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur) ? Non

L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (sexualité, maladie mentale, maladies génétiques, etc…) ? Non

L'étude comporte-t-elle des interviews de mineurs qui sont potentiellement perturbantes ? Non

Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou la compliance au traitement de patients traités pour une pathologie spécifique ? Non

Y a-t-il enquête auprès de patients fragiles (malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux,…) ? Non

S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc…) ? Oui

S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins,…) ? Non

S'agit-il d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées (enquêtes de rue, etc.) sur des habitudes sportives, alimentaires sans caractère intrusif ? Non

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

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

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

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

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

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

Date : 2021/01/11 Nom et signature du promoteur : VON FRENCKELL Marianne

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

☐ cette étude rentre dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine.

☐ cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine car elle concerne des patients. Le Promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.

☐ cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 11/01/21 Nom et signature du promoteur :

Annexe n°7 : réponse du Collègue des Enseignants

RE: Formulaire de demande d'avis au Comité d'Ethique dans le cadre des mémoires des étudiants du Master en Sciences de la Santé publique. 15 Janvier 2021 8:41

Expéditeur : Master en Sciences de la Santé publique - ULiège

À: olivia noel

Bonjour,

Suite à l'analyse de votre demande d'avis au Comité d'éthique dans le cadre des mémoires des étudiants du Département des Sciences de la Santé publique, le Collège restreint des Enseignants vous informe qu'il n'est pas nécessaire de soumettre votre dossier à un Comité d'éthique.

Bonne continuation dans votre projet de recherche.

Le Collège restreint des enseignants

Annexe n°8 : le code book et la fréquence d'apparition des thèmes

Codebook

Besoins en santé des DPI (13 thèmes)		**Obstacles de santé (10 thèmes)**	
santé mentale	45	différences culturelles	50
écoute et compréhension	29	ambivalence dans l'autonomie	37
bien-être	25	barrières linguistiques	25
besoin de se divertir	18	intermédiaires dans les soins	25
besoin d'une vie stable	16	difficultés liées à l'accueil	21
prise en charge médicale	16	discriminations	18
besoins similaires à la pop belge	12	littératie en santé	15
reconnaissance et individualisation	10	occidentalisation des besoins	11
santé liée à l'exil	8	manque de psy et interprètes	8
mutilations et plaies de guerre	4	changement de médecin	5
alimentation	4		
maladies infectieuses	3		
vaccination	2		
Besoins et attente des travailleurs (2 thèmes)		**Rôles des travailleurs (3 thèmes)**	
Formations	20	personne relais	45
moyens et outils des travailleurs	17	confiance	16
		pluridisciplinarité	7