

Faculté de santé publique

**« Comment améliorer
l'accessibilité de la première ligne
de soins pour les demandeurs
d'asile résidant dans les centres
d'accueil collectifs ? »**

Mémoire réalisé par
Louiza BOUDOUH

Promoteur(s)

Thérèse VAN DURME

Année académique 2019-2020

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée



Faculté de santé publique

« Comment améliorer l'accessibilité de la première ligne de soins pour les demandeurs d'asile résidant dans les centres d'accueil collectifs ? »

Mémoire réalisé par

Louiza BOUDOUH

Promoteur

Thérèse Van Durme

Année académique 2019-2020

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens à remercier en tout premier lieu madame VAN DURME, sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pas pu aboutir. En tant que promotrice, elle a su m'apporter des conseils chers et pertinents afin de m'encadrer tout au long de ce travail.

De plus, je tiens à exprimer ma gratitude au corps professoral de la faculté de santé publique UCL pour leur engagement, m'offrant ainsi une formation de qualité.

Un grand merci à mon mari, pour son amour inconditionnel. Son soutien précieux m'a permis de réaliser ce mémoire et ce malgré la difficulté.

Je voudrais également exprimer ma reconnaissance envers mes amies proches pour leur contribution à la réalisation de ce projet. Merci à Marcella DANILUK, Henriette UMUHOZA et Manon PFAFF pour leur aide ainsi que leurs conseils.

Une pensée tout particulière à Moctar MAIGA sans qui ce projet n'aurait jamais pu voir le jour.

Et enfin, je tiens à remercier chaleureusement mes collègues de soins intensifs qui m'ont encouragé tout au long de mes études.

Le Plagiat

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntée ou faisant références à des sources primaires ou secondaires sont référenciées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhère au Code de la déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitations de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. »

Table des matières

INTRODUCTION.....	7
CADRE THEORIQUE.....	9
1. La situation actuelle	9
2. Qui sont les personnes concernées par la migration ?	10
3. Migration et Santé.....	12
3.1. L'état de santé des migrants	12
3.2. Les recommandations sanitaires	15
4. Le Droit à la santé.....	17
4.1. L'union européenne et les demandeurs d'asile.....	19
4. 2. Et la Belgique dans tout ça	19
5. Les besoins spécifiques des demandeurs d'asile	21
CADRE CONTEXTUEL	23
1. Problème et question de recherche	23
2. Identification des obstacles à l'utilisation de la première ligne de soins	24
2.1. Niveau macro : contexte sociétal	24
2.2. Niveau Méso : environnement socio-économique	26
2.3. Niveau micro : population vulnérable.....	27
MÉTHODOLOGIE	31
1. Description du type d'expérimentation.....	31
2. L'échantillonnage	33
3. La collecte des données.....	34
3.2. Le questionnaire Be.Hive destiné aux demandeurs d'asile.....	34
3.3. La grille d'observation	35
4. Méthode d'analyse des données	36
5. Considérations éthiques	37
RÉSULTATS	39

1. Présentation de l'échantillon	39
2. Présentation des résultats	41
2.1. Description de l'utilisation des services de soins et d'aide	42
2.2. La perception des demandeurs d'asile sur la qualité des soins de la première ligne 48	
2.3. L'Environnement socioéconomique complexe	52
DISCUSSION	56
1. Interprétation	56
1.1. Les obstacles au niveau macro	57
1.2. Les obstacles au niveau méso	58
1.3. Les obstacles au niveau micro	59
2. Mise en perspective	61
3. Les forces et les limites de ce travail	63
3.1. Les limites	63
3.2. Les forces de ce travail	65
CONCLUSION	66
Bibliographie	67
ANNEXES	73
Annexe 1 : Annexe de l'Arrêté royal du 9 avril 2007	73
Annexe 2 : Questionnaire Be.Hive adapté pour l'enquête	73
Annexe 3 : Formulaire de consentement pour le questionnaire Be.Hive	73

INTRODUCTION

Ce mémoire s'inscrit dans la continuité de ce qui nous a été enseigné durant ce master en santé publique. Les enseignements reçus durant les cours et tout particulièrement celui de « management et politique de santé » et d' « organisation et analyse de systèmes et réseaux locaux de soins » permettent de mettre en parallèle la théorie à la réalisation de ce travail. L'intérêt porté pour ce sujet s'explique en partie par l'attachement porté à l'Homme dans sa diversité et à la justice sociale dans la répartition des ressources sanitaires disponibles.

L'ampleur médiatique concernant les demandeurs d'asile au sein de l'Union Européenne en 2015 et la responsabilité que nous avons en tant que soignants mais aussi qu'étudiants en santé publique a permis de nous questionner sur l'accès aux soins de santé pour les demandeurs d'asile.

En 2017, 127 millions de personnes nées à l'étranger vivaient dans les pays de l'OCDE, ce qui représente 10% de la population totale (Gurría, 2017). Cette mobilité est favorisée par la quête de meilleurs accès sociaux et d'opportunités professionnelles pour certains, mais pour d'autres, la pauvreté, la violence et les atteintes aux droits de l'Homme les poussent à quitter leur pays à la recherche d'un lieu sûr et sécurisé pour y déposer leur demande d'asile (OIM, 2013; OMS, 2015).

Au-delà de la crise migratoire, ce phénomène de mobilité humaine bien que complexe remet en question le système de santé et nécessite qu'on s'y intéresse afin de s'assurer que le droit à la santé soit respecté (OIM, 2013) (OMS, 2015). Selon OIM (2013), le travail des professionnels de la santé doit pouvoir « *s'adapter aux défis croissant que posent la **complexité**, l'ampleur, la rapidité, la **diversité** et la **disparité de la mobilité** contemporaine afin que tous les migrants jouissent du droit fondamental à la santé* » (OIM, 2013, p. 7).

En théorie, tout migrant qui demande l'asile sur le territoire belge reçoit automatiquement un accès aux soins de santé durant le temps de la procédure (INAMI et Médecins du Monde, 2014). Pourtant plusieurs rapports belges et internationaux s'accordent à penser qu'il y a bel et bien

une inégalité d'accès aux soins de santé (Dauvrin et al., 2019; INAMI & Médecins du Monde, 2014b; IOM, 2016). Selon Dauvrin et al. (2019), le livre Vert sur l'accès aux soins de santé en Belgique (2014), le rapport de la Cour du compte 2017 ainsi que le rapport Migrant Integration Policy index (MIPEX) relèvent *« un système non efficace et non équitable en raison des variations et inégalités d'accessibilité, d'organisation, de disponibilité, de couverture et de qualité des soins des demandeurs d'asile »* (Dauvrin et al., 2019, p. 6)

Agir uniquement sur la santé ne suffit pas à arrêter les inégalités de santé, une multitude d'obstacles rend difficile l'accès à l'utilisation de la première ligne de soins. Pour les demandeurs d'asile en Belgique, la discrimination, le statut juridique, la différence linguistique, culturelle et socio-économique ainsi que les conditions de vie sont autant de barrières à un bon état de santé physique et mentale (OIM, 2013). C'est pourquoi, nous avons souhaité donner la parole aux demandeurs d'asile dans ce présent travail en les interrogeant sur l'accessibilité de la première ligne de soins. Ce qui nous a amené à nous questionner comme ceci :

« Comment améliorer l'accessibilité de la première ligne de soins pour les demandeurs d'asile résidant dans les centres d'accueil collectifs ? »

Ce travail commence par une introduction à la problématique en s'appuyant sur un cadre théorique afin de décrire les concepts utilisés dans la question de recherche. La deuxième partie concerne le contexte migratoire et politique dans lequel s'inscrit la problématique, en identifiant les obstacles que rencontrent les demandeurs d'asile à l'utilisation de la première ligne de soins. La troisième partie concerne la partie empirique d'utilisation et d'analyse des données pour répondre à notre question de recherche. La quatrième partie présente les résultats. Pour terminer par la cinquième et dernière partie avec la discussion en lien avec les résultats et les recommandations pour la pratique et la recherche.

CADRE THEORIQUE

Pour réaliser le cadre théorique, nous nous sommes appuyés sur la revue de la littérature scientifique. Ce qui nous a permis de définir les concepts utilisés dans ce présent travail pour mieux comprendre le contexte dans lequel la problématique s'inscrit dans la société belge.

1. La situation actuelle

Selon le Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (2019), 27.742 migrants ont introduit une demande de protection internationale auprès de l'Office des Etrangers, en 2019. En 2018, ce nombre s'élevait à 23.343 ce qui représente une augmentation de 18,8%. Comme nous pouvons le constater dans la figure ci-dessous, ce chiffre tend à augmenter depuis 2016. Pour rappel, 2015 fut touché par un afflux migratoire sans précédent au sein de l'Union Européenne. Le nombre de demandes enregistré en Belgique à cette période s'élevait à 44760 (CGRA, 2020).

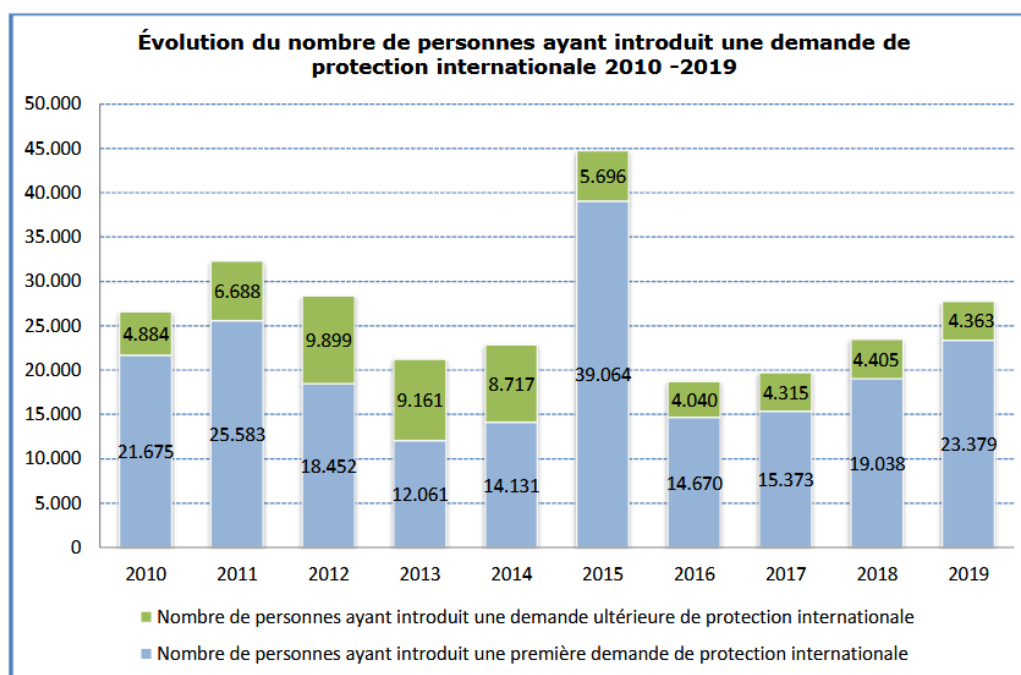
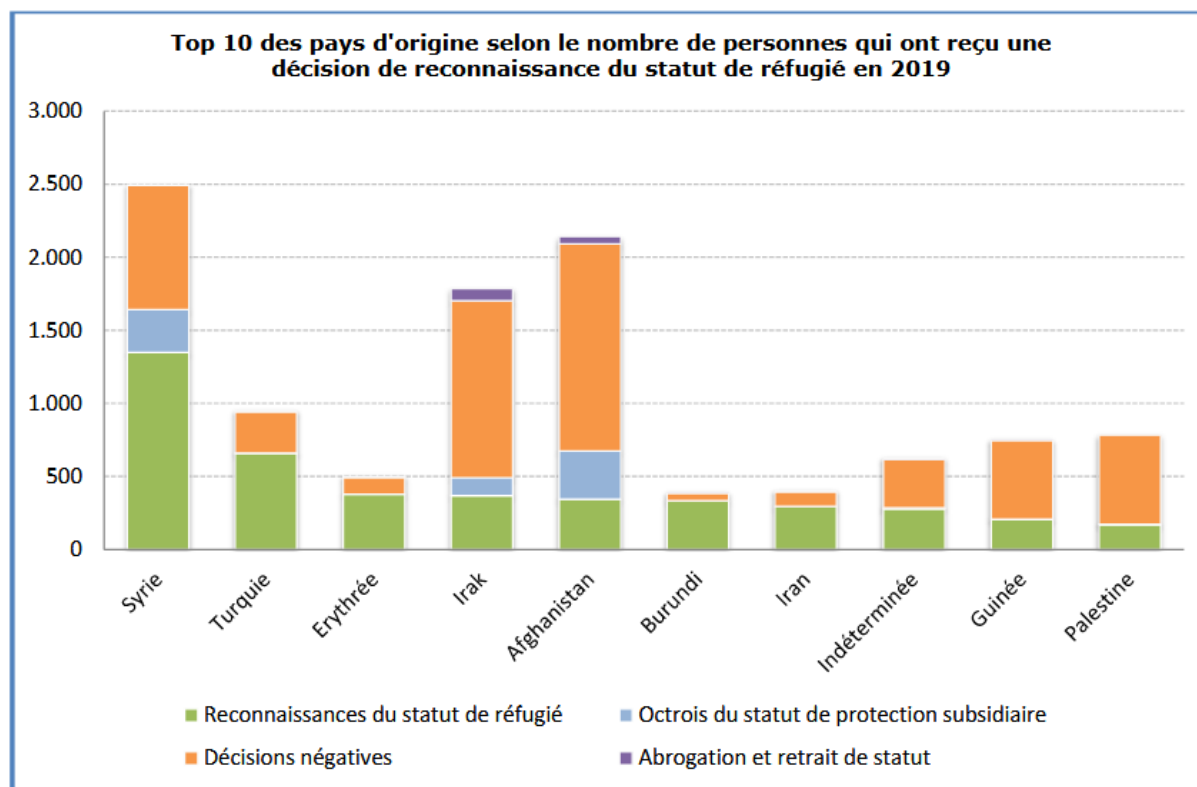


Figure 1– Evaluation du nombre de personnes ayant introduit une demande de protection internationale de 2010-2019. Reproduit à partir de « Statistique d'asile décembre 2019 », par Dermaux, D. 9 janvier 2020. CGRA. https://www.cgra.be/sites/default/files/statistiques_dasile_2019_decembre.pdf

Parmi les personnes ayant introduites une demande de protection internationale, nous retrouverons 5 principales nationalités : afghane, syrienne, palestinienne, irakienne et du salvador. En 2019, le statut de protection a été accordé en grande partie aux Syriens puis aux Turcs et enfin aux Érythréens, aux Afghans et aux Irakiens (CGRA, 2020).



La catégorie « indéterminée » regroupe les personnes dont la nationalité ne peut pas être établie, ou les apatrides.

Figure 2–Top 10 des pays d'origine selon le nombre de personnes qui ont reçu une décision de reconnaissance du statut de réfugié en 2019. Reproduit à partir de « Statistique d'asile décembre 2019 », par Dermaux, D. 9 janvier 2022. CGRA. https://www.cgra.be/sites/default/files/statistiques_dasile_2019_decembre.pdf

Parmi les demandes de protection internationale enregistrées en 2019, le CGRA a considéré dans 36,9 % que les personnes avaient besoin d'une protection. Ce qui représente un total de 5.117 décisions d'octroi d'un statut de protection (CGRA, 2020).

2. Qui sont les personnes concernées par la migration ?

La principale difficulté lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la migration est l'utilisation adéquate des termes utilisés pour définir les personnes concernées (OIM, 2013).

Aborder le sujet de la migration du seul point de vue de la nationalité se serait prendre le risque d'exclure certains migrants et de méconnaître le caractère essentiellement dynamique de la mobilité humaine (OIM, 2013) (Scheppers 2006). Selon le Centre fédéral Migration Myria (2015) : « *Les immigrés se distinguent des étrangers par le fait que les premiers ont effectué une migration, alors que les seconds ont une nationalité différente que celle du pays dans lequel ils vivent et peuvent pourtant n'avoir jamais changé de pays. Tous les étrangers ne sont pas des immigrés* » (Myria, 2015a, p. 1)

Il est important de bien cerner la différence entre les différents termes utilisés : demande de protection internationale, demandeur d'asile, réfugiés.

Comme définit par l'article 2, point h), de la directive 2011/95/UE, une demande de protection internationale est une demande visant à obtenir soit le statut de réfugiés soit le statut conféré par la protection subsidiaire. Cette demande peut être introduite par la personne lors de son arrivée à la frontière ou une fois à l'intérieur du pays et ce indépendamment du fait que la personne ait pénétré sur le territoire légalement ou illégalement (Parlement Européen et Conseil de l'Union Européenne, 2011).

Parmi les migrants, il est important de bien distinguer les demandeurs d'asile des réfugiés. Dans le cadre de ce travail, les demandeurs d'asile ont été le point de départ de nos recherches c'est pourquoi, il nous paraît indispensable d'être au clair avec ce terme. Le demandeur d'asile est une personne qui introduit une demande de protection internationale dans le pays d'accueil et dont la demande n'a pas encore fait l'objet d'une décision définitive (UNHCR, 2019). Une fois la décision prise, celle-ci n'aboutit pas nécessairement au statut de réfugiés (HCR, 2016).

A l'inverse, tout réfugié a du faire une demande de protection en premier lieu. Pour rappel, la convention de Genève (1951) définit une personne réfugiée comme toute personne « *craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne*

peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner... » (United Nations, 1951, art 1 A.2)

3. Migration et Santé

Il semble indispensable de permettre au lecteur d'appréhender la situation actuelle de la santé des migrants ainsi que de leurs droits.

3.1. L'état de santé des migrants

Les problèmes de santé des migrants sont semblables à la population d'accueil mais avec une prévalence plus importante dans certains cas (Bodenmann et al., 2015; OMS/Europe, 2017). Les blessures accidentelles, l'hypothermie, les maladies gastro-intestinales, les accidents cardiovasculaires, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement, le diabète et l'hypertension font partie des problèmes de santé que nous rencontrons fréquemment lors de l'admission des migrants (OMS/Europe 2017).

Ces différents problèmes médicaux et traumatismes physiques s'expliquent en grande partie par leur périple. D'une part, l'interruption des soins de santé constitue un réel problème, surtout dans le cas de maladies chroniques (Bodenmann et al., 2015; OMS/Europe, 2017). D'autre part, les conditions de vie et d'hygiène durant leur déplacement rendent les migrants plus sujets aux maladies infectieuses (Bodenmann et al., 2015; OMS/Europe, 2017).

3.1.1. Les maladies non transmissibles

Selon OMS/Europe (2017), les maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer et les maladies respiratoires chroniques sont les causes les plus courantes de morbidité et de mortalité qui pourraient être évitées.

Comme mentionné plus haut, les conditions dans lesquelles est réalisé le déplacement des migrants les rendent plus vulnérables face à la maladie (OMS/Europe, 2017). En effet, leur voyage entraîne parfois une importante dégradation de leur état de santé provoquée pour certains d'entre eux par:

- ***les déplacements forcés*** qui rendent l’approvisionnement en médicaments et l’accès aux soins de santé difficiles et qui est très souvent à l’origine d’une interruption prolongée des traitements ;
- ***les conditions de vie difficiles*** telles que la perte d’un logement, l’absence de revenus et le manque d’eau et de nourriture ;
- ***les traumatismes physiques et psychologiques*** qui sont à l’origine de certaines complications plus ou moins graves (OMS/Europe, 2017).

A ces maladies aiguës peuvent s’ajouter des maladies chroniques présentes parfois avant le déplacement ou qui se développent durant le voyage et dont la continuité des soins est mise à rude épreuve. En effet, lorsqu’une personne souffre d’une maladie chronique cela demande un traitement régulier avec suivi multidisciplinaire continu qui dure un temps parfois toute une vie (OMS/Europe, 2017). Des complications en lien avec la maladie peuvent survenir et pour lesquelles la personne doit pouvoir faire face physiquement et/ou financièrement car cela peut entraîner d’importantes dépenses de santé (OMS/Europe 2017).

Les statistiques relevées par Médecins du Monde au sein de 11 pays européens¹ vont également dans ce sens. Sur 9 610 patients rencontrés, 47,5 % présentaient au moins un problème de santé chronique dont 51,1 % des patients avaient au minimum une maladie chronique qui n’avait jamais été traitée (Simonnot et al., 2016).

3.1.2. Les maladies transmissibles

L’OMS/Europe (2017) précise que les migrants ne doivent pas être considérés comme uniques facteur favorisant l’importation des maladies transmissibles car elles sont essentiellement liées à la pauvreté. De par les conditions environnementales (guerres, conflits, crises économiques) que connaissent les migrants, ils sont certes plus susceptibles d’être porteurs d’une maladie

¹ Pays faisant partie de l’enquête : Allemagne, Belgique, Espagne, France, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Royaume-Uni, Suède, Suisse.

transmissible en particulier la rougeole et les maladies d'origine alimentaire et hydrique (OMS/Europe 2017).

Une attention particulière est portée à certaines infections telles que la grippe, la tuberculose, le SIDA et d'autres infections respiratoires. Néanmoins, le risque d'être infecté dépend de plusieurs facteurs (OMS/Europe 2017). D'une part, le stress physique et mental ainsi que la précarité due au manque de logement, de nourriture et d'eau potable augmentent le risque d'infections respiratoires chez les migrants (OMS/Europe, 2017). D'autre part, l'incidence de l'infection dans le pays d'origine, les conditions générales durant le déplacement, l'exposition éventuelle à ce type d'infection et enfin les conditions de vie dans le pays d'accueil sont autant d'éléments auxquels il faut tenir compte dans l'éventualité d'une contamination (OMS/Europe 2017). Pour bien comprendre l'importance des éléments précités voici quelques données statistiques :

- L'incidence de la tuberculose en République arabe syrienne varie de seulement 17 nouveaux cas pour 100 000 habitants tandis que ce taux s'élève en moyen à 39 pour 100 000 habitants en Europe (OMS/Europe, 2017).
- La prévalence du VIH varie fortement d'un pays à l'autre. Selon l'OMS/Europe (2017), « *les migrants représentent encore 35 % des nouveaux cas de VIH dans l'Union européenne et l'Espace économique européen depuis cette dernière décennie* » (Maladies transmissibles : les interventions visant à prévenir leur propagation, para.4).

3.1.3. Les violences physiques et psychologiques

A toutes ces maladies s'ajoutent également les souffrances psychologiques. L'enquête réalisée par Médecin du Monde a relevé que parmi les 9610 patients rencontrés, 18% avait subi des violences perpétrées par la police ou les forces armées, 15% des violences sexuelles et 26% des violences psychologiques (Simonnot et al., 2016). Les violences se sont produites tout au long du parcours migratoire commençant dans le pays d'origine mais aussi durant la migration et dans le pays d'accueil (en particulier pour l'expérience de la faim et les violences psychologiques) (Simonnot et al., 2016).

Ces violences ne sont pas sans conséquences, elles impactent considérablement la santé des migrants. Parmi les 9 610 patients rencontrés, « 17,7 % considèrent être dans un mauvais état de santé et 19,8 % considèrent que leur état psychologique est mauvais » (Simonnot et al., 2016,p.5).

3.2. Les recommandations sanitaires

L'OMS/Europe (2017) ne recommande pas le dépistage systématique des maladies auprès des migrants, car il n'existe aucune donnée démontrant clairement son efficacité par rapport au coût engendré. Par contre, il préconise vivement de proposer et de pratiquer des examens médicaux afin que tous migrants ayant besoin d'une protection sanitaire aient accès à des soins de santé (OMS/Europe, 2017). L'objectif étant de détecter les maladies transmissibles comme non transmissibles, dans le respect des droits de l'homme et de la dignité (OMS/Europe, 2017).

En Belgique, tout migrant ayant été enregistré au niveau de l'Office des Etrangers passe un premier examen de dépistage. Il s'agit d'une radiographie du thorax effectuée dans le cadre de la protection de la santé publique en vue d'exclure une éventuelle tuberculose (FEDASIL, 2018).

Pour ceux qui sont identifiés comme ayant une vulnérabilité de santé, un examen médical sommaire est effectué en plus ; durant lequel le personnel médical rassemble un maximum d'informations concernant les problèmes de santé, le traitement et les résultats des examens effectués (glycémie, tension artérielle, etc) sur une fiche médicale qui sera ensuite communiquée à la structure d'accueil (FEDASIL, 2018).

3.2.1 Notion de vulnérabilité de santé

Un point d'attention est porté sur le terme de **vulnérabilité** des migrants (OIM, 2013). Dans ce travail, il est question de « vulnérabilité de santé » plutôt que celui de « groupe vulnérable ». Cette nuance est important, car ce dernier tient compte des multiples facteurs de vulnérabilité et de résilience dont peuvent faire preuve les personnes concernées. L'Observatoire

international ² utilise le concept de « vulnérabilité de santé » car il tient compte à la fois des facteurs dans leur multiplicité et du contexte dans lequel la personne se trouve. Voici un exemple qui permettra de mettre en lumière cette subtile différence : *« une loi restrictive peut rendre l'accès aux soins de santé très difficiles pour une population spécifique : la population n'a pas changé du jour au lendemain, mais la loi crée un contexte de « vulnérabilité en santé » pour ce groupe. Comprendre la dimension multiple de la vulnérabilité en santé est l'unique façon de concevoir des systèmes de santé permettant à toute personne, indépendamment de sa situation, d'accéder aux soins en fonction de ses besoins »* (Simonnot et al., 2016, p.7).

Ce terme « vulnérabilité » est conceptualisé sous deux angles différents : direct et indirect. La vulnérabilité directe est la conséquence directe d'une particularité de la personne ou du groupe telles que le sexe, l'âge, le handicap, le niveau d'instruction et l'absence de protection. La vulnérabilité dite indirecte est liée aux causes structurelles profondes telles que *« les conditions de travail, l'absence de protection juridique, les crimes et conflits, les barrières linguistiques et culturelles, l'absence de protection sociale formelle et informelle pendant et après le processus migratoire, détention par les services de migration »* (OIM, 2013,p.12).

Cette vulnérabilité s'exprime en terme de disparité concernant la santé et l'accès aux soins entre les demandeurs d'asile et la population d'accueil (Dauvrin et al., 2010)

3.2.3. Notion d'accessibilité

L'accès aux soins de santé se définit comme la facilité avec laquelle une personne peut accéder aux prestations de santé *« tant physiquement (distribution géographique), qu'en terme de coûts, de temps et de disponibilité du personnel qualifié »* (Arah et al., 2006).

En effet, l'accès aux soins de santé peut se voir entravé par plusieurs déterminants sociaux qui sont le résultat d'une combinaison de différents facteurs qui une fois additionnés, ils se

² L'Observatoire international est dirigé par Médecins du Monde, les membres du réseau européen et international.

renforcent dans le parcours de vie du demandeur d'asile et créer une inégalité de santé au sein de la société belge (OMS, 2015).

Les demandeurs d'asile combinent en effet plusieurs facteurs de risque en lien avec leur vulnérabilité de santé précitée (Hervé et al., 2015). Selon Simonnot et al. (2016) « **67,5 % des personnes rencontrées en Europe n'ont pas de couverture santé (aucune couverture ou accès uniquement aux soins d'urgence), 40,8 % ont besoin d'un interprète, 24,3 % ont des difficultés financières, 14,2 % rapportent des problèmes administratifs, 9,1 % rapportent avoir un manque de connaissance et de compréhension du système de santé et de leurs droits et enfin, 3,7 % ont subi des discriminations fondées sur leur couleur ou leur origine ethnique dans une structure de santé** » (Simonnot et al., 2016, p. 5)

Ainsi, il est possible de prendre conscience de ce qui pose problème tout en prenant des mesures qui tentent à limiter ou vaincre ces obstacles afin d'améliorer la qualité des soins de santé (Scheppers, 2006).

4. Le Droit à la santé

Indépendamment du statut juridique, l'accès aux soins de santé fait partie des droits fondamentaux de l'être humain. En effet, l'OMS/Europe (2017) s'appuie sur la Déclaration universelle des Droits de l'Homme pour assurer l'accès des réfugiés et des migrants aux soins de santé en déclarant ceci : « **le droit d'accès à un environnement accueillant, à la prévention et, si nécessaire, à des soins de santé de qualité, sans discrimination en raison de son sexe, de son âge, de sa religion, de sa nationalité, de sa race ou de son statut juridique** » (L'accès des réfugiés et des migrants aux soins de santé, para.1).

Pour veiller au respect du principe de la non-discrimination, les Etats doivent s'assurer que tous les individus jouissent du meilleur état de santé possible exercé au moyen de la loi mais aussi des politiques et pratiques qui veillent au respect de leur droit à la santé publique et à la sécurité sociale. L'article 12 de PIDESC décrit le droit à la santé comme « **le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre** » (OIM, 2013, p.17).

Par le mot droit, il est important d'insister sur les obligations des Etats. En effet, ces derniers ne peuvent en aucun cas enfreindre ces droits et se doivent de s'abstenir d'entraver ou de restreindre l'exercice de ces droits dans diverses catégories afin de protéger la dignité fondamentale de tout être humain (OIM, 2013) (Roberfroid et al., 2015).

Cela passe par 3 catégories précises que nous pouvons voir dans la figure ci-dessous. D'une part, il est indispensable de traiter toutes les atteintes aux droits de l'homme préjudiciables à la santé. D'autre part, il est important de diminuer la vulnérabilité face à la maladie en assurant que le droit à l'information, à l'éducation, à la nourriture et à l'eau soit respecté. Et enfin, le développement de la santé doit être assuré via l'absence de discrimination, la libre circulation, le droit à la vie privée et à la participation (OIM, 2013).

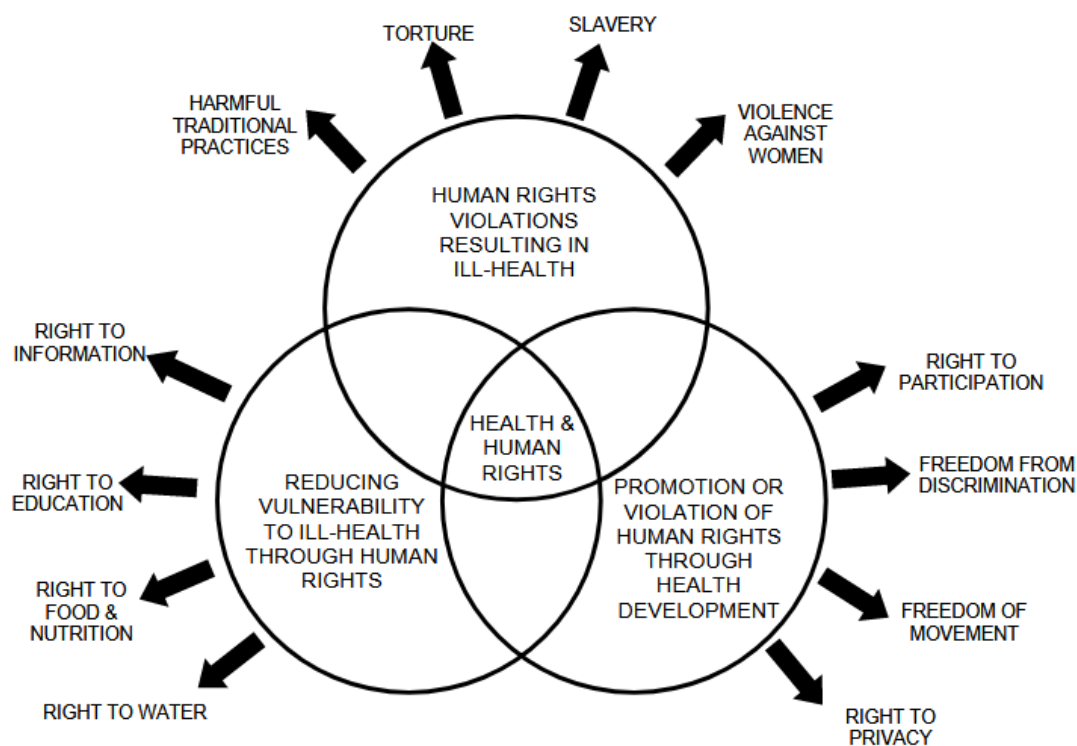


Figure 3 – Liens entre la santé et les droits de l'homme
Reproduit à partir de « Linkages between health and human rights ». 2010. World Health Organization. <https://www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf>

4.1. L'union européenne et les demandeurs d'asile

Au sein même de l'union Européenne, il existe des disparités entre les différents Etats membres en ce qui concerne le contrôle de leurs frontières, l'accueil des migrants et la protection publique. L'union Européenne est certes régie par plusieurs directives communes en ce qui concerne la protection internationale mais la gestion des migrants fait souvent partie de la souveraineté nationale de chaque état membre (OIM, 2013).

Le CGRA (2019) insiste sur l'importance d'harmoniser et d'unifier la politique d'asile au niveau Européen car elle ne peut être efficace que si elle respecte les droits fondamentaux. Pour cela, il estime qu'il est important de « *s'appuyer sur des **faits fondés** sur une vision approfondie de la **réalité complexe** de la problématique de la migration* » (CGRA 2020).

4. 2. Et la Belgique dans tout ça

La Belgique est au rendez-vous sur le plan de l'accueil des migrants et assume sa part de responsabilité en transposant les directives européennes dans la législation belge (Dauvin et al., 2019) .

En effet, il existe la loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers du 12 janvier 2007 qui fixe « *le principe d'une aide matérielle pour les **demandeurs d'asile** et confie à FEDASIL la mission de la délivrer. L'aide matérielle comprend **l'hébergement, les repas, l'habillement, l'accompagnement médical, social et psychologique, l'octroi d'une allocation journalière ainsi que l'accès à l'aide juridique, à des services tels que l'interprétariat et à des formations.*** » (p.24027).

Via cette loi, les services publics belges tentent d'accueillir correctement toute personne qui demande l'asile auprès de l'office des étrangers sur le territoire belge. Une fois que la demande est déclarée recevable par l'organisme, celle-ci est transférée au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (Dauvin et al., 2019; FEDASIL, 2018). Dans les jours qui suivent, le demandeur d'asile se voit assigner un lieu de résidence obligatoire par le dispatching de FEDASIL suivant sa situation familiale, son état de santé et sa langue (Dauvin et al., 2019; FEDASIL, 2018). Le demandeur d'asile est hébergé, le temps de la procédure, en priorité dans

un centre collectif mais quand cela n'est pas possible, il peut être directement référé vers une Initiative Locale d'Accueil (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2018).

Depuis le 20 avril 2020, 27.993 places sont disponibles pour accueillir les demandeurs d'asile. Environ 25.918 personnes résidents dans une institution d'accueil collectif et individuel ce qui équivaut 93% du taux d'occupation (FEDASIL, 2020). Ces centres accueillent les demandeurs d'asile jusqu'à ce que leur droit à l'accueil prenne fin, c'est-à-dire quand la procédure de demande d'asile est terminée. Si la réponse est négative, une demande de recours peut être envisagée. Mais lorsque la demande d'asile a été rejetée définitivement, le demandeur d'asile débout reçoit un ordre de quitter le territoire. Selon FEDASIL et al. (2020), 16% des personnes ayant fait une demande de protection internationale sont retournées dans leur pays d'origine. De janvier à mars 2020, FEDASIL a organisé 555 retours volontaires. Ce chiffre ne reprend pas les départs volontaires effectués dans le cadre de la convention Dublin³ (FEDASIL et al., 2020). Dans le cas contraire où la réponse est positive, le demandeur d'asile reçoit le statut de réfugié et détient un permis de séjour qui lui permet de chercher son propre logement. (FEDASIL 2015).

Notre intérêt se portera uniquement sur les demandeurs d'asile en attente d'une réponse dans les centres d'accueil collectif FEDASIL. Ces derniers sont des centres ouverts où les résidents sont libres de circuler. Ces centres sont souvent des anciens bâtiments (internats, hôpitaux ou bases militaires) transformés pour pouvoir accueillir les demandeurs d'asile (FEDASIL, 2015). Ces logements collectifs peuvent héberger un total de 8.467 personnes un peu partout en Belgique et dans des infrastructures plus ou moins grandes (entre 100 et 800 places) (FEDASIL, 2015).

³ Dans le cadre de la convention de Dublin, une expulsion vers les pays de l'UE où les migrants ont déjà demandé la protection internationale est organisée par l'Office des Etrangers.

5. Les besoins spécifiques des demandeurs d'asile

En plus de l'hébergement, les centres d'accueil collectifs offrent un ensemble de services et d'aide matérielle. Il s'agit à la fois des repas, de l'habillement et de l'accès aux installations sanitaires mais aussi d'une prise en charge sociale, médicale et psychologique (FEDASIL, 2015, 2018). Un système de santé actuel centré sur des soins curatifs ne peut éviter à lui seul les inégalités de santé que rencontrent les demandeurs d'asile à travers les déterminants sociaux de la santé (OIM, 2013). L'OMS (2010) rappelle qu'il est plus important de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé qu'aux soins de santé eux-mêmes.

Hervé and al. (2015) insiste sur l'importance de pouvoir agir en amont du système de soins en tentant de : « *diminuer la pauvreté, améliorer les conditions de vie et de logement, d'éducation, d'accès aux services publics en général* ».

Cette idée est également partagée par Be.Hive (2020) en s'appuyant sur le mémorandum de la fédération Bruxelloise et Wallonne de Promotion de santé (2019) qui stipule « *qu'il est urgent d'opérer un changement de paradigme et de **travailler en amont**, à la fois sur les **déterminants sociaux de la santé** (niveau de revenu, condition de logement et de travail, niveau d'instruction, réseau de soutien social, environnement , mobilité, accès aux services de santé, ...) et la **capacité des populations** à agir sur les déterminants.* » (Be.Hive, 2020b, p. 62)

Le système de santé ne peut à lui seul éliminer les inégalités en ce qui concerne l'accès au soins de santé, le transfert des soins de santé institutionnel vers la première ligne de soins semble être plus adapté pour agir sur les déterminants sociaux et développer une certaine proximité avec le bénéficiaire de soins, sa famille et sa communauté (De Munck et al., 2011; OIM, 2013). Mais comment définir la première ligne de soins ?

Be.Hive (2020, p.21) donne une définition assez complète de celle-ci : « *Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la **communauté**. Ils sont caractérisés par une **accessibilité universelle**, une **approche globale**, axée sur la personne. Les soins sont dispensés par une équipe de professionnels responsable de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s'accomplir dans un partenariat durable avec les personnes (usagers des services de santé ou non) et leurs aidants, dans le*

contexte de la famille et de la communauté locale. La première ligne joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population.»

Les acteurs de la première ligne qui sont responsables des soins axés sur la personne sont nombreux et variés. Ces derniers sont à la fois les aidants, les associations qui les représentent et les professionnels suivants : accueillantes, aides familiales, aides-soignantes, assistants sociaux, dentistes, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, kinésithérapeutes, logopèdes, médecins généralistes, ostéopathes, pharmaciens, psychologues et sages-femmes. Ces différents professionnels collaborent ensemble pour offrir de l'aide et des soins de proximité aux communautés (Be.Hive, 2020; Dauvrin et al., 2019).

Nous pouvons remarquer que Be.Hive (2020) insiste sur l'importance d'assurer l'universalité de l'accès aux soins tout en respectant la particularité individuelle. La première ligne de soins est une approche qui permet d'offrir une prise en charge individualisée en partant de l'histoire de chacun. Dans le cas des demandeurs d'asile cette approche permet de tenir compte de la complexité qui les relie aux soins de santé. Be.Hive (2020, p. 42) tente d'apporter une explication à cette complexité : « *De manière générale, la **complexité** est associée à l'enchevêtrement de **problèmes de santé physique multiples** et **chroniques**, de **souffrance psychique** et de **vulnérabilité sociale et économique**. Si la complexité retient l'attention, c'est qu'elle met à l'épreuve le système de santé, d'abord d'un point de vue financier...* ».

Une approche stratégique de collaboration pluridisciplinaire centrée sur la situation globale de la personne ainsi que ses besoins permettrait de développer, réorganiser et financer un système d'aide et de soins semble être la mieux adaptée aux demandeurs d'asile et à leur vulnérabilité de santé pour ainsi être plus équitable (INAMI & Médecins du Monde, 2014b).

CADRE CONTEXTUEL

La revue de la littérature au sujet de l'accessibilité de la première ligne de soins et la recherche d'informations en matière de population ayant une « vulnérabilité de santé » tel que les migrants de façon générale nous ont permis de relever un ensemble de dimensions importantes à prendre en compte pour mieux comprendre et appréhender les enjeux en termes de santé publique.

Nous allons dans cette section aborder les obstacles que rencontrent les demandeurs d'asile à l'utilisation de la première ligne de soins.

1. Problème et question de recherche

Ce mémoire tente d'analyser le contexte sanitaire actuel au sujet des demandeurs d'asile et leur accès à la première ligne de soins en essayant de répondre à la question suivante : « *Comment améliorer l'accessibilité de la première ligne de soins pour les demandeurs d'asile résidant dans les centres d'accueil collectifs?* »

Cette problématique se divise en deux grandes parties ; d'une part il est question de relever les obstacles de la première ligne de soins et d'autre part d'apporter une certaine réalité de terrain afin d'émettre des recommandations pour améliorer l'accès aux soins des demandeurs d'asile. C'est deux parties ne font qu'une seule et unique question en soit, étant donné qu'il est nécessaire d'identifier les obstacles pour pouvoir émettre des recommandations sur l'utilisation des services de santé par les demandeurs d'asile en Belgique.

Ainsi, ce travail de recherche nous fait prendre conscience de ce qui pose problème et en explore la réalité du terrain. De cette façon, nous espérons répondre aux objectifs suivants :

-Objectif 1 : Identifier comment les personnes ayant le statut de demandeur d'asile perçoivent l'accessibilité à la première ligne de soins et d'aide en Belgique francophone.

-Objectif 2 : A partir des obstacles identifiés, émettre des recommandations afin d'améliorer la structure de la première ligne de soins pour les demandeurs d'asile.

2. Identification des obstacles à l'utilisation de la première ligne de soins

Selon Michel Roland⁴ et Ingrid Pelgrim⁵ : « *La Belgique est considérée comme un pays ayant une bonne protection sociale et un système de santé de qualité* » (INAMI & Médecins du Monde, 2014b). Malgré cela, une partie de la population considérée comme ayant une « vulnérabilité de santé » rencontre des difficultés d'accès aux soins de santé de la première ligne (Devos et al., 2019).

Les demandeurs d'asile sont confrontés à de multiples obstacles aux soins de santé. Ces derniers sont définis comme tout ce qui limiterait l'utilisation des services de santé en compliquant soit l'accès, soit son utilisation ou ses avantages (Scheppers 2006).

La description des obstacles telle qu'elle est relatée dans ce chapitre provient de la recherche de la littérature scientifique. Il en est ressorti plusieurs facteurs pouvant altérer de près ou de loin l'accessibilité et la qualité des soins, ces facteurs se divisent sur 3 niveaux différents (Lorant et al., 2011).

- **Niveau macro** : contexte sociétal, il est question de gouvernance et de politique Belge.
- **Niveau méso** : contexte environnemental, il est question du centre collectif d'accueil.
- **Niveau micro** : contexte individuel, il est question de la vulnérabilité de santé des demandeurs d'asile.

2.1. Niveau macro : contexte sociétal

Comme nous avons pu le voir plus haut, la législation ne suffit pas à assurer le droit à la santé des migrants, elle peut parfois devenir un obstacle juridique dans l'accès de soins de santé. Actuellement, il n'est pas rare que l'état belge se serve du statut juridique ou du lieu de résidence pour permettre ou pas aux personnes d'accéder à certains soins. Ce qui parfois va à l'encontre de la charte internationale⁶, des droits de l'Homme (OIM, 2013).

⁴ Président de Médecin du Monde

⁵ Responsable de la rédaction du livre vert de l'INAMI 2014

⁶ La Charte internationale des droits de l'homme comprend la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et ses deux protocoles facultatifs (ONU)

Une approche des soins de santé centrée sur la première ligne de soins auprès des demandeurs d'asile nécessite une gouvernance adaptée et une volonté politique. Or le système de soins de santé belge pour les demandeurs d'asile est complexe et manque de coordination et de collaboration pour offrir une politique générale (Dauvrin et al., 2019).

Actuellement, il existe une discordance dans l'accueil des demandeurs d'asile auprès des entités fédérées. Dans les centres d'accueil collectif, la couverture de bases des soins médicaux (annexe 1) comprend des soins repris dans la nomenclature INAMI avec un élargissement et une restriction dans certains cas (Arrêté royal du 9 avril 2007). En effet, certains soins repris par la nomenclature INAMI ne s'appliquent pas car considérés comme non indispensables pour mener une vie conforme et digne tels que l'orthodontie, les prothèses dentaires lorsqu'il n'existe pas de problème de mastication, et ce quel que soit l'âge du patient, les soins dentaires et les extractions dentaires sous anesthésie générale (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2018; INAMI & Médecins du Monde, 2014b). D'autres soins sont par contre accordés aux demandeurs d'asile même si ils ne sont pas repris dans la nomenclature INAMI, en voici quelques exemples : certains médicaments de catégories D, des extractions dentaires, du lait spéciale nourrisson lorsque l'allaitement maternel n'est pas possible, les lunettes pour enfants, ... (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2018; INAMI & Médecins du Monde, 2014b)

Paradoxalement, l'accès aux soins diffère considérablement dans les initiatives locales d'accueil (ILA). Le CPAS ne bénéficie pas de la nomenclature INAMI adapté aux demandeurs d'asile. La prise en charge des soins médicaux passe par le conseil du CPAS, c'est lui qui décide d'accorder ou pas l'autorisation de consulter un prestataire des soins. Les frais engendrés sont également assumés par le CPAS qui se fait ensuite rembourser par le SPP Intégration Sociale (Dauvrin et al., 2019; INAMI & Médecins du Monde, 2014b).

L'essentiel du problème réside en grande partie dans le fait que le financement de ces soins de santé dépend d'instances différentes selon que le demandeur d'asile soit hébergé dans un centre d'accueil collectif ou dans une Initiative locale d'accueil gérée par un CPAS (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2015). Cela a un impact considérable sur la continuité des soins lorsque le patient change de lieux d'hébergement (Dauvrin et al., 2019).

2.2. Niveau Méso : environnement socio-économique

Les migrants en Belgique forment une population très hétérogène avec de nombreuses différences en matière de passée, de trajectoire et de conditions de vie actuelles. Cette diversité au sein d'une même société met à rude épreuve la capacité du système de santé à fournir des services abordables, accessibles et sensibles aux besoins de chaque demandeur d'asile (OIM, 2013)

2.2.1. L'accès aux soins dans les centres FEDASIL.

Dauvrin et al. (2019, p.16) fait mention que dans les centres d'accueil collectifs « ...à quelques détails près, l'accès aux soins de santé y est organisé de la même façon partout ».

Les soins de la première ligne s'organisent au sein même du centre FEDASIL et sont gratuits pour tous les résidents. Une équipe médicale composée d'infirmières et de médecins généralistes est présente la semaine. Le rôle de l'infirmière est essentiel car elle est le relais entre les demandeurs d'asile et le médecin (FEDASIL, 2018; INAMI & Médecins du Monde, 2014b). Elle a une certaine autonomie d'action (premier tri pour les cas bénins) et sa fonction se voit élargie à d'autres rôles comme les prises de rendez-vous auprès des professionnels extérieurs (FEDASIL, 2018; INAMI & Médecins du Monde, 2014b). Le médecin quant à lui travaille en collaboration avec le centre tout en gardant sa responsabilité médicale et son indépendance professionnelle (FEDASIL, 2018; INAMI & Médecins du Monde, 2014b).

Lorsque les soins dépassent les compétences du médecin, le patient se voit souvent référer vers un autre professionnel de santé externe au centre. Les consultations de spécialistes et les hospitalisations se font directement par le médecin qui octroie une garantie de paiement (appelé réquisitoire) qui est délivré par le centre. Tous les soins prodigués au bénéficiaire est entièrement pris en charge par le centre FEDASIL uniquement s'ils font partie de la convention INAMI et qu'ils sont validés au préalable par un réquisitoire (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2018; INAMI & Médecins du Monde, 2014b).

Dans le cas où le patient décide par lui-même de consulter un autre professionnel de la santé en dehors du cadre du centre d'accueil, les frais seront entièrement à charge du patient. D'une

certaine façon, les demandeurs d'asile n'ont pas le choix du prestataire de soins même si sur le terrain le travailleur social et médical tente tant bien que mal de respecter les préférences des patients (Dauvrin et al., 2019).

Le système de soins fournis dans les centres d'accueil collectifs tente d'apporter une approche globale tout en tenant compte de la situation sociale et du contexte de vie des demandeurs d'asile (INAMI et Médecins du Monde 2014). Cette équipe pluridisciplinaire attitrée aux demandeurs d'asile apporte une plus-value car souvent bien informée sur la situation et les droits des patients (INAMI et Médecins du Monde 2014). Mais la charge de travail est bel et bien présente face au nombre élevé de résidents (INAMI et Médecins du Monde 2014).

2.2.2. Les conditions de vie dans les centres d'accueil collectifs

Les demandeurs d'asile sont soit venus seuls ou en famille avec parfois des enfants en bas âge. Une fois que le lieu de résidence leur est assigné, ils sont souvent accueillis dans des chambres ou des dortoirs (Dauvrin et al., 2019). Les centres sont souvent composés de grands espaces communs (cuisine, réfectoire,...) où les résidents participent au service communautaire tels que le maintien des espaces communs, la distribution des repas, etc (FEDASIL, 2018; INAMI & Médecins du Monde, 2014a). Cette infrastructure représente un réel risque quant à la prévention de certaines maladies, les problèmes relationnels et comportementaux (INAMI & Médecins du Monde, 2014b).

D'autant plus que la littérature a démontré que les conditions de vie dans les centres d'accueil collectif avaient un impact négatif sur la santé des résidents. Selon Dauvrin et al. (2019, p.24), *« les travailleurs de terrain rencontrés estiment qu'au-delà de 4 mois des problèmes de santé apparaissent tels que le manque de sommeil, l'anxiété et la dépression »*.

2.3. Niveau micro : population vulnérable.

Nous savons, que chaque demandeur d'asile apporte avec lui dans la société d'accueil, sa langue, sa culture et ses croyances mais aussi sa propre conception de la santé. Le travail quotidien des professionnels de la santé s'en trouve inévitablement modifié (OIM, 2013).

2.3.1. La barrière linguistique

La langue est un outil de communication qui parfois constitue un obstacle de taille dans la prise en charge médicale. C'est pourquoi, il est primordial de s'assurer que l'information voulue est à la fois disponible et comprise par toute la population (littératie en santé) (HA Chi Cuong, 2016; Vanderbroeck & Liesbeth, 2018). Dans le concret, une compréhension erronée de la part du soignant et du soigné peut avoir un impact considérable sur l'accès et la qualité des soins (HA Chi Cuong, 2016; OIM, 2013).

La barrière de la langue rend la consultation médicale compliquée à tous les niveaux, cela va de la simple prise de rendez-vous, à la consultation en elle-même ou encore au suivi médical (HA Chi Cuong, 2016). Ne pas pouvoir communiquer dans la même langue que les professionnels de la santé est source d'anxiété et de frustration chez les migrants (HA Chi Cuong, 2016).

Sur le terrain, le problème de communication est souvent géré en interne via les compétences linguistiques d'un membre de la famille ou du personnel (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2018). Cela remet en cause le principe du secret professionnel car certains patients restent prudents durant leur consultation par peur que les informations soient ébruitées ou par pudeur lorsqu'il s'agit de récit plus intime en présence d'une tierce personne (Dauvrin et al., 2010) (HA Chi Cuong, 2016).

Afin de lever cet obstacle, le recours à des interprètes professionnels est jugé judicieux quand il s'agit d'obtenir le consentement du patient pour garantir le caractère confidentiel du soin mais aussi pour s'assurer que le patient apporte une réponse éclairée dans le cas de la mise en place d'un traitement ou d'une intervention (OIM, 2013). Même si les frais sont prise en charge par FEDASIL, ce système ne présente pas uniquement des avantages, il reste difficile à obtenir pour cause d'interprètes adaptés à la langue recherchée (FEDASIL, 2015; HA Chi Cuong, 2016).

2.3.2. La barrière culturelle

Avant de continuer sur ce sujet, il est essentiel de définir le concept même de la culture. La culture se définit « *comme l'ensemble des caractéristiques distinctives, acquises et partagées par un groupe d'individus et englobe dans sa définition la plus large, les notions de culture nationale, traditionnelle et religieuse, forgeant ainsi les valeurs, croyances et coutumes personnelles et sociétale* » (HA Chi Cuong, 2016, p.11)

Les demandeurs d'asile emmènent avec eux, leur culture et leurs croyances ainsi que leur propre conception de la santé. Ce qui crée une différence culturelle entre eux et les professionnels de la santé et cette différence est responsable de discordance en ce qui concerne leurs attentes dans les soins prodigués. Les patients ressentent surtout de la frustration lorsque les soins reçus ne concordent pas avec leur croyance (Dauvrin et al., 2010; HA Chi Cuong, 2016).

La médecine occidentale peut être déconcertante pour certains demandeurs d'asiles plutôt habitués à une médecine paternaliste. La responsabilisation du patient face à sa maladie (empowerment), la notion d'éducation à la santé restent pour certains une approche toute à fait différente de ce qu'ils connaissaient dans leur pays. Certains propos tel que « *c'est vous le docteur pourquoi me demandez-vous mon avis ?* » ou « *je suis le patient, je suis à vos ordres* » nous montre bien que la notion empowerment leur était totalement étrangère (HA Chi Cuong, 2016).

2.3.3. La complexité des procédures administratives entourant les soins.

La complexité et le manque de cohérence du système administratif belge en ce qui concerne les soins de santé rendent l'accès aux soins difficiles. Beaucoup de demandeurs d'asile ne savent pas toujours où se rendre pour accéder à des soins médicaux. Les démarches administratives semblent également contraignantes pour les patients qui éprouvent des difficultés à naviguer dans le système bureaucratique. D'autant plus, qu'ils ressentent un manque de soutien de la part des prestataires de soins qui n'ont pas toujours conscience des difficultés administratives ressenties par les patients (HA Chi Cuong, 2016; Simonnot et al., 2016).

Néanmoins, les demandeurs d'asiles qui résident dans un centre d'accueil collectif tel que FEDASIL ne rencontrent pas cette problématique car la première ligne de soins est assurée par une équipe pluridisciplinaire qui tente de gérer au mieux le trajet de soins de chacun de leur résident. (Dauvrin et al., 2019).

MÉTHODOLOGIE

Le choix d'une démarche exploratoire semble être la plus adaptée dans le cas de notre travail car il permet de clarifier la problématique existante sur base des données théoriques afin d'apporter une structure à notre enquête de terrain

En effet, nous avons vu qu'il existait un bon nombre d'obstacles à l'utilisation de la première ligne de soins. Nous souhaitons à présent savoir comment nous pouvons améliorer l'accès aux soins pour les demandeurs d'asile à travers leur perception de la première ligne. Pour tenter d'y répondre, nous avons utilisé plusieurs outils : un questionnaire de recueil de données, utilisé dans le cadre de la recherche autour des forces et faiblesses de la première ligne francophone (le questionnaire Be.Hive) et une grille d'analyse.

1. Description du type d'expérimentation

L'étude présentée dans ce mémoire fait partie intégrante du projet pilote Be.Hive (2019) dont l'objectif général est de « *soutenir et améliorer la première ligne de soins qui regroupe tous les acteurs impliqués dans l'aide et les soins aux personnes qui vivent à domicile* ».

Le développement du questionnaire Be.Hive (questionnaire électronique et papier) devait cibler principalement la perception de la première ligne de soins et d'aide en Belgique francophone en comparant les visions des différents acteurs entre eux. La méthodologie du développement des questionnaires Be.Hive s'est déroulée comme suite et est consultable sur le site Be.Hive.

L'identification des thèmes pour le questionnaire s'est faite de janvier à avril 2019 et a été effectué sur base de la revue de littérature systématique avec l'ensemble des chercheurs des work packages (Be.Hive, 2020a). Il en est ressorti 84 thèmes et sous-thèmes, ce nombre a ensuite été réduit en vue de la réalisation du questionnaire sur base de 2 critères qui sont les suivants : critère d'universalité et de prise de position possible (Be.Hive, 2020a). Cette démarche a permis de répartir 20 sous-thèmes dans 4 dimensions qui sont les suivants : la qualité des soins, la qualité de la vie de la personne, l'efficacité et la qualité de vie du professionnel (Be.Hive, 2020a).

C'est sur base de ces sous-thèmes répartis dans chacune des dimensions que l'ensemble des work packages ont élaboré le questionnaire (Be.Hive, 2020a). Ce questionnaire comprend des renseignements généraux sur l'utilisation de la première ligne de soins, sur la pratique des professionnels ainsi que sur leur collaboration mais également des informations plus personnelles sur les répondants (conditions financières, l'âge, le sexe, la nationalité des parents et le niveau d'étude).

Tableau 1. Thèmes et sous-thèmes identifiés lors de la revue littéraire menée en janvier-avril 2019, organisés selon les 4 objectifs du Quadruple Aim (Bodenheimer & Sinsky, 2014), auquel nous avons ajouté l'enseignement.

Thèmes	Sous-thèmes
Améliorer la qualité des soins	Soins centrés sur les objectifs de vie de la personne Promotion de la santé & Prévention Accessibilité & Non-discrimination Evidence-based practice (EBP, ou la pratique informée par les résultats de la recherche) Participation à la décision thérapeutique Sécurité
Améliorer la qualité de vie	Qualité de vie de la personne Équilibre occupationnel
Améliorer l'utilisation des ressources	Gestion & ressources au niveau meso - Engagement communautaire - Rémunération des professionnels & des structures - Utilisation NTIC - Répartition des tâches au sein de la première ligne - Répartition des tâches entre la première et deuxième ligne Gestion & ressources au niveau micro - Utilisation NTIC - Pour les personnes en situation complexe: case management
Améliorer la qualité de vie du prestataire	Qualité de vie du prestataire Identité professionnelle Dominance du genre
Soutenir l'enseignement	Renforcement des compétences professionnelles en ce qui concerne les sous-thèmes ci-dessus

Tableau 1– Thèmes et sous-thèmes identifiés lors de la revue littéraire menée en janvier-avril 2019, organisé selon les 4 objectif du quadruple Aim (Bodenrheimer & Sinsky, 2014), auquel nous avons ajouté l'enseignement. Reproduit à partir de Méthodologie de développement des questionnaires, Be.Hive. 18 février2020. http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/2.M%C3%A9thodo_D%C3%A9veloppementQuestionnaire_2020.02.18.pdf

Pour la réalisation de ce présent travail de recherche, le questionnaire Be.Hive qui se trouve en ligne a donc été adapté de façon à ce qu'il puisse être destiné à la problématique de notre public cible. C'est pourquoi, nous n'avons retenu qu'une partie des questions en lien avec

l'accessibilité et les obstacles de la première ligne éventuels en tenant compte uniquement les questions concernant les dimensions suivantes : *qualité des soins, qualité de vie de la personne et efficience*. Ainsi, le questionnaire final comprend 31 questions au total et est consultable en annexe 2.

2. L'échantillonnage

Le public cible de l'étude Be.Hive concerne toute la population (Be.Hive, 2020a, 2020b). Mais pour notre travail de recherche, le choix des personnes questionnées a été effectué par échantillonnage intentionnel. La taille de l'échantillon n'a pas été prédéfinie au départ car il ne s'agit pas dans notre cas d'apporter une puissance statistique mais bien d'atteindre la saturation d'informations (Aujoulat, 2016).

Les critères d'inclusion pour la sélection de celles-ci étaient :

- 1) Être majeur
- 2) Avoir le statut de demandeur d'asile
- 3) Être inscrit à un centre d'accueil collectif
- 4) Savoir parler une des langues suivantes : français, anglais ou arabe.

Le choix des critères d'inclusion a été réfléchi de telle manière à ce qu'il soit le plus « représentatif » sans qu'il soit faussé par les différents statuts migratoires. En effet, la population est large, mais le choix d'inclure uniquement les migrants ayant le statut de demandeur d'asile est double. La population est certes élargie d'un point de vue ethnique même si le champ d'étude est restreint. La cadre de la recherche se trouve restreint via des concepts importants mais également complexes (statut migratoire) dans le domaine de la santé (la première ligne de soins). Le risque encouru, en restreignant ainsi l'échantillonnage, était de tendre vers des résultats plus spécifiques et donc moins généralisables (Aujoulat, 2016).

A cela s'ajoute, le critère concernant le lieu de résidence. Il était en effet difficile d'appréhender complètement la première ligne de soins sans tenir compte de l'ensemble des infrastructures qui côtoient de près ou de loin les demandeurs d'asile. Les soins de santé sont octroyés par le centre d'accueil fédéral ou par une structure partenaire qui diffèrent par leur organisation.

Les répondants ont été recrutés via l'association Yambi développement. Grâce à cette association, nous avons pu offrir le 6 janvier 2019 un repas aux demandeurs d'asile du centre FEDASIL de Rixensart. C'est lors de cette rencontre que nous avons pu établir un premier contact avec les demandeurs d'asile. Les participants potentiels ont été rencontrés dans leur environnement de vie afin de s'assurer qu'ils répondaient aux critères d'inclusion pour l'enquête. Nous leur avons proposé de participer à notre étude tout en leur expliquant en quoi cela consistait. Au départ, quatre personnes ont accepté. Nous avons ensuite échangé nos numéros de téléphone pour convenir d'une date. Le reste des répondants ont été contacté via les premiers et ainsi de suite pour aboutir à un total de 17 participants.

3. La collecte des données

La collecte d'informations s'est déroulée du 9 mars au 15 mars. Elle repose essentiellement sur 2 matériaux distincts : le questionnaire Be.Hive et la grille d'observation.

3.2. Le questionnaire Be.Hive destiné aux demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile en Belgique n'ont pas forcément les moyens d'accéder au questionnaire en raison de leur « vulnérabilité de santé ». En effet, ce dispositif informatisé de collecte de données ne semblait pas adapté à notre public qui n'a pas toujours accès à internet ou à un système informatique (ordinateur, téléphone portable) pour pouvoir y répondre.

A cela s'ajoute la barrière de la langue. C'est pourquoi, le questionnaire informatique a été proposé en format papier avec une traduction en arabe et anglais. Ce processus de traduction a été fait en amont des entretiens avec les répondants. La traduction en anglais s'est faite par un professionnel de la santé sur base du questionnaire simplifié de Be.Hive. Concernant la traduction arabe, nous n'avons pas trouvé des professionnels de la santé compétents pour traduire mais un traducteur dont la langue maternelle est l'arabe a permis d'élaborer une traduction complète et précise du questionnaire.

Dans l'ensemble, le questionnaire ne présentait ni de jargons médicaux ni de terminologies relativement compliquées car son objectif premier est d'atteindre le tout-venant. Néanmoins, une attention particulière concernant une traduction conceptuelle plutôt que littéraire a été

portée aux terminologies scientifiques et aux particularités culturelles de la Belgique (World Health Organization, 2017).

Ensuite, nous avons fait relire ces questionnaires par deux anglophones et trois arabophones afin de corriger tous les mots ou phrases problématiques soit parce qu'ils ont été mal compris soit parce qu'ils ne traduisaient pas correctement les concepts utilisés dans le questionnaire original. Un pré-test a ensuite été effectué auprès de 2 demandeurs d'asile pour s'assurer de la compréhension des questions à travers leurs propres mots. Nous avons ainsi pu relever les phrases qui étaient mal comprises afin de modifier la traduction finale du questionnaire.

Nous avons néanmoins estimé que notre présence était indispensable lors de la récolte des données afin que chaque répondant puisse revenir vers nous pour d'éventuel éclaircissement.

La récolte de l'information a été réalisée sur base d'une rencontre jusqu'à saturation des informations, en interrogeant les participants en face-à-face à travers les questions sélectionnées à partir de l'enquête Be.Hive. Les participants ont été conviés pour une rencontre qui a eu lieu à l'endroit qu'ils leur convenaient, selon leurs disponibilités.

3.3. La grille d'observation

L'observation réalisée durant les entretiens fait partie intégrante de la recherche. Cet outil d'analyse permet de saisir des données qui vont bien au-delà des données obtenues via le questionnaire. En effet, l'observation directe faite lors des entretiens permet de relever avec attention tous les éléments du champ perceptif que ce soit le cadre dans lequel se déroule les entretiens ou les comportements non verbaux des répondants (Coilot et al., 2014).

L'observation systémique des circonstances faite durant les rencontres avec les demandeurs d'asile est directe et spontanée (Coilot et al., 2014). Le fait que l'observation soit spontanée cela implique que la démarche n'a pas d'objectif précis et dont notre rôle a été principalement de balayer du regard dans toutes les directions pour ne rien omettre de l'analyse (Coilot et al., 2014).

En ayant une attention particulière au contexte dans lequel se déroule l'entretien, nous avons pu en ressortir une série de notes relevant les faits observés durant les entretiens afin de pouvoir

les analyser. Ces notes sont recueillies et classifiées dans une grille d'observation sous la forme d'un tableau qui respecte la structure du questionnaire (Coilot et al., 2014).

Bien que l'observation soit subjective car elle se base sur ce qui est entendu, perçu et vu durant notre enquête (Coilot et al., 2014). Il n'en reste pas moins que l'objectivité est indispensable afin d'obtenir des descriptions précises et justes. Pour se faire, nous avons été vigilant concernant l'interprétation que nous donnions à nos observations en ayant conscience de notre propre perception qui se trouve fortement influencée par nos filtres personnels, neurologiques et socioculturels (Coilot et al., 2014).

4. Méthode d'analyse des données

Comme dans tout processus de recherche, l'analyse des données recueillies est une étape nécessaire pour tirer des conclusions. L'analyse des données qualitatives n'est ni une tâche simple ni une tâche rapide. Les unités d'analyse prédéfinies se sont faites à l'aide d'une catégorisation conceptualisante ancrée sur la théorie (Aujoulat 2016). Ces dernières sont réparties suivant les sous-thèmes préétablis par Be.Hive afin de répondre aux objectifs finaux de la recherche.

C'est pourquoi, la collecte de donnée respecte les étapes d'analyse suivantes :

1. L'ensemble des données recueillies ont été intégralement retranscrites, dépouillées, classées en une unité d'analyse. L'analyse fut rigoureuse et systématique afin de pouvoir déconstruire les données en toute objectivité. Pour se faire deux niveaux d'analyse se complètent pour contribuer à un processus de théorisation. D'une part, l'analyse descriptive consiste à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche. D'autre part, l'analyse interprétative consiste à interpréter les résultats et les démontrer via la subjectivité mais également les connaissances issues de littérature (Aujoulat 2016).
2. Le traitement des données a été compilé dans une base de données au moyen du logiciel Excel afin d'offrir une vision simplifiée des différentes catégorisations conceptualisantes étudiées.

3. Il s'en est suivi de la synthétisation des catégories conceptualisantes en lien avec une réflexion personnelle et épistémologique. D'une part, il était question de rapporter notre propre expérience dans le domaine et d'identifier notre subjectivité. D'autre part, un regard critique sur l'ensemble de la recherche et sur l'impact de nos choix a été développé (Aujoulat 2016).
4. Et enfin, nous avons terminé par la rédaction structurée tout en intégrant des extraits d'entretiens en regard des objectifs préalables.

5. Considérations éthiques

Le projet de recherche présenté dans ce document s'inscrit dans le cadre du projet pilote Be.Hive qui a obtenu le 19 septembre 2019, l'approbation des Comités d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc de l'UCLouvain, de l'ULB et de l'Université de Liège et porte le 2019/02SEP/379. Ce présent mémoire fait partie du travail de Be.Hive pour ce qui est de l'exploration de la perception des acteurs de la première ligne (Be.Hive, 2019).

Dans le respect la dimension éthique, le projet de recherche a fait l'objet d'autorisation auprès de madame Van Durme afin de valider le protocole de recherche mais également d'une demande préalable d'autorisation et de consentement auprès de l'ensemble des participants. Un formulaire de consentement éclairé (annexe 3) leur expliquant l'intérêt de l'étude ainsi que le lien avec l'étude Be.Hive a été présenté à tous les participants. De cette façon, les personnes concernées savaient exactement l'objet de l'étude et son déroulement et pouvaient ainsi donner leur consentement de façon libre et éclairée.

Les participants ont également été informés sur l'engagement que nous portons au respect de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies.

La garantie de l'anonymat a mérité une attention tout particulièrement durant l'enquête car pour des raisons d'organisation l'identification des participants semblait importante pour la prise de contact. Néanmoins, nous avons veillé à ce que les données recueillies sur les questionnaires ne comportent pas le nom de la personne interrogée. Ils ont tous été remplacés par des numéros.

Conformément aux lois belges du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et du 22 août 2002 relative aux droits du patient ainsi que par les réglementations européennes (sur la protection des données à caractère personnel du 25 mai 2018) et belge en vigueur, les données recueillies demeureront strictement confidentielles. Etant donnée la richesse des données qualitatives, les questionnaires complétés ont été rangés en lieu sûr et protégés lors de leur traitement. La retranscription des résultats a été codée par nos soins avant tout partage de données. L'identification par le nom ou par une autre manière est impossible dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude.

Nous avons également informé les participants de leur droit de rétraction non préjudiciable. Ce droit leur assure la liberté de poursuivre ou non l'entretien et de se retirer du projet en tout temps.

RÉSULTATS

1. Présentation de l'échantillon

La recherche empirique de ce travail a permis d'obtenir 17 entretiens d'environ 45 minutes à 1 heure. Tous les répondants sont des demandeurs d'asile résidant au centre FEDASIL de Rixensart et sont considérés comme des usagers des services de soins ou non et leurs aidants. Après avoir réalisé 10 entretiens au sein même du centre d'accueil FEDASIL, nous avons pu constater que les nouveaux participants n'ajoutaient pas d'éléments significatifs pour la recherche, c'est pourquoi nous avons considéré que le nombre total des participants suffit à apporter une interprétation critique et constructive.

La répartition des répondants suivant le sexe et l'âge est présentée sur les deux figures suivantes :

Sur la figure 1, nous observons une répartition plus ou moins égale entre les hommes et les femmes.

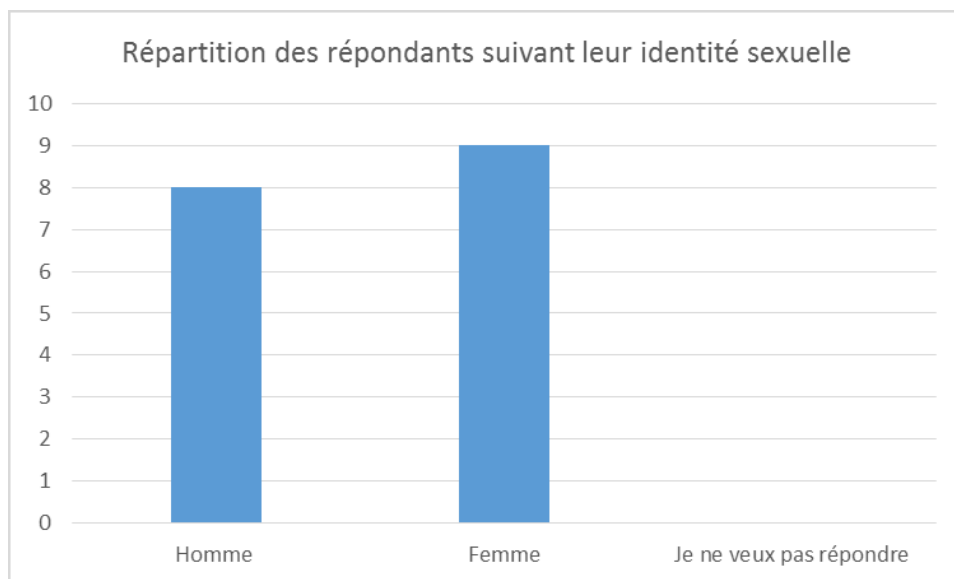


Figure 1 : Répartition des répondants concernant leur identité sexuel

Sur la figure 2, nous remarquons que la population est relativement jeune avec 16 des répondants qui ont entre 18 et 40 ans. Nous pouvons constater qu'aucun des répondants n'a au-dessus de 50 ans.

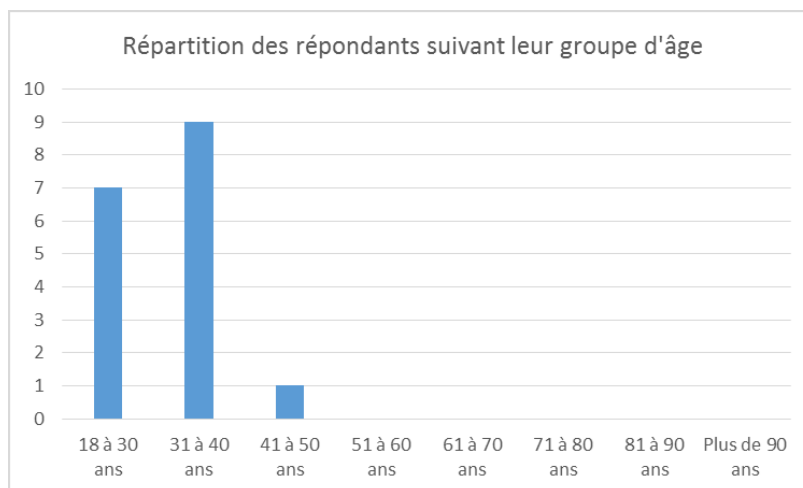


Figure 2 : Répartition des répondants suivant leur groupe d'âge

Etant donné le statut des répondants, il semble intéressant de mettre en évidence leur nationalité à travers celles de leurs parents. Dans la figure 3, tous les répondants ont des parents de même nationalité à l'exception d'une personne dont la nationalité de la mère est jordanienne et celle du père palestinienne. Parmi les 17 répondants, 6 sont d'origine syrienne ce qui corrèle bien avec les données statistiques relevées par le Commissariat Général des Réfugiés et Apatrides. Trois répondants sont d'origine guinéenne avec une moyenne d'âge n'excédant pas 25 ans.

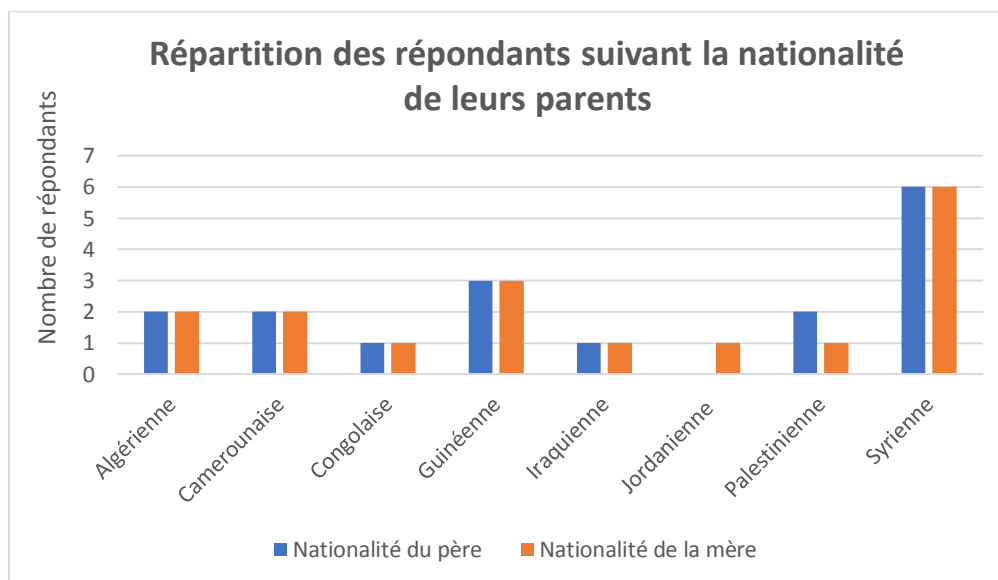


Figure 3 : Répartition des répondants concernant la nationalité de leurs parents.

A travers ces données, il est clairement établi que la population est hétérogène. Et cela ce confirme également par un niveau d’instruction variable. Comme nous pouvons le voir dans la figure ci-dessous :

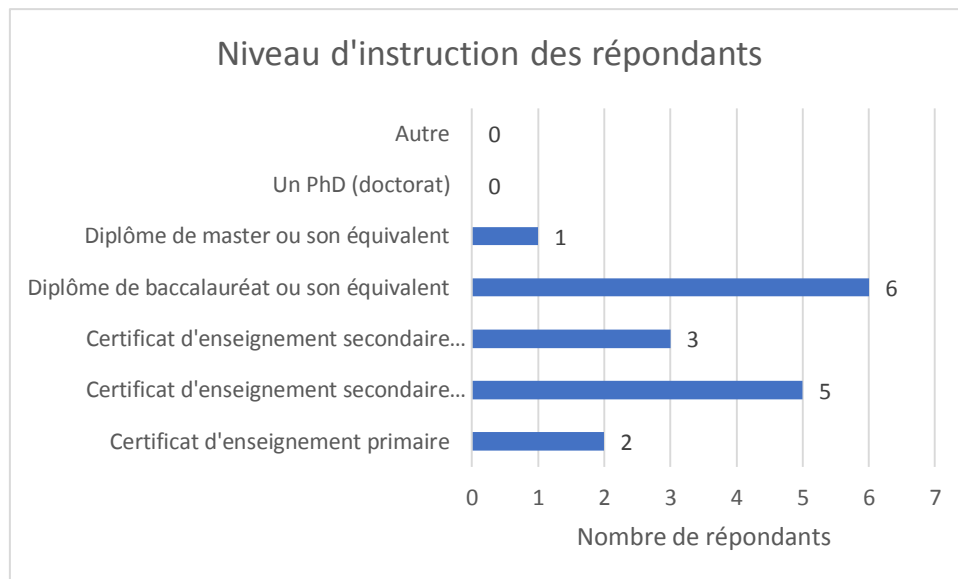


Figure 4 : Répartition des répondants suivant le diplôme obtenu jusqu'à présent.

Au vu de cette répartition, une des questions soulevées durant l'enquête s'avère pertinente à mettre en lien. Il s'agit de la question concernant la recherche d'informations fiables et actuelles sur leur santé. 11 répondants sur 17 ont répondu ne pas utiliser internet pour se renseigner sur leur santé, 3 ont répondu simplement ne pas utiliser internet et seulement 2 répondants ont affirmé utiliser internet pour trouver de telles informations.

2. Présentation des résultats

La recherche avait pour objectif de relever les obstacles à l'utilisation de la première ligne à travers la perception des demandeurs d'asile en tenant compte des dimensions suivantes : ***l'efficience, la qualité des soins et la qualité de vie de la personne.***

Les résultats porteront en premier lieu sur l'utilisation de la première ligne de soins ainsi que sur son accessibilité. En second lieu, nous aborderons la qualité des soins à travers les sous-thèmes suivants : soins centrés sur les objectifs de vie de la personne et sa participation à la

décision thérapeutique mais aussi la promotion de la santé et la prévention. Et pour terminer, nous parlerons de la qualité de vie de la personne à travers son environnement socioéconomique et sa vulnérabilité de santé.

2.1. Description de l'utilisation des services de soins et d'aide

Avant de relever les obstacles, il est intéressant de comprendre comment les soins de la première ligne sont utilisés par les demandeurs d'asile dans le centre de FEDASIL. Pour cela, nous leur avons posé la première question, la voici : « *Au cours des 12 derniers mois, je me suis adressé.e à un professionnel de la première ligne* ». Cette question est intéressante car elle met en avant la fréquence de consultation des répondants auprès des professionnels de la première ligne.

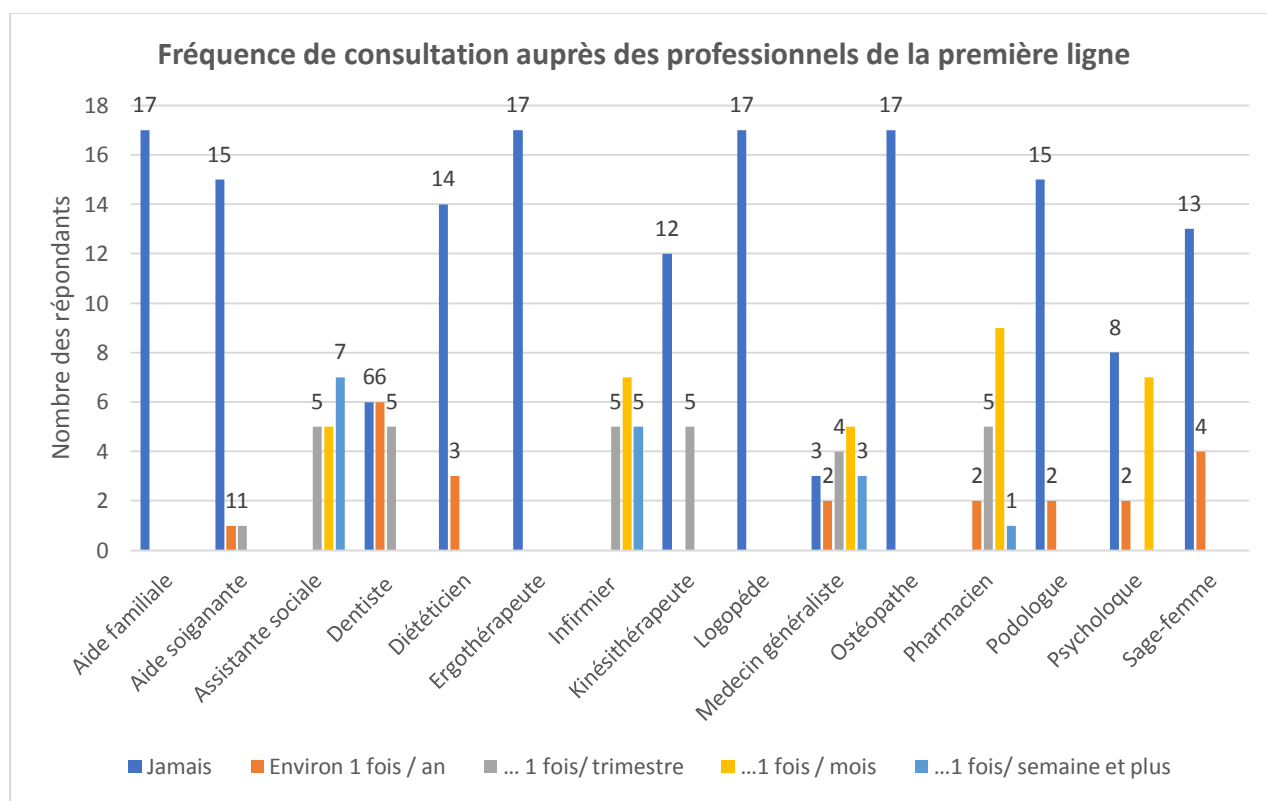


Figure 5 : Réponses quant à la fréquence de consultation auprès des professionnels de la première ligne.

Nous pouvons observer qu'un groupe de professionnels nécessite une attention particulière de par sa fréquence ou de par sa proportion d'utilisation. Il s'agit des disciplines suivantes : médecin généraliste, infirmier, psychologue et assistante sociale. Cette équipe pluridisciplinaire présente au centre FEDASIL tente d'intégrer autant la dimension psychosociale que médicale.

Dans cette enquête, il en ressort effectivement que les fonctions d'accompagnement et de soutien pour les demandeurs d'asile comme les assistantes sociales sont souvent mises à contribution à raison d'une fois par semaine à une fois par trimestre. La différence de fréquence varie en fonction des besoins de chacun et la fréquence de consultation tend à diminuer en fin de procédure administrative.

Ce qui est également intéressant sur cette figure est la prise en charge psychologique. Nous le savons, beaucoup de demandeurs d'asile ont subi des traumatismes physiques et/ou psychologiques avant, pendant, voire même après leur périple. C'est pourquoi, les consultations sont prises en charge par FEDASIL à raison de deux fois par mois. Nous constatons, que malgré l'offre proposée à cette communauté, les consultations psychologiques ne sont pas utilisées par tous les répondants. Seulement, 9 répondants sur 17 avec une prédominance féminine ont répondu avoir eu recours à un psychologue durant l'année écoulée. Nous avons pu observer durant les entretiens qu'il s'agissait d'un sujet relativement intime, c'est pourquoi, nous n'avons pas reçu d'avantage d'explications par rapport à ce résultat. Néanmoins, la revue littéraire permet d'apporter de plus amples informations quant à leur réticence envers les soins psychologiques. Selon FEDASIL (2018, p.50) : *« Le fait de reconnaître le besoin d'une thérapie ou de médicaments, tels que des antidépresseurs, peut être interprété par certains résidents comme un échec personnel ou susciter de la honte. Les sujets sensibles, très souvent en lien avec la sexualité ou la violence familiale, restent des non-dits ».*

En ce qui concerne le médecin généraliste et l'infirmière, leur utilisation est nettement plus fréquente que les autres professions. Leur fréquence varie entre une fois par semaine à une fois par trimestre. Cela s'explique en grande partie par la particularité de la prise en charge des demandeurs d'asile dans ce centre collectif. Ces deux fonctions jouent un rôle de gestionnaire médicale, administrative et sociale.

Il est à noter que l'utilisation du médecin généraliste peut s'élever à une fréquence de deux fois semaine. En effet, tous les demandeurs d'asile doivent s'adresser au préalable au médecin généraliste avant de rencontrer un spécialiste car c'est lui qui fournit le réquisitoire pour pouvoir être référé à un autre professionnel. L'affirmation concernant les consultations des médecins généraliste pour tout problème non urgent avant le médecin spécialiste (question 6), va

également dans ce sens. La moyenne de notation est de 7,23 sur une échelle allant de 0 à 10 (avec 0 = pas du tout d'accord et 10 = tout à fait d'accord).

En effet, c'est le médecin généraliste, habitué à ce système bureaucratique entourant les demandeurs d'asile, qui coordonne le parcours médical en octroyant un réquisitoire (Dauvrin et al., 2019). Ensuite, l'infirmière ou le médecin prend directement contact avec les professionnels en question. Le patient n'a plus qu'à se rendre avec son réquisitoire à son rendez-vous (Dauvrin et al., 2019). C'est pourquoi, la complexité et la lourdeur des procédures administratives ne se font pas ressentir par les répondants. Ce résultat est intéressant à mettre en lien avec la question suivante (question 5) qui concerne aussi la gestion des ressources : « *Les professionnels de santé sont capables de me donner des adresses lorsqu'ils me recommandent de consulter un autre professionnel* ». Cette question permet de relever la répartition des tâches au sein même de la première ligne mais également de la deuxième. Nous constatons que les 17 répondants ont répondu avec une moyenne de 7,88 sur une échelle allant de 0 jusque 10 (avec 0 = pas du tout d'accord et 10 = tout à fait d'accord). Dans l'ensemble, la coordination médicale au sein du centre est assez bien gérée. Cependant, une personne a néanmoins évalué cette affirmation à 4/10 car ils estimaient que son cas devait être référé vers un autre professionnel mais le médecin du centre n'a pas jugé nécessaire et n'a donc pas répondu à sa demande.

Tous ces résultats obtenus nous montrent bien que la centralisation de soins se fait via le médecin généraliste et l'infirmière. Mais qu'en est-il lorsqu'un problème de santé (toux, fièvre) se présente hors des heures de consultation médicale ? A cette question (n°4), 8 répondants sur 17 ont comme premier réflexe de se présenter à l'accueil du centre, tandis que 5 ont répondu patienter jusqu'à ce que le médecin soit disponible et enfin 4 ont répondu se rendre à la pharmacie de garde. Aucun n'a répondu se rendre aux urgences ou au poste de garde de médecine générale, ni appeler le 112 ou le 1733. Cela s'explique par le système bureaucratique du centre FEDASIL qui assure le remboursement des soins seulement s'il y a un réquisitoire préalable. Voici le témoignage d'un répondant qui confirme ces résultats :

- « Si je me blesse dans la rue et que c'est grave, je dois soit revenir au centre ou les appeler si cela n'est pas possible pour avoir un réquisitoire. Sinon, c'est moi qui vais devoir payer les soins aux urgences... On doit toujours passer par le centre quand on a un problème »

En ce qui concerne les autres professions de la figure 5, nous constatons que certains répondants ont consulté au cours des 12 derniers mois, un des spécialistes suivants : diététicien, podologue, kinésithérapeute, sage-femme. Tous les répondants disent avoir consulté l'un de ces professionnels suite à un problème de santé actuel ou passé. En voici quelques exemples :

- 3 répondants disent avoir vu un diététicien suite à leur prise en charge diabétique ;
- 4 répondantes ont été enceinte durant l'année suite à quoi elles sont rentrées en contact avec une sage-femme ;
- 5 répondants ont consulté un kinésithérapeute suite à une fracture ou une entorse.

Cette analyse nous fait remarquer que les répondants rencontrent les professionnels de la première ligne une fois, qu'ils sont confrontés à un problème de santé avec une fréquence qui varie suivant leur besoin.

On constate néanmoins que la majorité des répondants n'ont jamais eu de contact avec les professionnels suivants : aide familiale, ergothérapeute, logopède, ostéopathe. Tous les répondants disent ne pas avoir ressenti le besoin de voir ces professionnels ou bien ne pas connaître ces professions. Il est effectivement probable que les répondants n'ont pas rencontré de problème de santé nécessitant un contact avec ces professionnels qui sont spécifiques pour certaines pathologies.

Dans la même logique, la majorité des personnes ont répondu qu'il était facile de trouver des soins de la première ligne (présents et disponibles) dans leur région pour les professionnels mentionnés dans la figure ci-dessous (question 3). Les résultats obtenus nous relèvent une certaine facilité d'accès envers le médecin généraliste, l'infirmière, l'assistante sociale et le pharmacien. Par contre, nous remarquons que les répondants ont trouvé difficile d'accès le kinésithérapeute et le podologue avec une moyenne de notation respective de 4,2 et 4,5. Sur la figure ci-dessous ne sont pas représentés les professionnels suivants: l'aide familiale, l'ergothérapeute,

l'osthéo­pathe ainsi que la logopède. En effet, tous les répon­dants n'ont jamais eu de consultation concernant une de ces disciplines et n'ont donc su les évaluer.

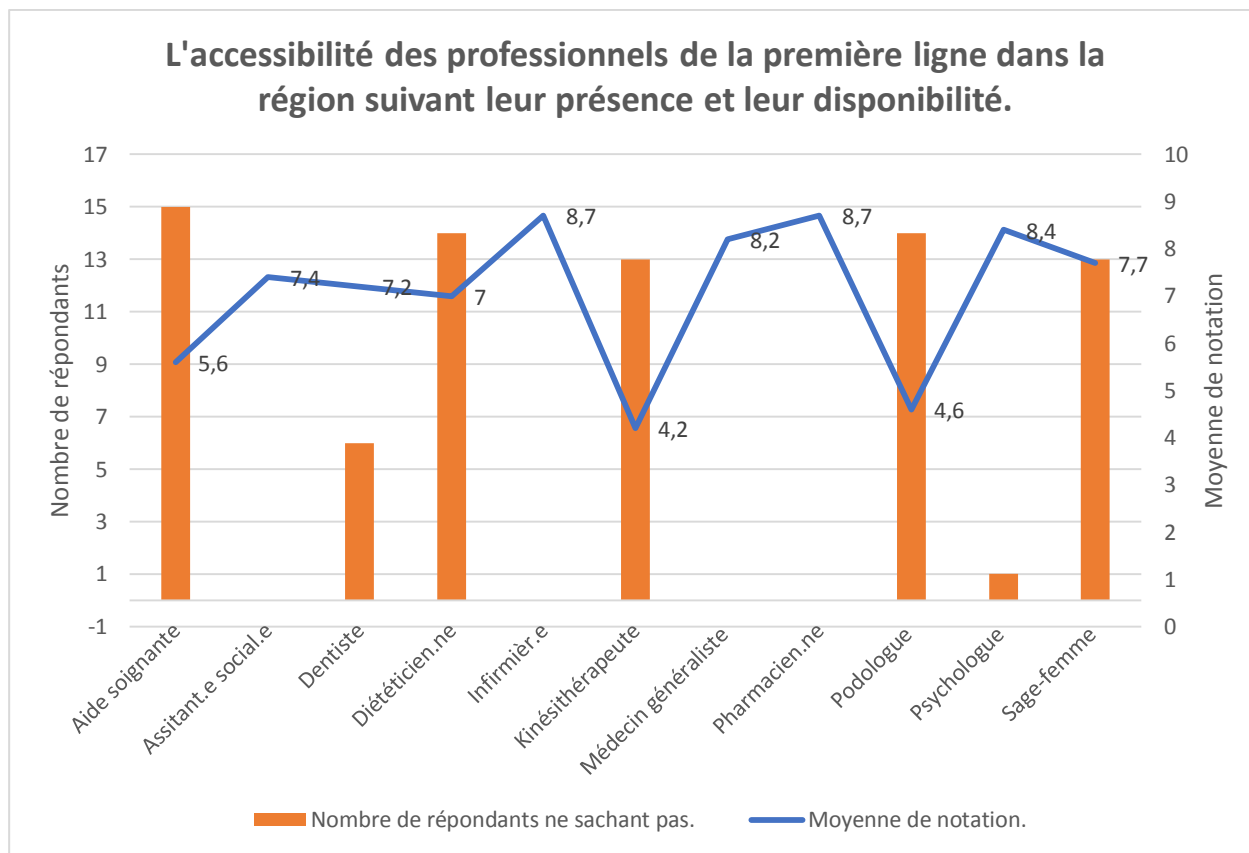


Figure 6 : Réponses quant à la facilité d'accessibilité des soins de la première ligne dans la région.

La question suivante est également intéressante car elle permet de relever ce qui doit être à améliorer dans l'utilisation des ressources. Question 2 : « *En général, au cours des 12 derniers mois j'ai pu recevoir tous les soins de la première ligne dont j'avais besoin car...* ». Dans la figure ci-dessous, nous constatons que les répondants ont évalué cette affirmation suivant 6 critères : l'information concernant le lieu et le professionnel à contacter, le délai pour l'obtention du soin, la facilité d'accès du soin, la réponse reçue face au problème de santé et enfin la prise en considération du contexte de vie par le professionnel de soin.

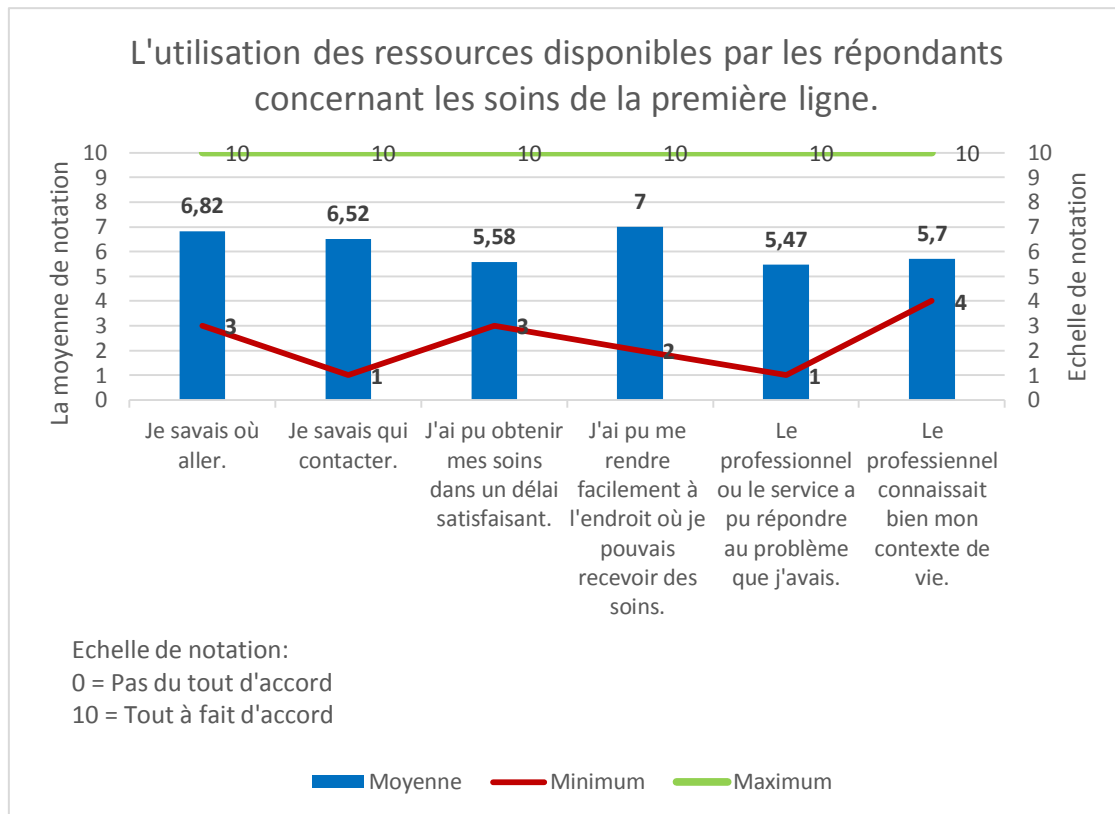


Figure 7 : Réponses quant à l'utilisation des ressources concernant les soins de la première ligne reçus lorsqu'ils étaient nécessaires.

Nous constatons que 10 des répondants n'ont pas reçu leur(s) soin(s) dans un délai satisfaisant en évaluant ce critère entre 1 et 4/10, 4 autres répondants ont évalué le délai de prise en charge à 5/10. Deux répondants ont estimé que la réponse reçue par le professionnel n'a pas permis de résoudre leur problème de santé en évaluant cette affirmation à 1/10 et 3/10. Certains des répondants ont également estimé que les professionnels ne connaissaient pas leur contexte de vie, ce qui donne une moyenne de notation de 5,7. Cette affirmation est appuyée par 6 répondants qui estiment que les professionnels ne tiennent pas compte de leur contexte de vie dans les soins et traitements proposés. Leur perception concernant la qualité des soins reçus et la prise en considération de leur situation est d'avantage développé dans le chapitre suivant.

2.2. La perception des demandeurs d’asile sur la qualité des soins de la première ligne

L’utilisation de la première ligne de soins offre certes une vision pertinente mais elle ne permet pas de relever l’expérience des demandeurs d’asile. En effet, ce travail suscite un ensemble de questionnement à commencer par le système de financement des professionnels de la première ligne et son impact sur la qualité des soins. Les répondants n’ont pas trouvé que le système de financement actuel ne permettait pas d’apporter un temps de consultation suffisante. L’impact du système de financement sur la qualité de la consultation ne semble pas être ressenti négativement par des répondants et une grande majorité d’entre eux sont relativement satisfaits du temps octroyé durant la consultation. En effet à la question 25, 13 répondants sur 17 ont évalué cette affirmation entre 7 et 10/10. Un des répondants satisfait a donné une notion temps qui nous semble important de noter : « *La consultation dure en moyen 40 -45 minutes et ça peut durer même 1 heure* ». Pourtant, deux répondants ont affirmé être satisfaits de la consultation n’ont pas suivant le temps reçu mais suivant la réponse donnée par les professionnels à leur problème de santé. Trois autres répondants estiment que le temps de la consultation reste insuffisant et ont noté respectivement cette affirmation à 4/10 et 5/10.

Cette question n’est pas a seule à relever la perception des répondants sur la qualité de la première ligne de soins, la question 18 en lien avec leur particularité socio-culturelle est également intéressante. En effet, la qualité des soins peut se voir entraver par le non-respect envers l’identité et la particularité socio-culturelle de la personne. La question sur le respect des professionnels à leur égard permet d’apporter un point d’attention à la dimension éthique dans la qualité et l’accès aux soins de santé. De façon générale, les répondants trouvent que les professionnels étaient respectueux des éléments cités dans la figure ci-dessous :

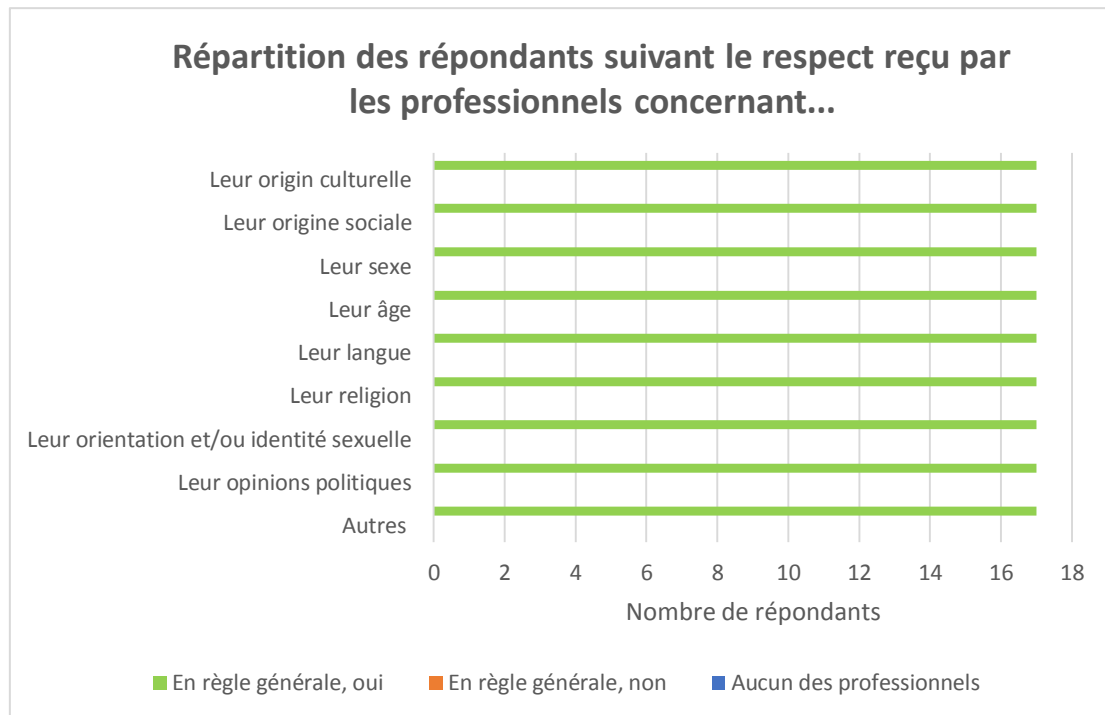


Figure 11 : Réponses quant au respect reçu des professionnels de la première ligne.

Ce qui est étonnant c'est que ce schéma fait l'unanimité auprès des demandeurs d'asile. Comme nous avons pu le voir plus haut la population est très hétérogène mais la particularité des répondants restent leur statut qui nous rappelle que ces personnes ont souvent quitté un pays avec régime répressif, ou en guerre qui explique peut-être leur réponse. Il en ressort tout de même les remarques suivantes :

- « Ici en Europe, je me sens respecté ».
- « J'ai quitté la Syrie pour les persécutions, ici je me sens en sécurité ».
- « Ici les gens sont respectueux, dans mon pays c'est la corruption qui gagne ».

Leurs parcours de vie sont différents les uns et des autres mais ce qui les unis ici, c'est l'espoir d'un avenir meilleur. C'est peut-être ce qui explique ces résultats.

Une autre des données relatives à la perception des demandeurs d'asile concerne la prise en considération des souhaits et préférences des répondants. La figure ci-dessous permet de mettre

en évidence la participation à la décision relative à leur santé ou leur traitement. Il s'agit de la question 16.

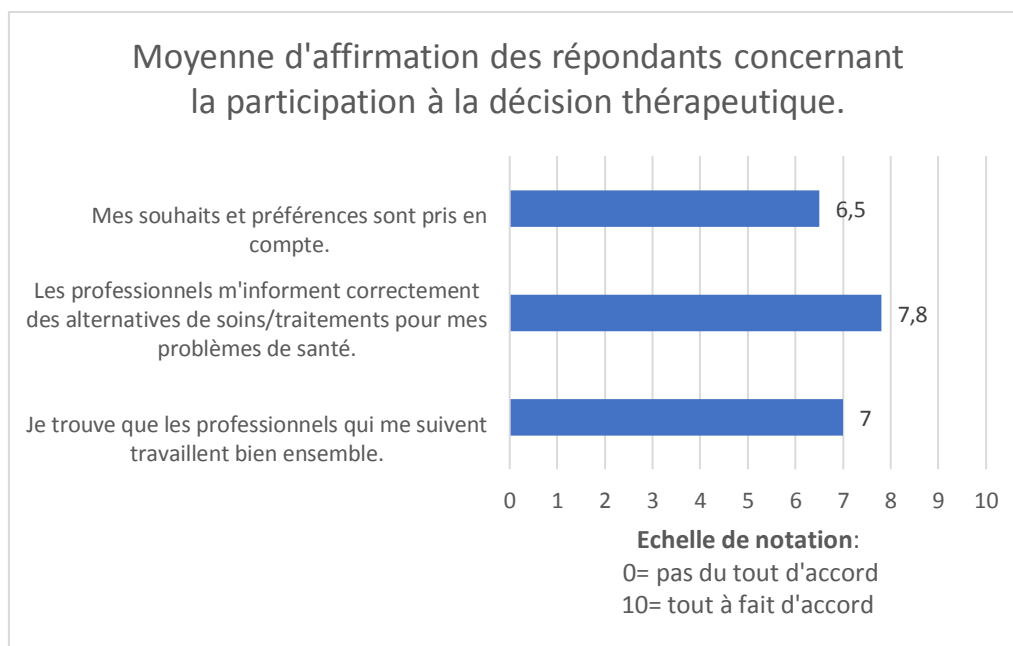


Figure 7 : Réponses quant à la prise de décision relatives à la santé et au traitement des répondants.

Nous observons que sur une échelle de 0 à 10 (avec 0 = pas du tout d'accord et 10 = tout à fait d'accord), la moyenne de notation concernant les souhaits et les préférences dans la prise de décision est de 6,5/10, la moyenne à propos des informations concernant les alternatives de soins/traitement est 7,8/10. Et enfin, nous constatons que la moyenne concernant la collaboration professionnelle est de 7/10. Le premier résultat est expliqué en grande partie par le fait que 4 répondants sur 17 ont évalué à 5/10 cette affirmation car ils estiment que ce sont les professionnels qui doivent décider de ce qui est bon pour eux et que c'est à eux de tenir compte de la décision thérapeutique qui est proposée. Deux autres répondants ont évalué cette affirmation à 3 et 4 sur 10 car ils ne trouvent pas réellement que les professionnels tiennent compte de leur souhait.

La question 17 complète la question précédente : « *si vos souhaits et préférences ne sont pas pris en compte pouvez-vous décrire ce qui s'est passé ?* » Un seul répondant a évalué cette affirmation à 3/10, en voici son explication : « *Ma fille de 3 ans souffre d'une hernie ombilicale,*

j'ai été voir le médecin du centre FEDASIL qui m'a référé vers un spécialiste à Ottignies. Quand je suis partie le voir, il a dit que l'opération n'était pas nécessaire. Une fois revenue au centre, j'ai directement été voir le médecin mais il ne m'a rien proposé d'autre. En attendant, ma fille a toujours mal, elle ne veut même pas que je lui touche son ventre ».

Ce témoignage a permis de relever la perception concernant les soins reçus lorsque ceux-ci sont jugés insatisfaisants. La question suivante (n°15) permet de savoir dans quelle mesure les répondants se sentent à l'aise de partager leur perception des soins vécue négativement : « *Nous voudrions savoir si vous vous sentez à l'aise pour discuter avec les professionnels, à propos de la qualité des soins reçus, notamment lorsque vous avez connu une expérience négative ou désagréable* » Cette question est intéressante sachant qu'il n'existe actuellement aucune base de données en ce qui concerne les demandeurs d'asile sur l'utilisation de la première ligne de soins.

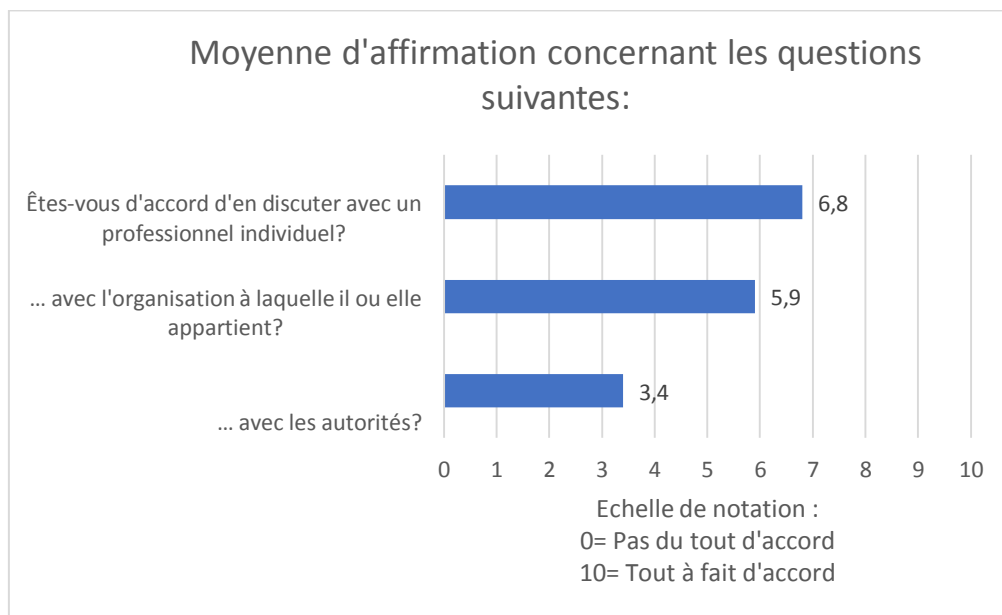


Figure 8 : Réponses quant au fait que les répondants se sentent à l'aise de discuter de la qualité des soins

Nous observons que les répondants se disent être relativement à l'aise pour discuter avec un professionnel mais ils se sentent de moins en moins à l'aise pour en discuter avec l'organisation (moyenne de notation à 5,9) ou encore avec les autorités (moyenne de notation à 3,4). Lors

de la réalisation de cette enquête, il en ressort, une certaine méfiance générale des répondants. En effet, les demandeurs d'asile ont quitté leur pays pour arriver en Belgique, une société qu'ils ne connaissent pas toujours et dont leur méconnaissance générale de leur droit à la santé se traduit souvent par de la crainte vis-à-vis des autorités (HA Chi Cuong, 2016; Simonnot et al., 2016). Beaucoup pensent que discuter de leur insatisfaction en ce qui concerne les soins peut contribuer à les expulser du centre d'accueil où ils résident voire même les déporter dans leur pays d'accueil.

Cette méfiance, nous avons également pu la constater lorsque nous cherchions des participants pour la réalisation de notre enquête. Beaucoup n'ont pas souhaité participer à cette étude par peur d'avoir un impact sur leur demande de protection. D'autres se sont désistés à la suite du document de consentement car ils ne souhaitaient pas être identifiés.

2.3. L'Environnement socioéconomique complexe

Il semble importants de relever les éléments pouvant impacter de près ou de loin la qualité de vie des personnes. Une attention particulière est portée au contexte de vie (via l'environnement socioéconomique) auquel la première ligne s'appuie. En effet, les spécificités de la structure de soins qu'offre le centre d'accueil complique la prise en charge des demandeurs d'asile et impacte fortement la qualité des soins reçus. Les éléments de complexité relevée par Be.hive (2020) ont été définis sur base de la littérature scientifique : *« douleur chronique, de la polypathologie, la polypharmacie, l'évolution imprévisible, des difficultés psychologiques, du lieu de vie inadapté, du nombre de soins différents, de l'accès difficile à certains soins, du mode de vie et de la communication »*.

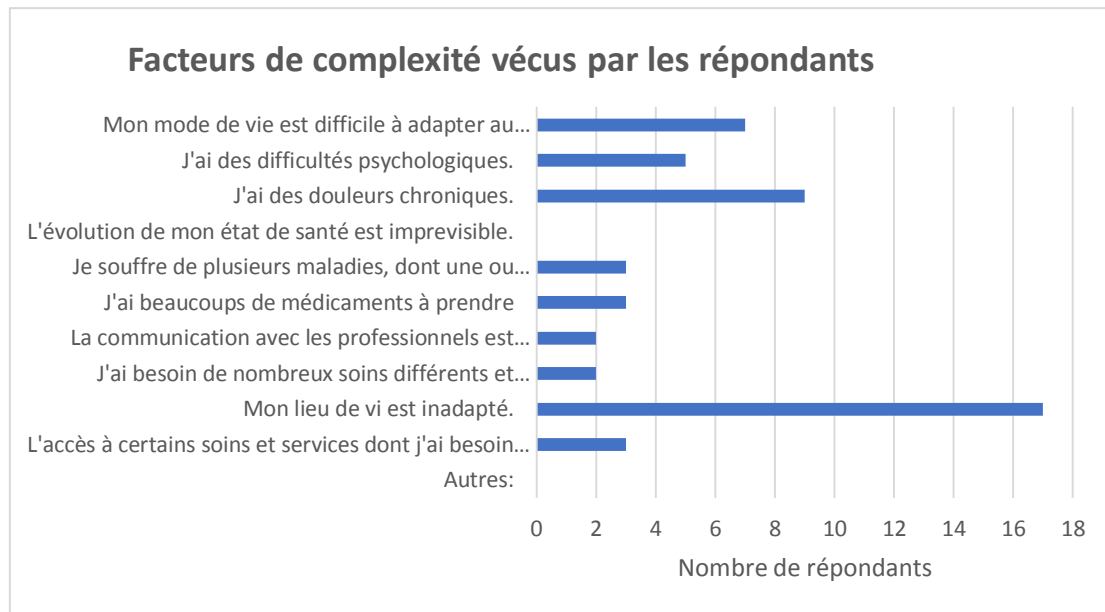


Figure 9 : Réponses des répondants quant aux éléments rendant la situation de santé complexe.

Il en ressort de cette enquête que le lieu de vie est l'un des facteurs de complexité que rencontrent tous les répondants. Une grande majorité des répondants ont relevé « le mode de vie difficile » et « les douleurs chroniques » comme éléments de complexité. Certains ont donné plus d'explications à travers leurs témoignages suivants:

- Une mère de 3 enfants, vivant à 5 dans une chambre de 14 m² relève le manque d'intimité conjugale.
- Une autre répondante, vivant dans une chambre avec 2 autres colocataires, m'a affirmé souffrir de migraine chronique et ne pas toujours trouver un moment de silence et de repos dans sa chambre.

Ces témoignages reflètent clairement les besoins ressentis par les répondants, or nous constatons qu'ils ne trouvent pas forcément de réponses satisfaisantes à leurs besoins.

Ce résultat nous invite à nous questionner sur les actions menées par les professionnels de la première ligne. Si les besoins de santé ne sont pas compris, il est clair que les réponses qui seront proposées risquent d'être inadaptées à la situation des demandeurs d'asile, ce qui peut engendrer des frustrations ou un désengagement des conseils reçus de leur part. Cela est d'autant

plus mis en évidence avec la question suivante (n°13) : « *Si j'ai reçu des conseils relatifs à ma santé de la part des professionnels* ». Et en effet, les résultats de l'enquête nous le confirment dans la figure ci-dessous. Les répondants sont relativement satisfaits des conseils reçus et savent à quel professionnel s'adresser.

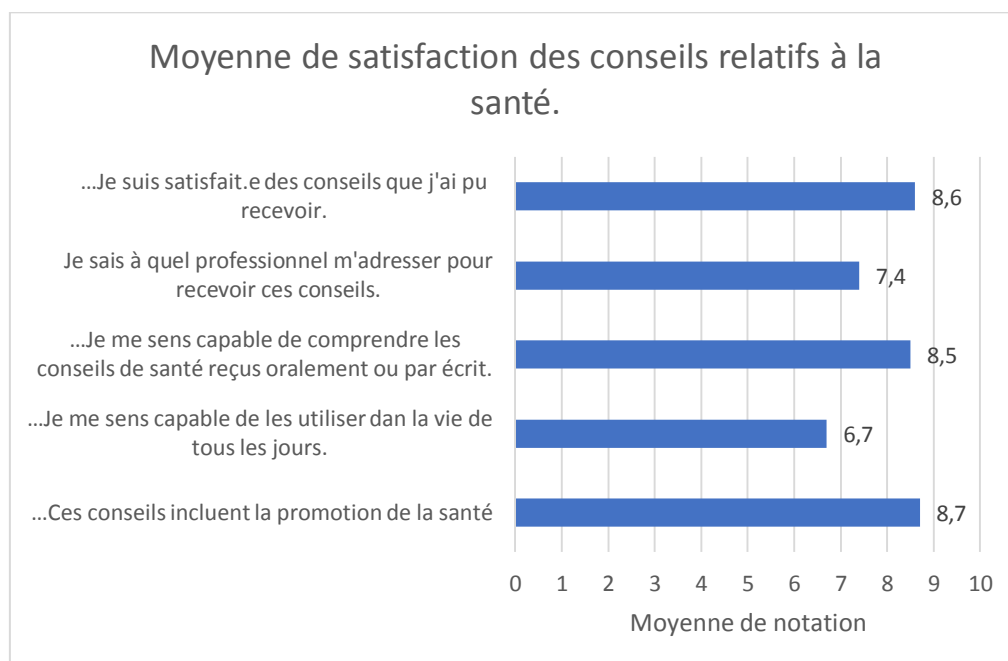


Figure 10 : Réponses concernant les conseils reçus relatifs à la santé de la part des professionnels.

Mais nous constatons que les répondants ne se sentent pas capables de mettre en pratique les conseils relatifs à leur santé avec 4 répondants qui ont évalué cette affirmation entre 2 et 3/10 et deux autres à 5/10. Cela s'explique en partie par leur lieu de résidence. Un répondant explique être diabétique et avoir été bien informé sur l'alimentation pourtant, il éprouve des difficultés à mettre ces conseils en pratique. Les repas étant fournis par le centre, ceux-ci ne sont pas toujours en adéquation avec son régime. Nous constatons ici, un manque d'autonomie qui impacte considérablement leur prise en charge médicale.

Pour pouvoir intégrer les demandeurs d'asile comme acteur de leur santé, il est important de veiller à leur participation. La question 23 permet de savoir si les répondants investissent du temps individuellement ou en association dans une activité ou un projet contribuant au bien-être ou à la santé de leur communauté. Or l'enquête a relevé que seulement 8 répondants

prennaient du temps pour des activités contribuant au bien-être à raison de 1 fois par jour (2) à plus d'une fois par semaine (6). Tous ont déclaré s'engagé de façon privée. Les autres ont répondu ne pas avoir le temps (exemple : formation, enfants en bas âge, ...) ou l'énergie (souffrance physique ou psychologique, traumatisme,...) pour de telles activités.

Nous constatons que le centre a un vrai potentiel pour développer le partenariat des usagers dans la santé. En effet, certains aident à la préparation des repas, d'autres investissent du temps dans des activités sportives telles que le football. Malgré que tout les demandeurs d'asile se retrouvent dans le centre d'accueil pour une durée déterminée et vivent dans l'angoisse permanente de recevoir une réponse défavorable pour leur dossier, la vie en communauté nécessite la participation de tout un chacun pour assurer le bien-être de chacun.

DISCUSSION

Ce présent travail de recherche organise ses résultats sur base des données théoriques mais aussi sur celles récoltées durant l'enquête Be.Hive. Cette double approche d'analyse a permis de répondre à notre question de recherche : « *Comment améliorer l'accessibilité de la première ligne de soins pour les demandeurs d'asile résidant dans les centres d'accueil collectifs?* »

L'objectif premier de cette enquête était d'identifier comment les personnes ayant le statut de demandeur d'asile percevaient la première ligne de soins et d'aide en Belgique francophone afin d'en relever les obstacles à son utilisation. Ce qui nous a permis par la suite d'en comprendre les enjeux et de nous questionner sur les perspectives pour la recherche future.

Dans ce chapitre nous allons tout d'abord expliquer et interpréter les résultats de l'enquête en lien avec les données issues de la littérature pour ensuite aborder les éventuelles recommandations et enfin nous terminerons par les forces et les limites de ce travail.

1. Interprétation

Voici, les grandes lignes qui ont été abordées en profondeur tout au long de ce travail. Les obstacles liés à l'accès à la première ligne de soins se divisent en trois niveaux hiérarchiques distincts et offrent ainsi une vision globale à la question de départ.

Niveau macro :

Les obstacles à ce niveau porte sur la politique gouvernementale et leur divergence en ce qui concerne le financement et l'offre des soins de la première ligne entre les différents lieux d'hébergement proposés aux demandeurs d'asile. En effet, le système de soins de santé en Belgique manque de stratégie globale et harmonieuse entre les différents niveaux de pouvoir fédéral, régional et communautaire (Dauvrin et al., 2019).

Niveau méso :

Ce niveau concerne l'environnement socio-économique dont les obstacles relevés sont essentiellement liés au lieu de vie.

D'un côté, le centre d'accueil FEDASIL permet d'offrir une équipe pluridisciplinaire comprenant essentiellement infirmier, médecin, psychologue et assistante sociale. Cette équipe a une connaissance assez précise de leur patientèle et tentent de collaborer ensemble dans l'intérêt du patient, créant indirectement une certaine dépendance, ce qui va à l'encontre de l'empowerment (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2018).

D'un autre côté, les conditions de vie dans les centres d'accueil constituent une menace pour la santé physique et mentale des demandeurs d'asile (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2018).

Niveau micro :

Ce troisième et dernier niveau porte sur la vulnérabilité de santé des demandeurs d'asile qui est souvent propre à l'individu et à son parcours de vie.

1.1. Les obstacles au niveau macro

L'enquête de terrain n'a pas permis d'aborder tout les éléments issus de la littérature que nous venons de préciter. Néanmoins, elle nous a permis de mettre en parallèle les données obtenues lors de nos entretiens avec l'analyse théorique concernant le niveau micro et méso.

Il est évident que si nous souhaitons traiter la problématique de l'accès à la première ligne de soins des demandeurs d'asile, nous devons agir à tous les niveaux et d'autant plus au niveau macro. Le secrétaire générale de l'OCDE, Angel Gurría en a bien conscience : « *Si l'intégration est surtout une question d'ordre national, une meilleure coopération à l'échelon international est indispensable pour accomplir les progrès nécessaires et tenter de trouver des solutions...* » (Gurría, 2017; OCDE, 2017).

Mipex va également dans ce sens via ses recommandations. Mipex est un outil unique qui mesure les politiques d'intégration des migrants au sein de l'union Européenne mais également en Australie, au Canada, en Islande, au Japon, en Corée du Sud, en Nouvelle-Zélande, en Norvège, en Suisse, en Turquie et aux États-Unis (IOM, 2016). Son rôle est d'évaluer et de comparer ce que font les gouvernements pour promouvoir l'intégration des migrants afin

d'informer les principaux acteurs politiques sur la façon d'améliorer la gouvernance de l'intégration et l'efficacité des politiques mis en place (IOM, 2016). C'est pourquoi, durant un long processus de consultation, un comité d'experts dont font partie les représentants de l'OIM, l'OMS, du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), Médecins du Monde (MdM) ont élaboré 14 recommandations concernant les soins de santé pour les migrants (IOM, 2016). Elles se divisent en 6 catégories : « *améliorer les connaissances sur les migrants et leur situation; l'état de santé des migrants; le droit à la prestation de services de santé; l'accessibilité du système de santé; qualité des services de santé; mesures générales pour promouvoir le changement* » (IOM, 2016, p.12)

Ces recommandations sont plus que pertinentes mais elles nécessitent une collaboration au sein même de l'Union Européenne afin d'offrir une politique commune en ce qui concerne les soins de santé des demandeurs d'asile (Simonnot et al., 2016). A cela s'ajoute, la complexité du système de soins de santé caractéristique de la Belgique et qui impacte également l'harmonisation des soins de santé pour les demandeurs d'asile (Dauvrin et al., 2019) .

Il est évident qu'envisager une harmonisation politique au niveau européen et national serait utopique à notre niveau. L'intérêt de s'y attarder nous semble que peu constructif, c'est pourquoi, l'interprétation se basera essentiellement sur les deux derniers niveaux.

1.2. Les obstacles au niveau méso.

La loi sur l'accueil prévoit une aide matérielle ainsi qu'un accompagnement médical, psychologique et social pour les résidents du centre d'accueil collectif. Cette loi assure un environnement socio-économique à travers sa structure et son équipe pluridisciplinaire (Dauvrin et al., 2019).

Comme nous avons pu le constater dans nos recherches, l'architecture du centre FEDASIL bien qu'elle facilite une prise en charge multidisciplinaire globale, elle impacte considérablement la santé et la qualité des soins (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2015, 2018). En effet, le centre comporte un espace pour dormir, des installations sanitaires, des repas préparés mais il manque très souvent d'espaces privés offrant ainsi une certaine intimité et autonomie (Dauvrin et al., 2019; FEDASIL, 2015, 2018). Plusieurs exemples ont été donnés par les participants. Le premier qui est revenu souvent durant notre enquête de terrain est le manque d'autonomie en

ce qui concerne l'alimentation. En effet, les résidents ne peuvent pas cuisiner et dépendent des repas proposés par le centre d'accueil qui parfois ne sont pas adaptés à leur régime. Le second exemple concerne plus le manque d'intimité au sein du centre et son impact au quotidien que ce soit lié à des douleurs chroniques nécessitant du calme et du repos (ex : céphalée) ou encore les rapports sexuels.

Cette structure n'a pas que des désavantages en effet, elle permet aux professionnels de la première ligne d'être au plus proche des demandeurs d'asile. Grâce à cette proximité et à la présence d'une équipe pluridisciplinaire qui collaborent ensemble, les professionnels tentent de répondre aux différents besoins des demandeurs d'asile en lien avec leur vulnérabilité de santé et leur contexte de vie. Comme nous avons pu le constater durant notre enquête, l'utilisation de la première ligne de soins au sein du centre FEDASIL varie fortement entre les répondants suivant leurs besoins (ex : maladies chroniques, souffrance psychologique,...).

1.3. Les obstacles au niveau micro

Il semble d'indispensable de tenir compte de la vulnérabilité de santé des demandeurs d'asile si nous souhaitons améliorer l'accès à la première ligne de soins. Comme nous l'avons déjà décrit plus haut, la vulnérabilité de santé comprend la barrière de la langue, de la culture mais aussi la conception de la santé (OIM, 2013; Simonnot et al., 2016). Tous ces éléments impactent fortement la façon de penser, d'agir des demandeurs d'asile. C'est pourquoi, il faut pouvoir en tenir compte dans la relation soignant-soigné.

Comme nous avons pu le constater dans les résultats de l'enquête, la langue ne pose pas de réel problème au sein des répondants, cela s'explique en partie par les critères d'inclusion du public cible. Pourtant la langue peut exclure une grande partie des demandeurs d'asile au sein de la première ligne et doit rester un critère important dans une relation (Dauvrin et al., 2010). Il est essentiel de s'accorder au langage et aux capacités de chaque patient sur le plan de la compréhension. Une bonne communication soignant-soigné nécessite d'être attentif aux besoins de chaque patient et à ses objectifs de vie (De Maeseneer et al., 2014). C'est à travers les questions, les attentes et les inquiétudes du patient que ce construit la décision thérapeutique et l'empowerment du patient (De Maeseneer et al., 2014). Comme il est fait mention au sein

de Be.Hive (2020) : « *Accepter la personne avec son vécu sa culture. C'est aussi au soignant de pouvoir s'adapter. Etre capable de comprendre et se faire comprendre pour prendre l'avis du patient en compte* ».

La culture peut à la fois être un accélérateur ou un frein dans l'intégration du patient au sein de la première ligne de soins (Dauvrin et al., 2010). En effet, la notion d'empowerment demande une volonté de participation. Et nous observons, que les répondants ne ressentent pas le besoin d'être impliqués dans leur propre projet de soins. La question concernant la prise de décision thérapeutique met clairement en lumière la conception de la santé et les attentes des soins des répondants par rapport à leur participation. En effet, très peu estimaient que leur décision devait être prise en compte. Certaines remarques comme : « *Mais, c'est lui le médecin, c'est lui qui sait ce qu'il faut faire* » relèvent la différence culturelle entre les répondants et les professionnels de la première ligne.

A cela s'ajoute le faible niveau de littératie relevé durant la question concernant la recherche d'information fiable et pertinente sur internet. 15 répondants sur 17 ne recherchent pas des informations issues de la littérature scientifique. Pourtant, un faible niveau de littératie en santé se traduit souvent par une incapacité de se prendre en charge ou de comprendre l'information disponible qui permet de prendre des décisions éclairées concernant la santé (INAMI & Médecins du Monde, 2014a; Vanderbroeck & Liesbeth, 2018). Il s'agit d'un concept nouveau mais qui a une réelle influence sur la santé et l'utilisation des soins par les usagers (Vanderbroeck et Liesbeth 2018). L'OCDE (2000) définit la littératie en santé comme suite : « *l'aptitude à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie courante, à la maison, au travail et dans la collectivité en vue d'atteindre des buts personnels et d'étendre ses connaissances et ses capacités* ».

Ce chiffre est intéressant car la littérature relève un faible niveau de littératie en santé chez les personnes ayant un faible niveau de scolarité ou un faible revenu, les personnes âgées ainsi que les migrants et minorités ethniques (en raison de leur langue et de leur culture) (INAMI & Médecins du Monde, 2014a). Nous savons que 7 répondants sur 17 ont un diplôme supérieur pourtant le niveau de littératie est faible. Cela nous montre bien que la relation entre le niveau d'éducation et la littératie en santé ne suffit pas à expliquer ces résultats.

Il est essentiel de tenir compte de ces différents éléments afin que les professionnels répondent au mieux aux besoins des demandeurs d'asile.

D'une certaine façon, la prise en charge des soins dans le centre d'accueil ne permet pas de renforcer l'empowerment car les demandeurs d'asile sont confrontés à une incapacité de pouvoir d'action à cause de leur condition environnementale. Mais il est clair que travailler uniquement au niveau de la structure du centre ne suffit pas. C'est pourquoi, il est important d'impliquer d'avantage les demandeurs d'asile dans les soins de santé en tentant de lever tout les obstacles aux soins de santé. En tenant compte de tout cela nous pouvons envisager de proposer une liste de recommandations.

2. Mise en perspective

Pour pouvoir élaborer des recommandations en matière d'accessibilité et de qualité de soins de la première ligne, il était évident que l'interprétation des résultats obtenus s'articulent autour d'une sur une série de principes directeurs qui sont les suivants (Lorant et al., 2011):

Premièrement, et comme nous avons pu le constater dans l'enquête, les demandeurs d'asiles sont très hétérogènes. Chacun d'entre eux est arrivé avec sa propre histoire ce qui demande une adaptation continue de la part des professionnels.

Deuxièmement, l'approche des soins de santé ne se limite pas uniquement à la santé physique et psychique mais elle s'étend également aux déterminants sociaux de la santé (OIM, 2013; OMS/Europe, 2017).

Néanmoins, il est évident que si nous voulions agir sur les inégalités de santé que rencontrent les demandeurs d'asile, il faudrait prendre en considération les différents niveaux hiérarchiques et agir simultanément sur chacun d'entre eux. Mais comme nous venons d'expliquer plus haut, les recommandations émises dans ce travail se limiteront uniquement au niveau méso et micro car la revue littéraire ainsi que l'analyse des résultats obtenus durant l'enquête permettent d'envisager des recommandations pertinentes.

Vers des soins culturellement compétents...

Les articles scientifiques s'accordent à dire que les soins des demandeurs d'asile doivent être culturellement compétents (HA Chi Cuong, 2016; Lorant et al., 2011). Pour ce faire, il est essentiel que les professionnels de la première ligne de soins soient formés aux compétences interculturelles afin d'apporter des soins équitables et accessibles (Lorant et al., 2011). Pour qu'ils puissent développer cette conscience culturelle, ils doivent être sensibilisés à leurs propres valeurs ainsi que celles des autres tout en craignant une éventuelle stigmatisation (Lorant et al., 2011).

Il s'agit là d'un concept nouveau et d'une compétence complexe d'acquisition qui nous pose la question de la formation. Cette formation ne peut se faire en suivant la pédagogie classique à travers une transmission de compétences purement théorique. Une approche plus innovante permettant d'intégrer les représentations de la santé et de la maladie peut être envisagée à travers des échanges avec des interprètes et des médiateurs culturels ou encore en côtoyant des modes d'action et de pensées culturellement différents à travers un « stage » dans différentes institutions ou associations (De Maeseneer et al., 2014; Lorant et al., 2011). Cette démarche permet de confronter les professionnels à une culture très différente de la leur et ainsi elle permet de sensibiliser tout en déconstruisant les préjugés (Lorant et al., 2011).

Mais il est clair que travailler uniquement au niveau des professionnels serait insuffisant. L'intégration doit se faire dans les deux sens. C'est pourquoi, il est important d'impliquer d'avantage les demandeurs d'asile dans les soins de santé.

C'est à travers une relation de proximité propice à l'empathie et à l'écoute que le partage de connaissances et d'expériences peut se faire entre les professionnels de la première ligne et les usagers de la communauté. D'une part, cela contribue à renforcer la compétence culturelle des professionnels. D'autre part, elle améliore la relation de confiance avec les demandeurs d'asile.

Cette relation de confiance permet de renforcer la participation des demandeurs d'asile. Elle ne se limite pas uniquement aux soins curatifs en tant que tel mais elle s'avère également

intéressante pour renforcer l'éducation et la promotion à la santé. Pour se faire, il est important que le patient soit partenaire de soins et soit concerté à la réalisation des dispositifs en lien avec la santé tels que des affiches ou brochures rédigés dans leur langue en cohérence avec leur culture.

Pour ce faire, la communication est indispensable. Comme nous avons pu le constater tout au long de ce travail, la langue fait parfois défaut dans la relation. Même si les répondants estiment recevoir des soins respectueux, il en ressort pourtant dans les articles scientifiques qu'il s'agit d'un réel obstacle. Néanmoins, plusieurs solutions plus ou moins coûteuses et disponibles existent et permet de palier à ce problème.

Avoir une telle sensibilité culturelle tout en intégrant la notion d'evidence-based permettrait d'apporter des programmes d'informations, de sensibilisation et des actions de prévention plus pertinentes et plus efficaces. Si nous souhaitons offrir des soins adaptés à la communauté, il faut que les professionnels de la première ligne aillent au contact des demandeurs d'asile afin de tenir compte de leur perception et de leur contexte de vie. Cela permet de relever les besoins spécifiques et que l'offre de soins soit adaptés.

3. Les forces et les limites de ce travail

3.1. Les limites

La réalisation de ce travail s'est heurtée à certaines limites. La première limites est très probablement le public cible ayant participé à la collecte des données. En effet, ces personnes ont structurellement un bon accès à la première ligne de soins étant donné qu'ils résident tous dans un centre d'accueil collectif. Néanmoins, nous avons fait ce choix pour des raisons de statut juridique et de déterminants sociaux. En effet, il n'est pas évident d'aborder des personnes ayant le statut de demandeurs d'asile au sein même de la société. Et nous avons trouvé intéressant de justement traiter cette problématique au sein même d'un centre d'accueil collectif afin d'en relever principalement les déterminants sociaux propre à la personne plutôt que celui d'un système.

En ce qui concerne la méthodologie menée pour la réalisation de ce travail, une critique pourrait être faite quant à la manière dont le public cible a été inclus dans l'étude. Pour des raisons de faisabilité, les individus ne parlant pas une des langues préétablies (français, anglais, arabe) dans ce travail se trouvaient indirectement exclus de l'étude. L'échantillonnage s'avère ne pas être représentatif de la population et l'interprétation des résultats en est certainement impactée. Mais le choix est assumé car nous souhaitons porter la voix des demandeurs d'asile dans ce travail et pour qu'il puisse être réalisable nous devons être sélectif. Certes, nous aurions souhaité ne pas inclure ce critère mais cela mettait à défaut la réalisation de ce travail.

Le nombre de participants s'explique en partie par les critères préétablis mais également par la particularité de cette population méfiante et très difficilement atteignable. Beaucoup de demandeurs d'asile ont été au départ très enthousiastes à l'idée de participer à une étude mais lorsqu'il était question de signer le formulaire de consentement conformément à l'accord du comité d'éthique, nous avons été confrontés à énormément de refus par la suite malgré leur avoir donné toutes les informations préalables. Face à ce constat, n'oublions pas que les demandeurs d'asiles sont très méfiants et appréhendent tout impact sur leur droit en Belgique.

Il est à noter que l'étude n'avait pas pour but de généraliser les résultats mais bien de les transférer. Ainsi ce choix laisse à penser que l'échantillonnage était davantage représentatif d'une partie de la population et de cette manière plus pertinent pour analyser les obstacles de la première ligne de soins en lien avec leur vulnérabilité de santé.

Une autre limite est certainement le manque de données probantes sur l'état de santé des demandeurs d'asile en Belgique. D'autant plus, que beaucoup d'études se sont déroulées dans d'autres pays de l'Union Européenne, avec un système de soins de santé et une politique migratoire qui divergent entre eux. Le sujet de la migration a certes pris une ampleur ces dernières années mais il n'est pas nouveau, il existe de nombreuses études correspondantes à cette thématique mais très peu de statistiques concernant l'état de santé en lien avec le statut migratoire. De plus, nous avons pu constater qu'il y a très peu d'articles qui abordent exclusivement les demandeurs d'asile et la première ligne de soins.

Et enfin, d'autres obstacles auraient également mérité d'être abordés tels que la perception des professionnels de la première ligne. Leur témoignage aurait été intéressant et nous aurait permis

de relever les écarts entre eux et les demandeurs d'asile. Nous aurions aussi pu porter un intérêt sur la qualité de la collaboration interprofessionnel et la continuité de l'information entre eux. Cela n'a pas pu se faire pour des raisons de disponibilité des professionnels de FEDASIL. Aucun, en effet, n'a souhaité participé à la réalisation de ce travail.

3.2. Les forces de ce travail

Une des forces de ce travail est très probablement le choix d'aborder un sujet très actuel d'autant qui se trouve de plus en plus au centre des préoccupations politiques que ce soit le sujet de la migration que celui de la première ligne soins.

De plus ce travail a permis d'élever la voix des demandeurs d'asile, une communauté qui reste très silencieuse de part leur situation complexe et qui pourtant peut apporter une plus value à la première ligne de soins si nous tenions compte de leur perception des soins.

CONCLUSION

La réalisation de ce mémoire a permis d'identifier les obstacles que rencontrent les demandeurs d'asiles au sein de la première ligne. Le principe fondateur dans ce projet de recherche fut le droit à la santé conformément à la dignité humaine.

Pour pouvoir répondre à la problématique de départ, il nous a semblé évident que cela ne pouvait se faire sans un changement de paradigme. C'est pourquoi nous avons souhaité nous concentrer sur la première ligne de soins. Cette dernière bien que peu visible tend à se développer depuis quelques années en Belgique (Be.Hive, 2020b).

Il en est ressorti de ce travail une multitude d'obstacles qui met à rude épreuve l'accès aux soins de santé pour les demandeurs d'asile. Afin d'éviter que l'écart ne se creuse d'avantage avec la population d'accueil, il nous a semblé essentiel d'améliorer l'organisation de la première ligne de soins (Dauvrin et al., 2019). Pour cela, il faut certes compter sur l'engagement continu du gouvernement afin de renforcer la capacité du système de santé mais également sur les prestataires de soins en formant des personnes culturellement compétentes (Lorant et al., 2011). Mais la participation active des demandeurs d'asile au sein de l'élaboration de projet de santé nous semble également indispensable pour relever les obstacles rencontrés.

Il est important de souligner que ce présent travail ne visait pas à réformer la politique de la prise en charge des demandeurs d'asiles en Belgique. L'objectif de ce travail était de faire ressortir quelques recommandations à travers le vécu des demandeurs d'asile que notre pays devrait mettre en œuvre au sein de la première ligne de soins. Ces recommandations peuvent se résumer comme suites :

- Rendre les soins de la première ligne plus accessibles pour les demandeurs d'asile, non seulement en réduisant les déterminants sociaux et leur vulnérabilité de la santé mais aussi en favorisant la participation active des usagers.
- Prêter une attention particulière à la compétence culturelle dans les formations des professionnels de la première ligne.

Bibliographie

1. Arah, O., Westert, G., Hurst, J., & Klazinga, N. (2006). A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*, 18 Suppl 1, 5-13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl024>
2. Arrêté royal du 9 avril 2007 déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil, *M.B.*, 07 mai 2007.
3. Article 1 de la Convention internationale relative au statut des réfugiés à Genève le 28 juillet 1951, approuvée par la loi du 26 juin 1953, *M.B.*, 4 octobre 1953.
4. Aujoulat, I. (2016). *Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique*. UCL, Bruxelles.
5. Be.Hive. (2020a). *Méthodologie du développement des questionnaires*. http://www.be-hive.be/documents/livreBlanc/2.M%C3%A9thodo_D%C3%A9veloppementQuestionnaire_2020.02.18.pdf
6. Be.Hive. (2020b). *Un livre blanc de la première ligne en Belgique francophone* (p. 1-116). <https://online.fliphtml5.com/zzhif/brui/>
7. Bodenmann, P., Ninane, F., Pahud-Vermeulen, B., Dory, E., Monnat, M., Cornuz, J., & Masserey, E. (2015). Afflux des migrants. *Bulletin des médecins suisses*, 96(50-51), 1881-1883.
8. CGRA. (2020, janvier 9). *Statistiques d'asile – bilan 2019*. CGVS. <https://www.cgra.be/fr/actualite/statistiques-dasile-bilan-2019>

15. Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., Gerkens, S., Maertens de Noordhout, C., Devleesschauwer, B., Haelterman, M., Léonard, C., & Meeus, P. (2019). *Performance du système de santé belge-Rapport 2019-Synthèse*. *Health Services Research (HSR)*. (Rapport 2019). Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE).
16. FEDASIL. (2015). *Un centre d'accueil dans votre commune*.
https://www.fedasil.be/sites/default/files/brochure_fedasil_information_administrations_communes_9.pdf
17. FEDASIL. (2018). *PERSONNES VULNÉRABLES AVEC DES BESOINS D'ACCUEIL SPÉCIFIQUES. Définition, identification, prise en charge*. (p. 105).
https://www.fedasil.be/sites/default/files/fedasil_etude_personnes_vulnerables.pdf
18. FEDASIL. (2020). *RÉSEAU D'ACCUEIL POUR DEMANDEURS D'ASILE EN BELGIQUE*.
https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/reseau_accueil_fedasil_20200420.pdf
19. FEDASIL, OIM, & OE. (2020). *RETOUR VOLONTAIRE EN 2020*.
20. Gurría, A. (2017, juin 20). *Launch of the 2017 International Migration Outlook*. OCDE.
<http://www.oecd.org/migration/launch-of-international-migration-outlook-2018.htm>
21. HA Chi Cuong. (2016). *Quels sont les obstacles à l'accès aux soins de santé chez les migrants dans un contexte de médecine générale?* ULB.
22. HCR. (2016). *Appel Global 2017 HCR-Actualisation* (p. 184).
[http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/ga2017/pdf/fr/GA_2017%20Update%20Fr
ench_Book_COMPLETE.pdf](http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/ga2017/pdf/fr/GA_2017%20Update%20French_Book_COMPLETE.pdf)

23. Hervé, C., Stanton-Jean, M., Mamzer, M.-F., Ennuyer, B., & Institut international de recherche en éthique biomédicale (Éds.). (2015). *Les inégalités sociales et la santé : Enjeux juridiques, médicaux et éthiques*. Dalloz.
24. INAMI, & Médecins du Monde. (2014a). *Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*.
<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-blanc.pdf>
25. INAMI, & Médecins du Monde. (2014b). *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*.
<https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>
26. IOM. (2016). *Summary report on the MIPEX health strand and country reports*.
27. Loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers, *M.B.*, 12 janvier 2007.p.24027.
28. Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, *M.B.*, 30 juillet 2018.p. 68616.
29. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 22 août 2002.p.43719.
30. Lorant, V., Derluyn, I., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). *Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorité ethniques*.
<http://hdl.handle.net/2078.1/100686>
31. Myria. (2015a). *Immigré, étranger, Belge d'origine étrangère : De qui parle-t-on ?*
http://www.myria.be/files/Myriatics2__layout.pdf
32. Myria. (2015b). *Migration en droits et en chiffres 2015* (p. 244). Centre Fédéral Migration. https://www.myria.be/files/Migration-rapport_2015-LR.pdf
33. OCDE. (2017, juin 29). *L'OCDE demande aux pays d'intensifier leurs efforts en faveur de l'intégration des immigrés et des réfugiés*. OCDE.
<http://www.oecd.org/fr/migrations/locde-demande-aux-pays-dintensifier-leurs-efforts-en-faveur-de-lintegration-des-immigres-et-des-refugies.htm>

34. OIM. (2013). *Migration internationale, santé et droits de l'homme*. Organisation internationale pour les migrations.
https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Migration/WHO_IOM_UNOHCHRPublicationFR.pdf
35. OMS. (2015). *Rapport du secrétariat : Promotion de la santé des migrants et des réfugiés*. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_26-fr.pdf.
36. OMS/Europe. (2017). *Migration et santé : Les principaux enjeux*. <http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-determinants/migration-and-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues>.
37. Parlement Européen et Conseil de l'Union Européenne (2011). *Directive 2011/95/UE du parlement européen et du conseil du 13 décembre 2011 concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection*. 2011/95/UE. 2011. Strasbourg : Parlement Européen et Conseil de l'Union Européenne.
38. Roberfroid, D., Dauvrin, M., Keygnaert, I., Desomer, A., Kerstens, B., & et al. (2015). *Quels soins de santé pour les personnes en séjour irrégulier?* (KCE Reports 257Bs; p. 40). Centre fédéral d'Expertise des soins de santé (KCE). <http://hdl.handle.net/2078.1/177868>
39. Scheppers, E. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities : A review. *Family Practice*, 23(3), 325-348.
<https://doi.org/10.1093/fampra/cmi113>
40. Simonnot, N., Rodriguez, A., Nuernberg, M., Fille, F., Arana-Fernandez, P. E., & Chauvin, P. (2016). *L'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays*. 53.

41. UNHCR. (2019). *Global Trends forced displacement in 2018*.
<https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>
42. United Nation (1951). *Convention relating to the status of Refugees. 1951*. New York : United Nations.
43. Vanderbroeck, P., & Liesbeth, J. (2018). *Renforcer la littératie en santé : Tirer les leçons des dix pratiques étrangères innovantes*. (Fondation Roi Baudouin).
<https://en.calameo.com/read/001774295e3fe28492bdf?authid=0p3YN7GVU7d3>
44. World Health Organization (2010). *Linkages between health and human rights*. World Health Organization. <https://www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf>
45. World Health Organization. (2017). *Process of translation and adaptation of instruments*. https://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/

ANNEXES

Annexe 1 : Annexe de l'Arrêté royal du 9 avril 2007

Annexe 2 : Questionnaire Be.Hive adapté pour l'enquête

Annexe 3 : Formulaire de consentement pour le questionnaire Be.Hive

Annexe 1 : Arrêté royal du 9 avril 2007

Art. 4. Dans l'intérêt du patient, le directeur général de l'Agence peut à titre exceptionnel accorder au bénéficiaire de l'accueil l'aide et les soins médicaux qui s'avèrent requis pour qu'il bénéficie d'un accompagnement médical conforme à la dignité humaine, même s'ils ne sont repris ni dans la nomenclature telle que prévue à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, ni dans l'annexe 2 au présent arrêté.

La décision du directeur général de l'Agence est prise sur proposition d'un médecin.

Art. 5. En vue de la coordination des listes annexées au présent arrêté, le Ministre peut annuellement procéder à leur republication sans y apporter de modifications sur le plan du contenu.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le même jour que l'article 24 de la loi.

Art. 7. Notre Ministre qui a l'Intégration sociale dans ses compétences est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 9 avril 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intégration sociale
C. DUPONT

Annexe 1^{re} de l'arrêté royal déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil

- Orthodontie
- Investigation et traitement d'infertilité
- Prothèses dentaires, lorsqu'il n'existe pas de problème de mastication, quelque soit l'âge du demandeur d'asile
- Interventions purement esthétiques sauf pour la reconstruction après la chirurgie ou un trauma
- Soins dentaires et les extractions dentaires sous anesthésie générale

Vu pour être annexé à notre arrêté du 9 avril 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intégration sociale
C. DUPONT

Annexe 2 de l'arrêté royal déterminant l'aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil et l'aide et les soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil

Des médicaments catégorie D (non A, B, C, Cs, Cx) :

- o enregistrés comme médicament en Belgique
- o prescrits par un médecin, autorisé à exercer la médecine en Belgique
- o avec une prescription de nom de matière
- o tenant compte des recommandations pour le remboursement de référence
- o à l'exception de médicaments pour le traitement de l'impuissance.

Des médicaments catégorie D (non A, B, C, Cs, Cx) :

- o enregistrés comme médicament en Belgique
- o accessibles sans prescription d'un médecin
- o remboursés sur base du prix du produit actif le meilleur marché
- o repris dans les rubriques suivantes :

Art. 4. In het belang van de patiënt kan de directeur-generaal van het Agentschap ten uitzonderlijke titel aan de begunstigde van de opvang de medische hulp en de medische zorgen toekennen die noodzakelijk zijn opdat hij zou kunnen beschikken over een medische begeleiding die aan de menselijke waardigheid beantwoordt, zelfs indien deze noch worden vermeld in de nomenclatuur zoals voorzien in artikel 35 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, noch in bijlage 2 bij dit besluit.

De beslissing van de directeur-generaal van het Agentschap wordt genomen op voorstel van een arts.

Art. 5. Met het oog op de coördinatie van de lijsten in bijlage bij dit besluit, kan de Minister deze opnieuw bekendmaken, zonder wijzigingen aan de inhoud aan te brengen.

Art. 6. Dit besluit treedt in werking op dezelfde dag als artikel 24 van de wet.

Art. 7. Onze Minister die bevoegd is voor Maatschappelijke integratie wordt belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Châteauneuf-de-Grasse, 9 april 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Maatschappelijke Integratie
C. DUPONT

Bijlage 1 bij het koninklijk besluit tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die niet verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang omdat zij manifest niet noodzakelijk blijken te zijn en tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die tot het dagelijks leven behoren en verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang.

- Orthodontie
- Infertiliteitsonderzoek en vruchtbaarheidsbehandeling
- Tandprothesen, indien er geen kauwprobleem is, ongeacht de leeftijd
- Zuiver esthetische ingrepen tenzij voor reconstructie na heelkunde of trauma
- Tandverzorgingen en of -extracties onder algemene verdoving

Gezien om te worden gevoegd bij ons Besluit van 9 april 2007.

ALBERT

Par le Roi :

De Minister van Maatschappelijke Integratie
C. DUPONT

Bijlage 2 bij het koninklijk besluit tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die niet verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang omdat zij manifest niet noodzakelijk blijken te zijn en tot bepaling van de medische hulp en de medische zorgen die tot het dagelijks leven behoren en verzekerd worden aan de begunstigde van de opvang

Geneesmiddelen categorie D (niet A, B, C, Cs, Cx) :

- o geregistreerd als geneesmiddel in België
- o voorgeschreven door een arts, die gemachtigd is in België de geneeskunde uit te oefenen,
- o met een voorschrift op stofnaam,
- o rekening houdend met de aanbevelingen voor de referentierugbetaling,
- o met uitzondering van geneesmiddelen ter behandeling van impotentie.

Geneesmiddelen categorie D (niet A, B, C, Cs, CX) :

- o geregistreerd als geneesmiddel in België
- o vrij verkrijgbaar zijn, zonder voorschrift van een arts
- o vergoeding op basis van de goedkoopste variant van het actieve middel,
- o voorkomend in de volgende lijst :

- o Antiacides
- o Spasmolytiques
- o Antiémétiques
- o Antidiarrhéiques
- o Analgésiques en antipyrétiques (paracétamol, acide salicylique, ibuprofène 400 mg, naproxène de sodium 220 mg)
- o médicaments des affections bucco-pharyngées.

Des extractions dentaires.

Des prothèses dentaires, uniquement pour rétablir la capacité de mastication.

Des lunettes pour les enfants, prescrits par un ophtalmologue, à l'exception des verres bi- ou multifocaux et des verres teintés.

Des lunettes pour les adultes en cas d'un indice de réfraction d'au moins 1D au meilleur œil, prescrites par un ophtalmologue, à l'exception des verres bi- ou multifocaux et des verres teintés.

Lait adapté pour les nourrissons lorsque l'allaitement n'est pas possible.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 9 avril 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de l'Intégration sociale
C. DUPONT

- o Antacida
- o Spasmolytica
- o Anti-emetica
- o Antidiarreaica
- o Analgetica en antipyretica (paracetamol, acetylsalicylzuur, ibuprofen, 400mg, natriumnaprofen 220mg)
- o middelen bij buccofaryngelae aandoeningen.

Tandextracties.

Tandprothesen, ter herstel van de kauwfunctie.

Brillen voor kinderen, voorgeschreven door een oogarts, met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen.

Brillen voor volwassenen vanaf een refractiefwijking van minstens 1D aan het beste oog, voorgeschreven door een oogarts, met uitzondering van bi- of multifocale of gekleurde glazen.

Geadapteerde melk voor zuigelingen wanneer borstvoeding niet kan.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 9 april 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Maatschappelijke Integratie
C. DUPONT

AUTRES ARRETES — ANDERE BESLUITEN

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

[2007/00422]

Directeur général de la direction générale de la police administrative de la police fédérale. — Désignation

Par arrêté royal du 27 avril 2007, M. Libois, Olivier, est désigné pour un terme de cinq ans à la fonction de directeur général de la direction générale de la police administrative de la police fédérale à partir du 1^{er} mai 2007.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

[2007/00422]

Directeur-generaal van de algemene directie bestuurlijke politie van de federale politie. — Aanstelling

Bij koninklijk besluit d.d. 27 april 2007 wordt de heer Libois, Olivier, aangewezen voor een termijn van vijf jaar in de functie van directeur-generaal van de algemene directie bestuurlijke politie van de federale politie met ingang van 1 mei 2007.

SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR

[2007/00423]

Directeur général de la direction générale de l'appui et de la gestion de la police fédérale. — Désignation

Par arrêté royal du 27 avril 2007, M. Van Branteghem, Jean-Marie, est désigné pour un terme de cinq ans à la fonction de directeur général de la direction générale de l'appui et de la gestion de la police fédérale à partir du 1^{er} mai 2007.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN

[2007/00423]

Directeur-generaal van de algemene directie van de ondersteuning en het beheer van de federale politie. — Aanstelling

Bij koninklijk besluit d.d. 27 april 2007 wordt de heer Van Branteghem, Jean-Marie, aangewezen voor een termijn van vijf jaar in de functie van directeur-generaal van de algemene directie van de ondersteuning en het beheer van de federale politie met ingang van 1 mei 2007.

Question 1. Au cours des 12 derniers mois, je me suis adressé.e à un professionnel de la première ligne.

Merci d'indiquer à quelle fréquence vous avez consulté les professionnels dans la liste ci-dessous

Annexe 2:

Questionnaire

Be.Hive adapté

	Jamais	Environ une fois par an	... une fois par trimestre	... une fois par mois	... une fois par semaine et plus
Aide familiale	☐	☐	☐	☐	☐
Aide soignante	☐	☐	☐	☐	☐
Assistant.e social.e	☐	☐	☐	☐	☐
Dentiste	☐	☐	☐	☐	☐
Diététicien.ne	☐	☐	☐	☐	☐
Ergothérapeute	☐	☐	☐	☐	☐
Infirmièr.e	☐	☐	☐	☐	☐
Kinésithérapeute	☐	☐	☐	☐	☐
Logopède	☐	☐	☐	☐	☐
Médecin généraliste	☐	☐	☐	☐	☐
Ostéopathe	☐	☐	☐	☐	☐
Pharmacien.ne	☐	☐	☐	☐	☐
Podologue	☐	☐	☐	☐	☐
Psychologue	☐	☐	☐	☐	☐
Sage-femme	☐	☐	☐	☐	☐

Voici quelques questions au sujet de l'utilisation des services de soins et de l'aide.
Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

Veuillez faire une croix sur la ligne 0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord ou, si cela ne s'applique pas à votre situation, faire une croix dans la case « Sans objet (S.O.) ».

Question 1. En général, au cours des 12 derniers mois, j'ai pu recevoir tous les soins de première ligne dont j'avais besoin car

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Sans objet (S.O.)
Je savais où aller.												☐
Je savais qui contacter.												☐
J'ai pu obtenir mes soins dans un délai satisfaisant.												☐
J'ai pu me rendre facilement à l'endroit où je pouvais recevoir des soins.												☐
Le professionnel ou le service a pu répondre au problème que j'avais.												☐
... et le professionnel connaissait bien mon contexte de vie.												☐

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord

Question 2. Je trouve qu'il est facile de trouver des soins de première ligne (présents et disponibles) dans ma région pour les professionnels suivants:

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ne sais pas
Aide familiale												☐
Aide soignante												☐
Assistant.e social.e												☐
Dentiste												☐
Diététicien.ne												☐
Ergothérapeute												☐
Infirmièr.e												☐
Kinésithérapeute												☐
Logopède												☐
Médecin généraliste												☐
Ostéopathe												☐
Pharmacien.ne												☐
Podologue												☐
Psychologue												☐
Sage-femme												☐

Nous sommes en dehors des heures de consultation de votre médecin généraliste.
Vous ou votre proche avez un problème de santé (p.ex. toux, fièvre), pour lequel vous téléphonez habituellement à votre médecin généraliste.

Question 3. Mon premier réflexe :

- ☐ je me rends au poste de garde de médecine générale.
- ☐ je téléphone au 112.
- ☐ je téléphone au 1733
- ☐ je me rends aux urgences d'un hôpital.
- ☐ je patiente jusqu'au moment où le médecin généraliste est disponible.
- ☐ je me rends à la pharmacie de garde.
- ☐ autre: _____

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?

0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord

Question 4. Les professionnels de santé sont capables de me donner des adresses, lorsqu'ils me recommandent de consulter un autre professionnel.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Question 5. Pour tout nouveau problème de santé non urgent (toux, fièvre), je trouve qu'une personne devrait s'adresser d'abord à son médecin généraliste ou à sa pratique de médecine générale⁷ avant de consulter un médecin spécialiste.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Question 6. Les professionnels qui me suivent se sont déjà rencontrés lors d'une réunion, afin de mettre en place un plan d'aide et de soins qui correspond à mes objectifs.

- ☐ Jamais
- ☐ Environ une fois par trimestre
- ☐ Environ une fois par mois
- ☐ Environ une fois par semaine
- ☐ Je ne sais pas

⁷ Un groupe de professionnels, travaillant souvent à la même adresse, et qui offrent des soins généralistes et de proximité

Question 7. En général, le professionnel qui coordonne mon parcours médical est...

Une ou plusieurs réponses sont possibles.

- ☐ le médecin généraliste
 - ☐ le médecin spécialiste
 - ☐ autre, merci de préciser
-
- ☐ je ne sais pas qui coordonne mon parcours médical
 - ☐ ne s'applique pas

Question 8. J'ai été hospitalisé.e au cours de l'année écoulée.

- ☐ Oui
- ☐ Non

(uniquement si j'ai répondu « oui » à la question 9).

Question 9. Après mon hospitalisation, j'ai eu besoin de soins à mon domicile (infirmiers, d'ergothérapie, de kinésithérapie, de psychologue, parmi d'autres).

- ☐ Oui
- ☐ Non

(uniquement si j'ai répondu « oui » à la question 10) ; un seul choix est possible.

Question 10. Avant de sortir de l'hôpital, les informations pour ces soins que j'ai reçues ...

- ☐ ... sont uniquement celles des professionnels de l'hôpital
- ☐ ... sont uniquement celles des professionnels du domicile.
- ☐ ... sont à la fois celles des professionnels de l'hôpital et du domicile
- ☐ Je ne sais pas
- ☐ Je n'ai pas reçu d'informations pour organiser ces soins chez moi

Question 11. Ces informations concernaient des professionnels avec lesquels mon médecin généraliste entretient déjà des contacts.

- ☐ Oui
- ☐ Non

Question 12. Si j'ai reçu des conseils relatifs à ma santé de la part des professionnels, ...

0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... je suis satisfait.e des conseils que j'ai pu recevoir.	
... je sais à quel professionnel m'adresser pour recevoir ces conseils.	
... je me sens capable de comprendre les conseils de santé reçus oralement ou par écrit.	
... je me sens capable de les utiliser dans la vie de tous les jours.	
... ces conseils incluent la promotion de la santé ⁸	

Question 13. En règle générale, je sais où trouver des informations fiables et actuelles sur Internet, pour m'informer sur ma santé ou celle de mes proches.

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Je n'utilise pas Internet pour trouver de telles informations

Question 14. Nous voudrions savoir si vous vous **sentez à l'aise pour discuter avec des professionnels, à propos de la **qualité des soins reçus**, notamment lorsque vous avez connu une expérience négative ou désagréable.**

0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

a. Etes-vous d'accord d'en discuter avec un professionnel individuel?	
b. ... avec l'organisation à laquelle il ou elle appartient?	
c. ... avec les autorités?	

⁸ Promouvoir et soutenir les environnements et comportements favorables à la santé en matière d'alimentation, d'activité physique, de détente, de consommation d'alcool et de tabac.

Question 15. En règle générale, pour m'aider à prendre des décisions relatives à ma santé et mon traitement,

0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... mes souhaits et préférences sont pris en compte.	
... les professionnels m'informent correctement des alternatives de soins/traitements pour mes problèmes de santé.	
Je trouve que les professionnels qui me suivent travaillent bien ensemble.	

Question 16. Si vos souhaits et préférences n'ont pas été pris en compte, pouvez-vous décrire ce qui s'est passé?

Merci de cocher et d'indiquer une option des propositions suivantes.

Question 17. Au cours des 12 dernier mois, lorsque j'ai utilisé des services de première ligne de soins, j'ai trouvé que les professionnels étaient respectueux des éléments suivants me concernant.

	Aucun des professionnels	En règle generale, non	En règle générale, oui
Mon origine culturelle	☐	☐	☐
Mon origine sociale	☐	☐	☐
Mon sexe	☐	☐	☐
Mon âge	☐	☐	☐
Ma langue	☐	☐	☐
Ma religion	☐	☐	☐
Mon orientation et/ou identité sexuelle	☐	☐	☐
Mes opinions politiques	☐	☐	☐
Autre, merci de préciser:	☐	☐	☐

Question 18. En règle générale et au cours de l'année écoulée, les intervenants qui m'accompagnent m'ont interrogé.e ...

0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	S.O
... sur ce qui est important pour moi.												☐
... sur l'équilibre entre mes occupations personnelles (professionnelles) et ma vie avec le traitement et la maladie .												☐

Merci de cocher les trois situations qui peuvent rendre la situation de santé complexe, selon vous.

Question 19. La situation est complexe en raison des éléments suivants:

- ☐ Mon mode de vie est difficile à adapter au traitement.
 - ☐ J'ai des difficultés psychologiques.
 - ☐ J'ai des douleurs chroniques.
 - ☐ L'évolution de mon état de santé est imprévisible.
 - ☐ Je souffre de plusieurs maladies, dont une ou plusieurs maladies chroniques.
 - ☐ J'ai beaucoup de médicaments à prendre.
 - ☐ La communication avec les professionnels est difficile.
 - ☐ J'ai besoin de nombreux soins différents et l'organisation est difficile.
 - ☐ Mon lieu de vie est inadapté.
 - ☐ L'accès à certains soins et services dont j'ai besoin n'est pas toujours facile.
 - ☐ Autre, veuillez préciser
-

Question 20. Lorsque la situation est complexe, il peut être utile d'avoir un professionnel de référence.

0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	S.O
Je sais quel professionnel contacter quand mon traitement ou la prise en charge de mes soins ne me conviennent plus												☐

Question 21. Je préfère que ce professionnel de référence soit ...

Veillez choisir trois options qui sont prioritaires pour vous.

- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin spécialiste
- ☐ Infirmier.e de l'hôpital
- ☐ Infirmier.e à domicile
- ☐ Psychologue
- ☐ Ergothérapeute
- ☐ Assistant.e social.e
- ☐ Peu importe le profil, pour peu que ce professionnel ait la confiance de la personne vivant la situation complexe et de son aidant

Voici un set de questions, relatives aux compétences des professionnels.

Chacune d'entre elles propose une fonction ou un acte spécifique (p.ex. prescrire ou coordonner).

Nous vous demandons votre avis par rapport à quel professionnel pour quelles fonctions précises. *Plusieurs options de réponse sont possibles.*

Question 22. J'investis du temps, individuellement ou en association, dans une activité ou un projet contribuant à la santé ou au bien-être de la communauté où je réside.

Merci de choisir une option.

- ☐ Jamais
- ☐ Une fois par an
- ☐ Plus d'une fois par trimestre
- ☐ Plus d'une fois par mois
- ☐ Plus d'une fois par semaine
- ☐ Tous les jours

Question 23. Si j'ai répondu « oui » à la question précédente, cet engagement, je le fais à titre ...

Plusieurs choix sont possibles.

... privé.

... professionnel.

Voici quelques questions au sujet du financement de notre première ligne.
0 = pas du tout d'accord; 10 = tout à fait d'accord.

Question 24. En général, je trouve que le système de financement actuel permet aux professionnels de la première ligne

de passer suffisamment de temps avec les personnes aidées ou soignées.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sans avis

☐

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec l'affirmation suivante?
Veuillez faire une croix sur la ligne 0 = pas du tout d'accord à 10 = tout à fait d'accord ou, si cela ne s'applique pas à votre situation, faire une croix dans la case « Sans objet (S.O.) ».

Question 25. Au cours de l'année écoulée, j'ai été suffisamment soutenu.e par mon entourage pour faire face à ma maladie et à mon traitement.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sans objet (S.O.)

☐

Question 26. Quelle est la nationalité de votre mère ?

Question 27. Quelle est la nationalité de votre père ?

Question 28. Je suis

- ☐ une femme
- ☐ un homme
- ☐ je ne souhaite pas m'exprimer

Question 29. J'appartiens au groupe d'âge suivant

- ☐ 18 - 30 ans
- ☐ 31 - 40 ans
- ☐ 41 - 50 ans
- ☐ 51 - 60 ans
- ☐ 61 - 70 ans
- ☐ 71 - 80 ans
- ☐ 81 - 90 ans
- ☐ plus de 90 ans

Question 30. Le diplôme le plus élevé que j'ai obtenu jusqu'à présent est

...

- ☐ Le certificat d'enseignement primaire.
 - ☐ Le certificat d'enseignement secondaire inférieur ou son équivalent.
 - ☐ Le certificat d'enseignement secondaire supérieur ou son équivalent.
 - ☐ Un diplôme de baccalauréat ou son équivalent.
 - ☐ Un diplôme de master ou son équivalent.
 - ☐ Un PhD (doctorat)
 - ☐ Autre, merci de préciser:
-

Merci d'avoir accepté de partager votre expérience et de répondre à notre questionnaire. Pour toute question concernant Be.Hive ou cette étude, merci d'envoyer un courriel à info@be-hive.be ou de surfer sur notre site Internet à l'adresse <http://www.be-hive.be/>. De même, si vous souhaitez vous abonner à notre newsletter ou participer à nos ateliers et recherches, envoyez-nous un courriel à la même adresse.



Chaire interdisciplinaire de la première ligne de soins

CONSENTEMENT INFORMÉ À PARTICIPER À LA RECHERCHE Be.Hive : Analyse de la perception des acteur-clés de la première ligne de soins en Belgique Francophone

Première partie : information aux patients et au public

QU'EST-CE LA BE.HIVE, LA CHAIRE INTERDISCIPLINAIRE DE LA PREMIÈRE LIGNE ?

Be.Hive est une Chaire interuniversitaire, qui rassemble trois universités (l'Université catholique de Louvain, l'Université Libre de Bruxelles et l'Université de Liège), trois Hautes écoles (Léonard de Vinci, Ilya Prigogine et HENALLUX), ainsi que des représentants des patients et du public, des professionnels et des politiques. Ils ont uni leurs ressources de recherche et d'enseignement pour contribuer au développement d'une première ligne de soins et de l'aide forte en Belgique francophone. Le mot « Hive », qui signifie « ruche », symbolise l'intelligence collective, qui est nécessaire pour arriver travailler efficacement ensemble à l'amélioration de la première ligne. Une initiative semblable a démarré aussi en Flandre.

Cette Chaire est financée durant cinq ans par le Fonds Daniël De Coninck, qui est géré par la Fondation Roi Baudouin.

QUE FAIT BE.HIVE?

Une première étape consiste à construire une vision commune et partagée de ce qu'est une première ligne forte. Cette vision va guider les travaux de recherche et d'enseignement de Be.Hive.

Le questionnaire que vous avez sous les yeux sert à réaliser un état des lieux de la première ligne en Belgique francophone, en faisant **une enquête à grande échelle** auprès de l'ensemble de ses acteurs-clés. Les acteurs-clés, c'est vous, le public, patients et aidants, les associations, les professionnels de la première ligne et les autres, les étudiants en dernière année de ces professions et les acteurs politiques qui les représentent.

L'enquête comporte des questions dans 4 domaines : (a) comment voyez-vous cette première ligne de soins et de l'aide ; (b) comment vous situez-vous par rapport à cette première ligne, (c) quelles sont les forces et les faiblesses de cette première ligne et (d) quelles pistes recommanderiez-vous pour améliorer la recherche et l'enseignement.

QU'EST-CE QUE CELA SIGNIFIE POUR MOI ?

Concrètement, vous avez reçu une invitation à participer à une enquête en ligne ou via un courrier postal, au sujet des 4 domaines (ci-dessus).

POURQUOI PARTICIPER À CETTE RECHERCHE ?

Il s'agit d'une chance unique de faire entendre votre voix et de travailler avec d'autres acteurs-clés. Ceux-ci ont parfois une vision des choses différente de la vôtre. Notre objectif est que la réalité des soins et de l'aide au niveau de la première ligne, soit bien entendue et documentée.

En effet, les chercheurs et décideurs ont besoin de faits, de données, pour prendre des décisions en connaissance de cause. Il s'agit par ailleurs d'une initiative citoyenne, où votre implication peut vous faire rencontrer d'autres personnes ayant envie d'améliorer les choses, en soutenant surtout les initiatives « qui marchent bien », à l'heure actuelle, et en essayant de trouver des solutions dans les domaines où les choses doivent s'améliorer.

LA VOIX DES GROUPES VULNERABLES

Nous trouvons important de collecter la voix de tous les acteurs-clés. Cependant, certains ont du mal à se faire entendre via un questionnaire en ligne ou via courrier. C'est la raison pour laquelle vous pouvez aussi être invité·e à participer à une entrevue individuelle ou collective, au cas où les chercheurs trouvent que la voix de votre groupe n'a pas été suffisamment entendue. Le choix de l'entrevue individuelle ou de groupe vous appartient. Cette entrevue individuelle durera au maximum 1 heure ; au cas où vous préférez une entrevue en groupe, elle durera maximum 2 heures. Ces entretiens seront organisés dans le lieu de votre choix. Si vous devez vous déplacer, vos frais de déplacement vous seront remboursés sur base du tarif de transport en commun (2^{ème} classe).

QU'EST-CE QUI EST ATTENDU DE MA PART SI L'ON ME DEMANDE DE PARTICIPER ?

Nous vous demandons de pouvoir utiliser les données que nous aurons collectées via ce questionnaire en ligne, postal, ou lors des rencontres individuelles ou de groupe, de manière à les comparer avec celles des autres acteurs-clés. Ces données seront anonymisées, ce qui signifie que les chercheurs ne pourront pas relier les réponses à une personne donnée.

PROTECTION DE MA VIE PRIVÉE

Votre identité et votre participation à cette recherche demeureront strictement confidentielles. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. La protection des données personnelles est assurée par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur (loi du 30 juillet 2018). Si vous êtes un patient, ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Pour toute

MA PARTICIPATION EST VOLONTAIRE

Votre participation à l'étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'étude à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'accompagnement (l'étude ?) font partie intégrante de celui-ci. Votre refus de participer à cet accompagnement (l'étude ?) n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages. Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette recherche, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation.

QUI A ACCÈS À CES DONNÉES ?

Ces données seront analysées par les chercheurs des universités des instituts de santé publique ou équivalents de l'Université catholique de Louvain, de l'Université Libre de Bruxelles et de l'Université de Liège.

COMITÉ D'ÉTHIQUE

Ce projet a été évalué et approuvé par le comité d'éthique de toutes les universités participant à cette étude (numéro d'enregistrement belge : BE2019/02SEP/379). La Commission d'Éthique hospitalo-facultaire Saint-Luc – UCLouvain est le comité d'éthique central. Ses membres sont joignables par téléphone (02/764.55.14) ou par courrier postal au secrétariat du Comité d'Éthique, Promenade de l'Alma, 51 BP B1.43.03, 1200 Bruxelles. En aucun cas, vous ne devez considérer cet avis favorable comme une incitation à participer à cette étude.

QUELS SONT MES DROITS ?

Prenez le temps de bien lire les informations concernant l'étude. Vous avez le droit à tout moment de poser des questions en rapport avec le questionnaire ou les entretiens. Ces droits vous sont garantis par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et par la Directive Générale concernant la Protection des Données (EU) 2016/679. Vous avez le droit d'accepter ou de refuser de donner votre consentement à participer à l'enquête ou à l'entrevue.



Même si vous consentez aujourd'hui, vous avez le droit à tout moment de retirer votre consentement¹. Il n'est cependant pas possible de retirer vos réponses de la base de données, vu que vos réponses ne sont pas reliées à votre nom dans la base de données. Les chercheurs sont tenus au secret professionnel concernant vos données.

Si vous êtes un patient et bien que vos soins soient délivrés comme d'habitude et que vous ne courrez aucun risque lié au fait de participer et que vous ou votre famille subissez un dommage lié à cette étude, ce dommage

sera indemnisé par le promoteur de l'étude, conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque. Le nom de l'assureur est Ethias Assurance ; l'adresse est rue des Croisiers 24, 4000 Liège et le numéro de police est 45.399.955. L'assurance couvre la période du 01/09/2019 au 21/08/2024.

PERSONNES DE CONTACT EN CAS DE QUESTIONS OU DE PLAINTE

Si avez des questions au sujet de la recherche, si vous voulez donner un avis à propos de vos droits en tant que participant à cette étude, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter la coordinatrice de Be.Hive par mail: Thérèse Van Durme (therese.vandurme@uclouvain.be), ou par téléphone (02/764 34 87).

Le seul risque auquel vous êtes exposé en participant à ce suivi scientifique, est la rupture d'anonymat. Pour cela, si vous pensez que vos données n'ont pas été traitées de manière adéquate, vous avez la possibilité de porter plainte auprès de la personne de contact dans le projet (voir ci-dessous), ou via l'Autorité de Protection des données, Rue de la Presse, 35, 1000 Bruxelles, ou par téléphone au 02/274 48 00 ou par le formulaire de contact en ligne via <https://www.autoriteprotectiondonnees.be/contact>

OÙ PUIS-JETROUVER PLUS D'INFORMATIONS ?

Sur le site Internet be-hive.be

Le promoteur de l'étude est l'Université catholique de Louvain (UCLouvain). L'adresse est Place de l'Université, 1 à 1348 Louvain-la-Neuve.

La coordination scientifique de l'étude : Jean Macq, Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain, clos Chapelle-aux-Champs 30.13 1200 Bruxelles, en collaboration avec les universités suivantes : Université de Liège et Université libre de Bruxelles.

Le responsable du traitement des données : Jean Macq, Institut de Recherche Santé et Société (IRSS – UCL), Clos Chapelle aux Champs 30.13 1200 Bruxelles

Délégué à la protection des données :

- **UCLouvain** : Alain Ninane : privacy@uclouvain.be

Comité d'Ethique Médicale : Commission d'Ethique hospitalo-facultaire Saint-Luc - UCLouvain, joignable par téléphone (02/764.55.14) ou par courrier postal au secrétariat du Comité d'Ethique, Promenade de l'Alma, 51 BP BI.43.03, 1200 Bruxelles.

L'Assureur (Ethias) : Rue des Croisiers, 24 ; 4000 Liège ; Tél (04) 220.31.11 ; e-mail : info@ethias.be

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE DU PARTICIPANT

Deuxième partie

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)), ... déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à la recherche relative à Be.Hive : Analyse de la perception des acteur-clés de la première ligne de soins en Belgique Francophone.
2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de la recherche et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.
3. Je sais que cette recherche a été soumise et approuvée par le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire de l'Université catholique de Louvain.
4. Je suis libre de participer ou non, de même que d'arrêter la recherche à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.
5. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et de la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation humaine.
6. J'ai été informé-e de l'existence d'une assurance.
7. Je consens de mon plein gré à participer à cette recherche.

Prénom, Nom et Signature du participant / Date (jour/mois/année)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (Prénom, Nom)(chercheur) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de la recherche au participant mentionné ci-dessus.

Signature de la personne qui procure l'information Date (jour/mois/année)

