

Faculté de santé publique

Comment l'accueil collectif en Belgique contribue-t-il à l'accès aux soins de santé des demandeur.ses de la protection internationale ?

Analyse qualitative d'un centre bruxellois

Mémoire réalisé par
Camille Guiheneuf

Promoteur
Marie Dauvrin

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Comment l'accueil collectif en Belgique contribue-t-il à l'accès aux soins de santé des demandeur.ses de la protection internationale ?

Analyse qualitative d'un centre bruxellois

Mémoire réalisé par
Camille Guiheneuf

Promoteur
Marie Davrin

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Tout d'abord, je souhaite remercier Mme Marie Dauvrin pour son accompagnement tout au long de cette recherche. Merci à elle pour sa disponibilité, le partage de son expertise et de ses conseils.

Je remercie les membres du service social et médical du centre d'Etterbeek d'avoir accepté de participer à cette étude. Vous m'avez accordé beaucoup de votre temps pour me permettre de mener à bien ma recherche et d'enrichir ce travail.

Je remercie infiniment mes parents sans qui je n'aurais pas pu mener ce master aussi sereinement.

Je remercie mes amies Zoé, Laureen et Céline qui ont toutes les trois été des rencontres enrichissantes et qui ont toujours été présentes pour m'accorder leur aide.

Puis, je remercie Nicolas qui a pris de nombreuses fois le temps d'écouter mes doutes et mes questionnements, ainsi que pour son aide pour la mise en forme de ce travail.

Pour finir, merci aux lecteur.ices de prendre le temps de me lire. J'espère que cette lecture vous sera agréable.

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 ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant·e·s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Avant-propos

Certaines professions citées dans ce travail rencontrent encore actuellement des stéréotypes de genre qui continuent à être véhiculés à travers le langage. C'est pourquoi ce travail est rédigé en écriture inclusive. Ce choix peut complexifier la lecture, néanmoins, il permet aussi de ne pas masquer la présence des hommes et des femmes qui ont contribué à ce travail et de les mettre sur un même pied d'égalité.

Table des matières

Table des figures	4
Liste des abréviations	5
Cadre théorique	6
1. Les demandeur.ses de la protection internationale en Belgique	6
Pourquoi introduire une demande de protection internationale ?.....	6
Qui sont les DPI ?.....	6
Combien sont-ils.elles ?	7
2. Procédure de la demande de la protection internationale et les instances impliquées	8
3. L'accueil collectif.....	9
Les centres d'accueil collectif en Belgique	10
Durée de résidence dans les centres d'accueil collectif	10
4. Les législations et politiques sur l'accueil des demandeur.ses de la protection internationale	11
5. La loi Accueil et l'aide matérielle.....	11
Contenu de l'aide matérielle.....	12
Conditions d'octroi de l'aide matérielle	13
Situation actuelle	13
6. Lien entre santé et accueil collectif	14
L'état de santé à l'arrivée dans le pays hôte.....	14
L'impact des centres d'accueil collectif sur la santé	15
7. Question de recherche.....	17
Approche méthodologique	18
1. Cadre conceptuel	18
2. Matériel et méthodes	19

Choix du type d'étude	19
Instrument de collecte de données : l'entretien semi-directif	20
Choix du centre	22
L'échantillonnage.....	22
3. Analyse et traitement des données	23
4. Protocole de recherche.....	23
5. Posture de la recherche et considérations éthiques.....	24
Résultats	25
1. Description de l'échantillon et de ses caractéristiques.....	25
2. Présentation du centre	26
3. Principaux résultats	26
Rubrique : Availability.....	26
Rubrique : Accessibility	28
Rubrique : Accomodation	31
Rubrique : Affordability.....	38
Rubrique : Acceptability	38
4. Synthèse des résultats pertinents de la recherche	43
Discussion	45
1. Les déterminants sociaux de la santé.....	45
Les aspects linguistiques et culturels	47
Interprétariat.....	48
Médiation culturelle	50
Compétences culturelles.....	50
Réflexion contextualisée sur le sujet d'étude.....	51
Conclusion.....	53
2. Le secret médical	54
Secret partagé	56

Visée éthique	57
La bioéthique et le « principlism ».....	58
Conclusion.....	60
3. Limites de l'étude	61
4. Perspectives d'ouverture et implications pour la recherche	62
Conclusion.....	64
Bibliographie.....	65
Annexes	74
Annexe A – Liste moins et liste plus	74
Annexe B – Guide d'entretien	75

Table des figures

Figure 1: nombre de demandes de protection internationale introduites en Belgique en fonction des années de 2008 à 2014 (Office des étrangers, 2023)	7
Figure 2: nombre de demandes de protection internationale introduites en Belgique en fonction des années de 2014 à 2022 (Office des étrangers, 2023)	7
Figure 3: nombre de demandes de protection internationale par mois (premières demandes) pour 10 000 habitant.es de pays membre de l'Union européenne en fonction de l'année 2021 et 2022 (Myria, 2022b).	8
Figure 4: énumération des caractéristiques structurelles des centres d'accueil collectif impactant la santé des DPI	15
Figure 5: énumération des impacts sur la santé des DPI causés par les éléments structurels des centres d'accueil collectif.....	16
Figure 6: caractéristiques de l'échantillon (n = 8).....	25
Figure 7: durée des entretiens (en minutes).	26
Figure 8: illustration de la synthèse des résultats	44
Figure 9: schéma explicatif des inégalités sociales de la santé (traduit et adapté de Mackenback & Bakker, 2022).....	45
Figure 10: représentation de l'impact et des interactions de l'aspect linguistique et culturel via le modèle des 5A sur l'accès aux soins de santé des DPI	47
Figure 11: représentation de l'impact et des interactions du secret médical dans le modèle des 5A sur l'accès aux soins de santé des DPI	55
Figure 12: liste moins et liste plus (Dauvrin et al., 2019)	74

Liste des abréviations

AIDA : Asylum Information Database

AS : Assistant.e social.e

CGRA : Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides

DPI : Demandeur.ses de la protection internationale

ECRE : European Council on Refugee and Exiles

Fedasil : Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile

HAS : Haute Autorité de Santé

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

IOM : Organisation Internationale pour les Migrations

MENA : Mineur.e étranger.e Non-Accompagné.e

Myria : Centre fédéral migration

OE : Office des Étrangers

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non-Gouvernementale

UCL : Université Catholique de Louvain

UNHCR : Agence des Nations Unies pour les réfugiés

Cadre théorique

1. Les demandeur.ses de la protection internationale en Belgique

Dans le but d'obtenir la protection d'un pays hôte, un individu a temporairement le statut de demandeur.se de la protection internationale (DPI). Ce statut qualifie une personne qui est dans l'attente d'une réponse prise suite au dépôt de sa demande et de l'analyse de son dossier (Agence des Nations Unies pour les réfugiés [UNHCR], s.d ; Ciré, 2021). Cette demande se fait soit à la frontière, soit dans le pays hôte même (Ciré, 2021).

Depuis mars 2018, le terme « demandeur.se d'asile » est remplacé par « demandeur.se de la protection internationale ». Ce terme inclut aussi les personnes qui ont obtenu la protection subsidiaire, mais ces dernières ne feront pas l'objet de ce travail (Dauvrin *et al.*, 2019). Cependant, l'acronyme « DPI » sera utilisé pour fluidifier la lecture.

Pourquoi introduire une demande de protection internationale ?

Une personne introduisant une demande de protection internationale est une 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 » (UNHCR, 2007, p.16). Cette définition se fonde sur la convention de Genève qui définit le statut de réfugié et explicite à quelles obligations juridiques sont contraints les pays signataires dont fait partie la Belgique (UNHCR, s.d).

Qui sont les DPI ?

Tout d'abord, les personnes introduisant une demande de protection internationale en Belgique sont majoritairement originaires de : l'Afghanistan (17,5%), du Burundi (14,08%) et de la Syrie (10,2%) (CGRA, 2022).

Ce sont majoritairement des hommes (en Belgique en 2022, 26 000 hommes et 10 790 femmes), entre 18 et 34 ans (en Belgique en 2022, 4 360 entre 18 et 34 ans ; 2 835 entre 35 et 64 ans ; 195 de 65 ans et plus) (Eurostat, 2023).

Avoir un bon état de santé et un statut socio-économique avantageux conditionnent le départ. Il faut un minimum de ressources pour pouvoir se déplacer d'un pays à un autre (Ledoux *et al.*,

2018). Ce sont les personnes des classes socio-économiques moyennes dans leur pays d'origine qui migrent le plus (Tevanian & Stevens, 2022).

Combien sont-ils,elles ?

À l'issue de l'année 2022, 36 871 demandes de protection internationale ont été déposées en Belgique. Cependant, les DPI étaient 42 150 à être dans l'attente d'une réponse d'octroi ou non de la protection internationale à la fin du mois de janvier 2023 (Office des étrangers, 2023). À titre d'illustration, les DPI représentent au minimum 0,36% de la population belge (en 2022, 11 584 008 habitant.es en Belgique (Statbel, 2022)). La différence entre le nombre de dossiers de demande et le nombre de personnes en attente d'une réponse s'explique par le fait qu'une famille est rattachée à un même dossier. Soit un dossier concerne en moyenne 1,3 personnes (Centre fédéral migration [Myria], 2022a). Aussi, cette différence s'explique par la longueur de la procédure (cet aspect sera développé plus tard dans ce travail).

Figure 1: nombre de demandes de protection internationale introduites en Belgique en fonction des années de 2008 à 2014 (Office des étrangers, 2023)

Année	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de demandes introduites	15 934	22 954	26 559	32 271	28 351	21 222	22 848

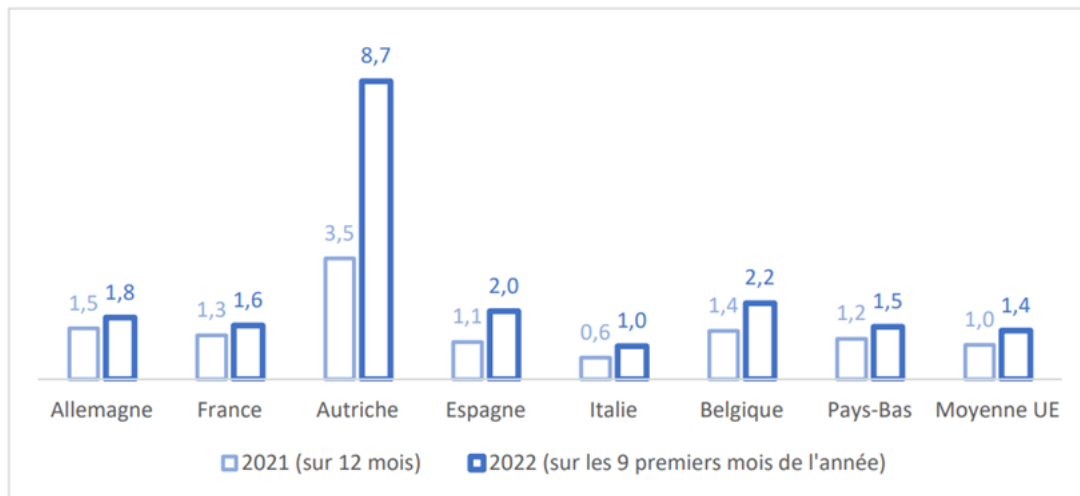
Figure 2: nombre de demandes de protection internationale introduites en Belgique en fonction des années de 2014 à 2022 (Office des étrangers, 2023)

Année	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de demandes introduites	44 760	18 710	19 688	23 443	27 742	16 910	25 971	36 871

Comme les tableaux ci-dessus l'illustrent, le nombre de demandes était auparavant assez stable avant de massivement augmenter lors de la crise de l'asile de 2015 pour ensuite, diminuer de nouveau. Puis, cette diminution a été suivie par une augmentation croissante. Actuellement, il se déroule la troisième crise migratoire depuis les sept dernières années passées (Fedasil, 2021).

Comparée à l'Union européenne, la Belgique reçoit moins de 4% des demandes faites aux États membres. Le pays est en 8^{ème} position et le premier était l'Allemagne avec 243 880 demandes (Myria, 2022a ; Office des étrangers, 2023). Pourtant, la Belgique accueille autant voire plus.

Figure 3: nombre de demandes de protection internationale par mois (premières demandes) pour 10 000 habitant.es de pays membre de l'Union européenne en fonction de l'année 2021 et 2022 (Myria, 2022b)



La figure trois démontre que rapportée au nombre d'habitant.es, la Belgique est un pays qui accueille plus que la moyenne européenne autant pour l'année 2021 que 2022.

La partie suivante permet de comprendre quelle procédure doivent suivre les DPI lorsqu'ils.elles introduisent une demande de protection internationale.

2. Procédure de la demande de la protection internationale et les instances impliquées

Cette partie est une brève description de la procédure en question.

Étape 1 : À son arrivée sur le territoire belge ou à la frontière les ressortissant.es étranger.es doivent se présenter à l'**Office des Étrangers (OE)** dans les huit jours suivants leur arrivée pour introduire une demande de protection internationale (Dauvrin *et al.*, 2019). L'OE a pour mission d'exécuter la loi du 15 décembre 1980 et l'arrêté royal du 8 octobre 1981 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étranger.es (Office des étrangers, s.d).

Étape 2 : Une fois la demande introduite et jugée recevable, les DPI sont orienté.es vers le centre d'arrivée le Petit-Château géré par l'**agence Fedasil** (agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile) (Fedasil, 2022). Cette agence missionnée par le gouvernement sera garante des DPI tout au long de l'examen de leur dossier jusqu'à la réponse finale (Dauvrin *et al.*, 2019).

L'agence fédérale a trois jours pour trouver une place dans un centre d'accueil pour les DPI (Dauvrin *et al.*, 2019). Ce dispatching se fait en fonction de la situation familiale, de l'état de santé et des vulnérabilités (Cours des comptes, 2017). Pour l'OE, la vulnérabilité peut se décliner en dix catégories : mineur.e ; +65 ans ; grossesse ; problèmes médicaux ; problèmes

psychologiques ; accompagné.e d'enfant(s) mineur.e (s) ; femme seule ; victime de la traite des êtres humains ; LGBT ; victime de violences (physiques, psychologiques ou sexuelles) (Fedasil, 2018a). Aussi, le dispatching se fait au regard du « plan de répartition des demandeurs d'asile » (Culture&Santé, 2016, p. 38).

Dans un premier temps, le service dispatching oriente vers un lieu de pré-accueil (dans un centre dit de transit) pour une durée maximum de trois semaines après l'enregistrement puis, un autre centre d'accueil est désigné (procédure plus rapide pour les personnes considérées comme très vulnérables) (Fedasil, 2018a). Un monitoring doit s'opérer dans les trente jours suivant la désignation du lieu de résidence. Il a pour but de vérifier que les caractéristiques du centre correspondent aux besoins des DPI (Cours des comptes, 2017 ; Myria, 2022).

Étape 3 : Le **Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (CGRA)** prend la décision finale sur la demande de protection internationale. Cette décision doit être donnée dans les six mois suivant l'introduction de la demande. Cette durée est une mesure d'ordre. C'est le standard à suivre, mais il peut être dépassé (Fedasil, 2018b).

Trois décisions finales sont possibles : octroi du statut de réfugié (protection pour cinq ans), octroi du statut de protection subsidiaire (protection pour un an renouvelable) ou refus de la protection (Ciré, 2021 ; Dauvrin *et al.*, 2019).

Étape 4 : Si la décision est positive, les DPI ont deux mois pour trouver un logement (trois mois pour certaines situations particulières) (Dauvrin *et al.*, 2019). Si elle est négative, les DPI ont la possibilité de faire un recours auprès du **Conseil du contentieux des étrangers** (entité juridique fédérale qui traite les décisions du CGRA). Puis, un.e juge annoncera sa décision finale (Conseil du contentieux des étrangers, 2014).

Pour les mineur.es le parcours dans le réseau d'accueil est différent, c'est pourquoi cette population ne sera pas abordée davantage. La suite de ce travail se focalisera sur le réseau d'accueil collectif. Cet aspect sera abordé dans les parties suivantes.

3. L'accueil collectif

Lorsque les DPI attendent la réponse du CGRA, ils.elles résident dans des centres d'accueil collectif ou individuel. La deuxième option est moins répandue et n'est pas gérée par les mêmes entités que pour le logement collectif (Dauvrin *et al.*, 2019). C'est pourquoi ce travail de recherche s'orientera uniquement sur le réseau d'accueil collectif.

Les centres d'accueil collectif en Belgique

Actuellement, il y a nonante-deux centres d'accueil collectif en Belgique (Fedasil, s.d b). Il existe une multitude de « profils » de centre d'accueil déclinable selon :

- **L'organisme gestionnaire** (Fedasil, partenaires ou groupes privés)

Fedasil gère des centres et cumule un rôle de coordination envers les autres organismes gestionnaires (Cours des comptes, 2017 ; Culture&Santé, 2016). Les partenaires sont la Croix-Rouge (de Flandre et de Belgique), le Samusocial, Caritas et les mutualités sociales. Des groupes privés comme Svasta ou G4S participent aussi à l'organisation du réseau pour permettre l'ouverture de places supplémentaires (Fedasil, s.d b).

- **La fonction d'origine du bâtiment** (caserne, hôpital, internat, village vacances, ...)
(Cours des comptes, 2017)
- **L'ancienneté du centre**
- **La capacité d'accueil**
- **Centre temporaire** (ou dit de transit) **ou permanent**
- **Le public accueilli** (MENA (mineur.e étranger.e non-accompagné.e), familles, adultes isolé.es, avec des troubles de la santé mentale)

Les publics varient d'un centre à un autre, mais aussi au sein d'un même centre (Cours des comptes, 2017).

- **Le type de zone** (rurale, urbaine ou semi-rurale)

Durée de résidence dans les centres d'accueil collectif

Des chiffres de 2017 démontrent que 58% des DPI vivaient plus de six mois dans les centres d'accueil collectif et que la durée moyenne de résidence était de 13,2 mois. Cela est dû au traitement des demandes qui est trop lent pour permettre le respect du délai de six mois (Cours des comptes, 2017). Lorsqu'une personne a résidé plus de six mois dans un centre collectif, elle peut faire une demande pour être transférée dans un logement individuel. Mais en réalité, ce transfert est peu effectif (Ciré, 2009). Mais aussi, comme observé précédemment, le nombre de demandes augmente et donc, la charge de travail pour les analyser aussi. Durant l'année 2022, elle était de 2,5 fois plus élevée par rapport à une charge de travail considérée comme normale. (CGRA, 2022).

Être inscrit.e dans un centre d'accueil collectif ouvre automatiquement l'accès à un ensemble de services appelé « l'aide matérielle » (Dauvrin *et al.*, 2019). Cela signifie aussi que si les places dans le réseau d'accueil ne sont plus garanties, alors l'octroi de l'aide matérielle ne l'est plus également (Cours des comptes, 2017).

Avant d'introduire plus dans les détails le contenu de l'aide matérielle, les aspects législatifs et politiques qui légifèrent l'accueil des DPI et l'octroi de l'aide matérielle seront abordés dans la partie suivante.

4. Les législations et politiques sur l'accueil des demandeur.ses de la protection internationale

La Convention de Genève de 1951 et la Déclaration de New York de 2016 s'ajoutent aux directives européennes (2003/9/CE de 2003 et sa refonte de 2013) sur l'accueil et la prise en charge des DPI (Dauvrin *et al.*, 2019 ; Fedasil, 2018b ; Journal officiel de l'Union européenne, 2013). Les normes d'accueil qui y sont régies sont des normes minimales. Un état peut prévoir des conditions plus favorables s'il le souhaite (Cours des comptes, 2017). Chaque État membre de l'Union européenne a le devoir de les mettre en œuvre dans son pays d'un point de vue législatif, réglementaire et administratif (Journal officiel de l'Union européenne, 2013).

Les législations sur l'accueil des DPI sur le territoire belge sont les suivantes (Ciré, 2021 ; Van Balberghé, 2007 ; Whitehouse *et al.*, 2021) :

- La loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers
- La loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeur.ses d'asile et de certaines autres catégories d'étranger.es, aussi appelée loi Accueil

5. La loi Accueil et l'aide matérielle

Selon la loi consolidée du 12 janvier 2007, plus communément appelée loi Accueil : « l'aide octroyée [...] consistant notamment en l'hébergement, les repas, l'habillement, l'accompagnement médical, social et psychologique et l'octroi d'une allocation journalière. Elle comprend également l'accès à l'aide juridique, l'accès à des services tels que l'interprétariat et des formations ainsi que l'accès à un programme de retour volontaire » (Moniteur Belge, 2007, p.4). L'aide matérielle est délivrée par les centres d'accueil (Fedasil, 2018b ; Moniteur Belge, 2007).

Le travail de recherche réalisé ici va laisser de côté certains aspects de l'aide matérielle pour s'intéresser exclusivement à l'accompagnement médical, psychologique et social.

Contenu de l'aide matérielle

Accompagnement médical et psychologique

Un service médical est accessible et doit être adapté aux besoins spécifiques de chacun.e. Cette demande d'accompagnement individualisé représente un défi pour les travailleur.ses des centres (Fedasil, 2018b).

Les DPI ont le droit d'accéder à une série de soins remboursés dans leur intégralité selon la nomenclature INAMI (Institut National d'Assurance Maladie Invalidité), la liste plus et la liste moins (voir les annexes). La nomenclature est la même que celle adressée à la population belge. La liste plus ajoute des services qui répondent à des besoins spécifiques aux DPI. La liste moins exclut des services présents dans la nomenclature INAMI estimés comme non nécessaires au maintien de la dignité humaine. Le remboursement des frais dans leur intégralité se fait par Fedasil (Dauvrin *et al.*, 2019 ; Moniteur Belge, 2007 ; Van Balberghe, 2007).

Usuellement, les soins de première ligne sont délivrés dans les centres. Pour les soins qui se déroulent à l'extérieur, un réquisitoire est donné aux DPI. Ce réquisitoire est une sorte de monnaie d'échange nécessaire pour assurer la gratuité des soins pour les DPI. Ces dernier.es ne choisissent pas leurs prestataires de soins (Moniteur Belge, 2007).

L'accompagnement médical inclut aussi les soins psychologiques. En règle générale, deux consultations sont remboursées par mois par personne/famille. Si besoin, exceptionnellement, des séances supplémentaires seront dispensées. Les questions de promotion et de prévention de la santé sont prises en charge par des organismes externes tels que des organisations non-gouvernementales (ONG) ou des associations (Dauvrin *et al.*, 2019).

Plusieurs arrêtés royaux font défaut pour concrétiser la mise en œuvre de l'accès aux soins de santé (identification des personnes vulnérables, conventions avec des établissements de soins...) (Cours des comptes, 2017). En attendant et pour plus d'homogénéité dans la gestion des centres, Fedasil a élaboré des instructions pour les structures d'accueil (Cours des comptes, 2017 ; Fedasil, 2021).

Accompagnement social

L'accompagnement social offert par l'aide matérielle permet :

- D'informer et accompagner les DPI dès leur arrivée sur leurs droits, leurs obligations et sur le contenu de l'aide matérielle.
- D'évaluer les besoins afin de déceler des vulnérabilités ou des besoins spécifiques qui, le cas échéant, peuvent amener les DPI à changer de structure d'accueil pour une plus adaptée à leur situation.
- De conseiller et orienter vers des professionnel.les ou des services extérieurs.

(Van Balberghe, 2007)

Conditions d'octroi de l'aide matérielle

Dès qu'un lieu de résidence obligatoire est assigné, l'aide matérielle est octroyée (Fedasil, 2018a) par le centre d'accueil (Fedasil ou partenaire) (Fedasil, 2018a ; Moniteur Belge, 2007). Globalement, l'octroi est effectif jusqu'à la clôture de la procédure (Cours des comptes, 2017 ; Moniteur Belge, 2007).

En fonction de la décision finale, l'aide matérielle peut se poursuivre le temps de trouver un logement ou de quitter le territoire (Fedasil, 2018a). Les DPI ayant vécu dans des centres d'accueil collectif puis transféré.es dans un logement individuel reçoivent toujours l'aide matérielle (mais par les CPAS) (Dauvrin *et al.*, 2019). Aussi, selon la loi belge, l'aide matérielle n'est pas octroyée lors d'un recours (Moniteur Belge, 2007). Ce qui est contredit par la note explicative de la directrice du service juridique de Fedasil de l'époque, Sophie Van Balberghe (Van Balberghe, 2007).

Situation actuelle

Le réseau d'accueil belge est saturé depuis le mois d'octobre 2021 (Asylum Information Database [AIDA], 2021 ; European Council on Refugee and Exiles [ECRE], 2022). Malgré la création de places supplémentaires en début d'année 2022, l'amélioration de la situation fut de courte durée suite à l'arrivée des ukrainien.nes fuyant la guerre (AIDA, 2021 ; UNHCR, 2022).

La saturation du réseau affecte directement les DPI et notamment les hommes seuls qui sont moins prioritaires dans l'enregistrement des demandes. Par ailleurs, depuis le mois d'août 2022, les DPI ne doivent plus introduire leur demande au Petit-Château (centre d'arrivée), mais à l'OE (Fedasil, s.d a).

Ainsi, depuis août 2022, des personnes ayant introduit leur demande auprès de l'OE et ayant donc le statut de DPI ne peuvent pas bénéficier de l'aide matérielle (pendant des jours, voire des semaines), car le centre d'arrivée le Petit-Château ne peut pas les recevoir du fait qu'ils.elles sont trop nombreux.ses pour être prise en charge (AIDA, 2021). Selon le rapport de Myria datant de février 2023, leur nombre s'élève à trois mille (Myria, 2023). Cette pénurie de places va à l'encontre de la dignité de l'Homme, des droits des DPI et de la convention européenne en matière d'asile et de migration (ECRE, 2023 ; Myria, 2022b).

Cette pénurie n'est pas uniquement due à un manque de places ou de structures d'accueil, elle est aussi influencée par la longueur de la procédure. Plus la procédure du traitement du dossier est rapide, plus des places se libèrent au sein des centres d'accueil. *A contrario*, plus la procédure est longue, moins de places sont disponibles (Ciré, 2009 ; Myria, 2022b).

6. Lien entre santé et accueil collectif

Nous avons constaté que l'octroi d'un lieu de résidence ouvre l'accès à des soins de santé. Questionnons maintenant pourquoi il est important d'avoir un accès aux soins efficient pour les DPI.

La santé des DPI peut être altérée à trois moments cumulatifs : dans le pays d'origine, durant le transit et dans le pays d'accueil (Beauclercq *et al.*, 2019 ; Whitehouse *et al.*, 2021). Ce qui engendre, souvent, un état de santé moins bon que celui des résident.es du pays hôte (Dauvrin *et al.*, 2019).

Dans la suite de ce travail seront développés les états de santé à l'arrivée et durant le séjour dans les structures d'accueil collectif.

L'état de santé à l'arrivée dans le pays hôte

Les DPI cumulent des expériences traumatisantes suite à leur vécu dans leur pays d'origine et durant leur transit (Hadgkiss & Renzaho, 2014). Ce vécu est conditionné par des déterminants de santé tels que : le statut socio-économique, la prévalence de certaines maladies, l'accessibilité et la qualité des services de santé (Beauclercq *et al.*, 2019).

Connaître leur état de santé à leur arrivée est utile pour répondre de manière appropriée à leurs besoins (Hadgkiss & Renzaho, 2014). Au regard de leur parcours de vie, cette population a des besoins spécifiques, notamment du point de vue de la santé mentale, la santé maternelle, la santé sexuelle et reproductive, des maladies transmissibles et non transmissibles (Dauvrin *et al.*, 2019).

L'impact des centres d'accueil collectif sur la santé

Les logements collectifs ont un impact direct sur l'état de santé des DPI (Dudek, Razum & Sauzet, 2022 ; Laban *et al.*, 2005 ; Nutsch & Bozorgmehr, 2020 ; Walther *et al.*, 2020). En effet, le lieu de résidence est un déterminant social de la santé avec une influence significative sur la santé mentale, physique et le bien-être. Il y a une relation (directe et indirecte) entre le logement et les résultats de santé au niveau individuel (Ziersch *et al.*, 2017 ; Ziersch & Due, 2018) et les iniquités de santé au sein d'une population (Ziersch *et al.*, 2017). Au regard de la littérature, plusieurs caractéristiques récurrentes dans les logements collectifs ont un impact (voir figure quatre) :

Figure 4: énumération des caractéristiques structurelles des centres d'accueil collectif impactant la santé des DPI

Caractéristiques des structures d'accueil collectif impactant la santé des DPI

Manque d'espace et manque d'espace privé/surpopulation (Beauclercq *et al.*, 2019 ; Whitehouse *et al.*, 2021 ; Ziersch *et al.*, 2017 ; Ziersch and Due, 2018).

Cohabitation : avec des inconnu.es, différentes langues parlées/difficultés pour communiquer, ennemi.es dans le pays d'origine, nuisances sonores (Beauclercq *et al.*, 2019 ; Whitehouse *et al.*, 2021 ; Ziersch *et al.*, 2017).

Sentiment d'insécurité (Whitehouse *et al.*, 2021 ; Ziersch *et al.*, 2017 ; Ziersch and Due, 2018).

Mauvaise qualité de l'intérieur du bâtiment : froid, chaleur, humidité, manque de ventilation (Ziersch *et al.*, 2017).

Emplacement géographique : manque d'accès aux transports pour profiter facilement de soins de santé et avoir plus de liens sociaux (Dudek, Razum and Sauzet, 2022).

Figure 5: énumération des impacts sur la santé des DPI causés par les éléments structurels des centres d'accueil collectif

Les impacts sur la santé des DPI	
Rapide propagation de maladies infectieuses (Covid-19 par exemple) (Hadgkiss & Renzaho, 2014 ; Whitehouse et al., 2021; Ziersch and Due, 2018).	Situations de discrimination impactant négativement la santé mentale (Ziersch et al., 2017).
Risque augmenté de développer des maladies chroniques, sexuelles et reproductives (Hadgkiss & Renzaho, 2014).	Anxiété et stress permanent déclenchant des symptômes qui n'étaient pas présents à l'arrivée : douleurs somatiques ou problèmes liés au sommeil (Whitehouse et al., 2021 ; Ziersch <i>et al.</i> , 2017).
Dépression, agressivité, perte de motivation, bouleversement des rôles parentaux/familiaux (quand long séjour) (Ciré, 2009).	Risque de violences physiques et sexuelles entre hommes et femmes (Beauclercq <i>et al.</i> , 2019).

La figure quatre énumère des éléments structurels qui impactent la santé des DPI. La figure cinq énumère la manière dont est impactée la santé des DPI à cause des conditions de vie dans les logements collectifs. Nous observons que les caractéristiques des logements impactant la santé sont multiples et diversifiées. Dès lors, un.e résident.e peut être touché.e par plusieurs de ces caractéristiques en même temps, ce qui engendre plus de risques pour santé. Aussi, cet état de santé est impacté dans sa globalité (autant physique que mentale). De plus, un logement de piètre qualité impacte d'autres déterminants de la santé tels que l'emploi et le niveau d'éducation. Ceux-ci auront un retentissement sur la capacité des DPI à s'intégrer dans le pays d'accueil (après que la protection soit octroyée) (Ziersch and Due, 2018).

À cela s'ajoutent d'autres facteurs qui ne sont pas propres au logement. La procédure est elle-même considérée comme un facteur de stress (Walther et al., 2020). Du fait d'être dans un long moment d'attente avec une issue incertaine (Beauclercq et al., 2019) et de ne pas avoir de contrôle sur sa propre situation (Ziersch et al., 2017). Cela peut impliquer une détérioration de la santé mentale (Whitehouse et al., 2021). D'autres éléments comme le manque d'interprètes (utiles lors des rendez-vous médicaux par exemple) ou le manque d'occupations, se sont révélés être des facteurs avec une influence négative sur la santé mentale (Beauclercq et al., 2019).

Comme présenté ci-dessus, l'aspect collectif d'un logement peut être problématique d'un point de vue sanitaire et peut rendre les DPI vulnérables au cours de leur séjour (Fedasil, 2018b). Ainsi, cela démontre qu'ils.elles ont des besoins de santé et qu'il est nécessaire d'y répondre efficacement. De la sorte, ce travail interroge la réponse en termes d'accès aux soins de santé en regard aux besoins de santé des DPI, car afin de dépasser les iniquités de santé, il faut proposer à cette population un accès aux soins approprié et de qualité (Ledoux *et al.*, 2018a).

7. Question de recherche

Tout au long de ce travail, nous avons relevé que les DPI ont des besoins en soins de santé spécifiques. Aussi, nous avons constaté que le logement et l'accès aux soins de santé sont intrinsèquement liés.

Mais la pluralité des caractéristiques des centres, l'absence d'audits dans les centres (Cours des comptes, 2017), le manque d'arrêtés royaux qui légifèrent l'aspect sanitaire dans les structures collectives, l'absence de données précises sur les problèmes de santé des DPI et leur utilisation des soins en Belgique (Dauvrin *et al.*, 2019) induisent un contexte manquant de clarté dans l'accès aux soins de santé (Cours des comptes, 2017). C'est ainsi que l'on peut formuler la question de recherche de ce travail qui est :

Comment l'accueil collectif en Belgique contribue-t-il à l'accès aux soins de santé des demandeur.ses de la protection internationale ? Analyse qualitative d'un centre bruxellois.

Approche méthodologique

Ce mémoire prend une forme de mémoire-recherche, car il permet d'analyser de manière théorique et empirique une question de santé publique. La partie précédente a permis de faire un état des lieux des connaissances sur base de la littérature. La section présente permet d'expliquer la récolte et l'utilisation de données dans le but de répondre à la question de recherche.

1. Cadre conceptuel

Le concept de référence utilisé est celui de l'accessibilité définie dans le modèle des 5A développé en 1981 par deux chercheurs du domaine de la santé publique : R. Penchansky et J. William Thomas. Ils sont les premiers à théoriser le concept d'accès aux soins de santé (Penchansky & Thomas, 1981). Ce modèle est pionnier dans le secteur de la recherche qui l'utilise encore largement (Saurman, 2015). L'accès aux soins de santé y est défini comme la concordance entre celui ou celle qui consomme un service et le service lui-même (Penchansky & Thomas, 1981). En d'autres termes, c'est faire en sorte qu'un.e patient.e accède aux soins qu'il.elle requiert, au bon moment et au bon endroit, tout en tenant compte du contexte (Saurman, 2015).

Le modèle des 5A traduit le concept d'accessibilité en cinq dimensions interreliées toutes aussi importantes les unes que les autres. Les dimensions sont les suivantes (Penchansky & Thomas, 1981 ; Saurman, 2015) :

- « Availability » : dimension alliant quantité et nature des services dont nécessite un.e usager.e avec les quantités et natures disponibles. En d'autres termes, est-ce que la demande recouvre l'offre ?
- « Accessibility » : dimension qui met en avant la notion d'espace géographique et de distance. Cela englobe la localisation des services de soins par rapport à l'usager et la notion de déplacement (transports publics, à pied...).
- « Accommodation » : dimension logistique et organisationnelle de la dispensation des services de soins de santé. Par exemple, cela inclut la manière dont l'usager.e peut prendre un rendez-vous ou la manière de circuler dans un lieu de soins.
- « Affordability » : dimension qui met en relation les services prodigués et leur coût. Par exemple, cela englobe la connaissance des prix, la couverture par la sécurité sociale et la valeur des tickets modérateurs.

- « Acceptability » : dimension qui met en lumière l'importance de l'attitude des usager.es et des soignant.es les un.es envers les autres. L'accès est optimisé si tout le monde prend en considération les caractéristiques personnelles (déterminants sociaux de la santé) des autres. Aussi, cela inclut la prise en compte des préférences des patient.es.

Plusieurs personnes jouent un rôle dans l'optimisation de l'accès aux soins de santé : les patient.es, les professionnel.les de la santé et des personnes intermédiaires (par exemple : un.e conducteur.ice de bus nécessaire pour se rendre à un rendez-vous médical).

Ce modèle met en avant les éléments contributifs ou faisant obstacle à un accès aux soins efficient. De la sorte, il est possible de repenser la distribution des ressources afin d'améliorer l'accès aux soins de santé de la communauté en question (Saurman, 2015). Ainsi, il sera le canevas selon lequel se réalisera la collecte de données. Son utilisation pratique est davantage explicitée dans la partie suivante.

Il existe d'autres modèles qui conceptualisent l'accès aux soins de santé tels que le modèle de M. Gold ou le modèle HCAB (Carrillo et al., 2011 ; Gold, 1998). Ils n'ont pas été retenus pour ce travail, car le modèle des 5A cumule plusieurs avantages :

- Il ne se focalise pas uniquement sur les barrières à l'accès aux soins.
- Il prend en considération l'interaction entre les différentes dimensions du modèle.
- Il permet de réfléchir à la manière dont sont réparties et utilisées les ressources.
- Il est assez facile de s'approprier les concepts théoriques qui lui sont liés et de les comprendre dans leur entièreté.

Tous ces éléments permettent d'observer et de comprendre une situation d'accès aux soins de santé dans son ensemble.

2. Matériel et méthodes

Choix du type d'étude

La présente étude est réalisée selon une approche qualitative. Ce type d'approche est utile pour des questions interrogeant le « comment » et le « pourquoi » (Green, 2018). C'est la méthode la plus adaptée pour décrire les pratiques et les représentations de celles et ceux qui travaillent auprès des DPI tout en considérant l'environnement des centres d'accueil collectif.

De la sorte, des informations mettant en évidence la multitude de réalités vécues pourront être recueillies de manière détaillée et approfondie (Spezi, 2015).

À cela s'ajoute le fait que la démarche qualitative est recommandée pour les recherches lorsque la problématique étudiée est fortement liée à son contexte (Phillippi & Lauderdale, 2018). En effet, l'objet d'intérêt nécessite la prise en compte de facteurs contextuels propres aux centres belges d'accueil collectif.

Également, il s'agit de comprendre, de manière approfondie et détaillée, le vécu des professionnel.les travaillant dans ces centres, puis de l'analyser de manière rigoureuse pour comprendre comment l'accueil collectif contribue à un accès effectif aux soins de santé pour les DPI.

Instrument de collecte de données : l'entretien semi-directif

L'outil de collecte de données utilisé est l'entretien exploratoire semi-directif qui est totalement en adéquation avec la raison d'être de la recherche qui est de comprendre comment les DPI expérimentent l'accès aux soins de santé. Pour cela, nous souhaitons comprendre quelles dimensions du modèle des 5A sont facilitatrices ou font obstacle. À travers ces entretiens, les pratiques et les conceptions des participant.es à l'étude pourront être décrites.

Dans le cadre de ce mémoire, une situation fictive a été le point de départ des entretiens semi-directifs. Le degré d'accès à la santé peut prendre différentes formes, car il existe une multitude de situations de soins possibles. Cependant, la conception du cas fictif a des caractéristiques qui peuvent être facilement extrapolées à d'autres situations de santé existantes au sein du public cible. Cette histoire fictive a été conçue en regard de la littérature scientifique et du modèle des 5A dans le but de parcourir toutes ses dimensions. Il s'est avéré nécessaire de fonder les entretiens sur une situation précise, sans quoi les entretiens auraient dû balayer plus de questions, auraient été plus longs et conséquents. Ce qui est une situation moins confortable pour les personnes interviewées. Concrètement, les participant.es contribuent au développement des connaissances. Quant à la mémorante, elle est une aide pour faciliter le processus de réflexion.

Des questions ouvertes seront utilisées pour permettre aux interviewé.es de s'exprimer en dehors d'un cadre rigide et d'aborder une thématique comme ils et elles le souhaitent. Ainsi, la mémorante peut investiguer d'une manière à être le plus possible dans le détail des idées ou des propos tenus (Pope & Mays, 2006). Les questions sont alternées avec des questions de relance afin d'obtenir le guide d'entretien le plus complet possible (Demony, 2016).

Une des richesses de cette méthode est que des concepts ou idées, auxquels l'intervieweuse n'avait pas pensé, peuvent émerger, ce qui crée une réelle co-construction de sens. Dans ce processus participatif, la personne interrogée est la mieux placée pour raconter les expériences qui relèvent de son quotidien professionnel (Pope & Mays, 2006). L'entretien permet d'offrir la possibilité de parler librement (Pope & Mays, 2006) et sans la pression sociale que peuvent exercer des collègues de travail. C'est une des raisons pour laquelle la méthode par focus group n'a pas été retenue.

Un premier pré-test a été réalisé le jeudi 10 novembre 2022. Il s'est réalisé avec une assistante sociale travaillant dans un centre collectif de Fedasil situé en région bruxelloise. Il a duré cinquante minutes. Un second pré-test s'est déroulé le mercredi 16 novembre 2022 avec une infirmière ayant travaillé plusieurs mois dans un centre collectif de Fedasil situé en région wallonne et a duré cinquante-huit minutes. Ces deux entretiens ont permis d'améliorer l'histoire fictive et d'ajouter ou modifier des questions afin de perfectionner le guide d'entretien.

Structure du guide d'entretien

Le guide d'entretien est divisé en trois parties :

1° Présentation du ou de la participant.e.

2° Présentation de la situation de santé fictive avec les questions qui lui sont liées.

3° Questions d'ordre plus général sur l'accès aux soins (qui ne sont pas uniquement en rapport avec l'histoire fictive).

Le guide d'entretien débute par une présentation de la mémorante, des remerciements, une explication de la thématique de la recherche, une brève présentation des parties de l'entretien, un rappel de l'anonymisation des données, l'enregistrement de l'entretien, la demande du consentement oral et si l'interviewé.e a des questions concernant l'entretien ou l'étude. Il se clôture par des remerciements et une proposition d'obtenir les résultats de l'étude par mail. L'ensemble du guide d'entretien se situe dans les annexes de ce travail.

Les questions abordent l'ensemble des aspects du modèle des 5A sous différents angles afin d'avoir la meilleure compréhension possible de l'accès aux soins de santé. Cependant, l'aspect « Affordability » est moins abordé que les autres. Cela s'explique par la revue de la littérature qui a clairement explicité le fait que les questions d'accessibilité financière étaient traitées par Fedasil selon la nomenclature INAMI, la liste plus et moins.

Choix du centre

Tout d'abord, un centre d'accueil collectif pour DPI a été sélectionné. Pour rappel, la Belgique comporte nonante-deux centres d'accueil collectif (dont des centres d'observation et d'orientation) (Fedasil, s.d).

Un maximum d'informations a été récolté pour chaque centre afin de procéder à un choix. Les centres se différencient tous les uns des autres via leurs différentes caractéristiques citées dans l'introduction de ce travail. Plusieurs critères ont permis de réaliser ce choix : la langue parlée dans le centre (les centres néerlandophones ont été exclus), la praticabilité d'accès pour la personne réalisant la collecte de données et le fait qu'un centre soit permanent. Il est plus aisé de mettre en place des parcours de soins pour des DPI qui ne sont pas dans un centre de transit et cela, surtout pour celles et ceux qui ont une maladie chronique nécessitant des soins de santé réguliers. En effet, dans des centres de transit, certains besoins de santé sont mis en « attente », le temps qu'une place dans un centre permanent soit trouvée.

Ainsi, le centre choisi pour ce travail de recherche est le centre d'accueil collectif situé à Etterbeek (région de Bruxelles-Capitale) géré par le Samusocial.

L'échantillonnage

Les centres d'accueil (en fonction de leur taille) embauchent des travailleur.ses avec des profils professionnels différents : social, médical, paramédical, administratif... Les DPI sont sujet.tes à rencontrer tous ces différents profils. Cependant, afin d'être uniquement ciblé sur l'accès aux soins de santé, uniquement les professionnel.les de la santé et du social seront invité.es à participer. Comme développé dans la partie introductive, ce sont des domaines clés dans l'accès aux soins de santé. Pour ce travail, ils et elles sont perçu.es comme possédant le plus d'expertise et de connaissances sur la thématique.

L'échantillon est sélectif, ce qui signifie qu'il est construit selon des critères d'inclusion et d'exclusion :

Critères d'inclusion concernant le centre sélectionné :

- Être travailleur.se dans le secteur de la santé ou du social.
- Maîtriser le français (langue dans laquelle se réaliseront les entretiens).

Critère d'exclusion concernant le centre sélectionné :

- *Avoir un profil professionnel qui ne fait pas partie du domaine de la santé ou du social.*

L'ancienneté et la durée de présence sur place (temps plein, mi-temps, tiers-temps...) ne font pas l'objet de critères d'exclusion, car ils permettent de capter la diversité des expériences possibles.

3. Analyse et traitement des données

L'analyse des données collectées est sémantique, c'est-à-dire qu'elle s'intéresse au sens des mots afin de comprendre les idées émises. Elle est effectuée sur la base des retranscriptions intégrales des entretiens et des notes prises dans un carnet de bord durant chaque rencontre.

Pour procéder à l'analyse thématique descriptive (Paillé & Mucchielli, 2012), le matériau est divisé en unités d'analyse qui permettront de constituer des thèmes en fonction de la signification des propos tenus. Ces unités ont uniquement une fonction descriptive.

L'utilisation de tableaux Excel pour chaque entretien a permis de mettre en lumière les thématiques récurrentes, qui se complétaient ou qui s'opposaient. Cette démarche se nomme la thématization continue (Paillé & Mucchielli, 2012). Suite à cela, il a été possible de créer un arbre à thèmes où les thématiques ont été regroupées par rubriques qui correspondent aux cinq catégories du modèle des 5A. Cet arbre n'a pris sa forme finale qu'après l'analyse de tous les entretiens. Il est disponible dans la partie « Synthèse des résultats ».

4. Protocole de recherche

Étape 1 : Recherche d'un centre d'accueil collectif et sélection du centre situé à Etterbeek (géré par le Samusocial).

Étape 2 : Prise de contact le 09 novembre 2022. Le siège du Samusocial a été contacté par téléphone (via les coordonnées disponibles sur leur site internet) qui a redirigé la mémorante vers une des deux coordinatrices du centre choisi. Dès lors, la thématique de recherche et ses objectifs ont été présentés. La coordinatrice a joué un rôle de relais pour transmettre les informations (données par téléphone et dans une lettre explicative) aux potentiels participants. Ensuite, la proposition de mener des entretiens a été acceptée le 14 novembre 2022. Plusieurs échanges par mail ont eu lieu afin de convenir des dates, horaires et du lieu pour les entretiens.

Étape 3 : Réalisation de deux pré-tests du guide d'entretien le jeudi 10 novembre 2022 et le mercredi 16 novembre 2022.

Étape 4 : Réalisation des entretiens dans les locaux du centre les :

- Lundi 05 décembre 2022 : trois entretiens
- Mercredi 07 décembre 2022 : trois entretiens
- Jeudi 08 décembre 2022 : deux entretiens

Étape 5 : Traitement et analyse des données.

5. Posture de la recherche et considérations éthiques

En amont de ce travail et dans le cadre du mémoire du master en sciences de la santé publique à l'ULC, l'unique expérience de l'auteurice de ce travail est la réalisation d'un travail de fin d'études en ergothérapie et la réalisation de multiples travaux universitaires. Aussi, la mémorante ne travaille pas et n'a jamais travaillé dans le centre contacté.

Les répondant.es de cette étude ayant participé de manière volontaire ont transmis leur accord oral après avoir été informé.es de la thématique de la recherche et de ses objectifs. Leur anonymat est maintenu tout au long et après la réalisation de ce travail. Enfin, les participant.es auront la possibilité d'obtenir les résultats de la recherche s'ils.elles le souhaitent, ainsi que d'être présent.es à la défense du mémoire.

Résultats

Ce chapitre permet de présenter les résultats issus des entretiens réalisés suivant la méthodologie décrite précédemment. Une première partie correspondra à une description brève de l'échantillon et de ses caractéristiques. Une seconde partie sera une brève description du centre d'accueil choisi. Une troisième partie présentera les résultats les plus significatifs issus du matériau collecté en vue de répondre à la question de recherche.

1. Description de l'échantillon et de ses caractéristiques

L'échantillon de cette étude qualitative comprend huit professionnel.les du secteur médico-social, tous.tes répondant aux critères d'inclusion préalablement définis. Les variables caractérisant l'échantillon sont présentées dans la figure six (ci-dessous). Il n'y a eu aucun refus de participation.

Figure 6: caractéristiques de l'échantillon (n = 8)

Variables		
Genre	Homme	3
	Femme	5
Âge (années)	24	1
	27	1
	29	1
	30	1
	31	1
	33	2
	44	1
	Total	N = 8
Le type de service	Service médical	4
	Service social	4
	Total	N = 8
Ancienneté dans le centre d'Etterbeek du Samusocial au moment des entretiens (mois)	1	2
	3	1
	10	1
	19	4
	Total	N = 8

Ce tableau met en évidence que trois participant.es ont peu d'ancienneté (entre un et trois mois). Il est donc possible que cela transparaisse dans les réponses et que cette variable apporte de la nuance dans les résultats. Aussi, il y a la même représentativité des deux services.

Le tableau suivant présente la durée en minutes de chaque entretien.

Figure 7: durée des entretiens (en minutes)

Numéro des entretiens	Durée (minutes)
Entretien n°1	53
Entretien n°2	46
Entretien n°3	21
Entretien n°4	39
Entretien n°5	54
Entretien n°6	50
Entretien n°7	34
Entretien n°8	67
Moyenne (\bar{x})	45,5

2. Présentation du centre

L'étude s'est déroulée dans le centre d'accueil collectif situé à Etterbeek (Bruxelles), dans les locaux de l'ancienne clinique Léopold. Actuellement occupé par le Samusocial, le centre était auparavant géré par la société privée G4S.

Ce centre a une capacité d'accueil de trois cent cinquante personnes. Aucune information n'a été trouvée sur le taux d'occupation. Les DPI qui y résident sont des adultes isolé.es, des familles et quelques MENA (environ vingt-six).

Le Samusocial y est installé temporairement depuis mai 2021 suite à la fermeture du centre d'accueil collectif situé à Neder-Over-Heembeek. Initialement ouvert pour une durée de douze mois, le contrat de location s'est déjà prolongé de six mois. Cela en attendant de trouver un nouveau lieu.

Le bâtiment s'étend sur dix étages. Son ancienne fonction de clinique permet d'avoir des ascenseurs, deux cuisines à tous les étages et des salles de bain dans chacune des chambres.

3. Principaux résultats

Au cours de l'analyse des entretiens, plusieurs thèmes ont été identifiés au regard du modèle des 5A. La présentation des thèmes se structure selon les cinq axes du modèle : « Availability », « Accessibility », « Accomodation », « Affordability », « Acceptability ».

Rubrique : Availability

Cette rubrique portera sur deux thèmes : les types de services de soins de santé dont bénéficient les DPI et les quantités offertes et demandées en termes de soins de santé.

Thème : les types de services de soins de santé

Les infirmier.es expliquent que le service médical est situé au rez-de-chaussée du centre et est ouvert à chaque résident.e. Une médecin est présente tous les mardis matin. Les infirmier.es ont à la fois un rôle administratif et clinique (davantage développé dans le thème « répartition des rôles », rubrique « Accomodation »). « **Lundi c'est toute la journée et puis mardi, mercredi, jeudi et vendredi, c'est tous les matins et qu'après c'est exceptionnel. [...] sauf si l'état général est vraiment mauvais.** » (Entretien n°5, Infirmier.e).

En dehors du centre, le choix du prestataire diverge en fonction de l'urgence de la situation. En effet, dans une situation pas ou peu urgente les DPI attendront la venue de la médecin présente dans le centre le mardi matin. Sinon, un.e autre médecin sera contacté.e au plus vite. Ou encore, les DPI iront aux urgences d'un hôpital privé ou public (les hôpitaux publics sont privilégiés).

Les assistant.es sociaux.les (AS) expliquent que le service social est accessible par les résident.es tous les jours de la semaine sur rendez-vous sauf le lundi. Les AS accompagnent les DPI dans leur procédure, font le lien avec l'avocat.e, facilite leur intégration et insertion sociale. Le suivi se fait par le dialogue. Utiliser la discussion permet de mieux connaître chaque profil, de déceler des problématiques de santé et de créer une relation de confiance.

« **On essaye de créer un lien et de faire en sorte que la personne, avec nous, se sent en sécurité pour dire s'il y a des choses qui ne vont pas.** » (Entretien n°7, AS).

D'autres types de services non médicaux ou paramédicaux, tels que l'interprétariat ou les transports en commun peuvent aussi être utilisés.

Thème : quantité offerte et quantité demandée

Il est nécessaire que les DPI aient accès à des services de santé, car ils et elles font face à divers obstacles comme la barrière de la langue, le vocabulaire médical, la culture. C'est pourquoi le service médical met en place des ressources pour répondre à leurs besoins. « [...] **un jargon médical qu'eux ne maîtrisent pas du tout. Parce qu'il y a souvent un problème de la langue. Il y a aussi une autre culture.** » (Entretien n°5, Infirmier.e).

Le service médical ne parvient pas à suivre certains objectifs imposés par Fedasil comme la consultation des DPI dans les quatre jours suivant leur arrivée. Mais les infirmier.es tendent vers la mise en place d'un dispositif pour mieux y parvenir. « **On n'y arrive pas très bien, mais on est en train de mettre en place un système de listes, pour que l'on puisse le faire plus assidûment.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

Les participant.es confient que les situations qui requièrent des soins rapides en dehors du centre sont bien gérées. Globalement, le nombre de prestataires de santé est suffisamment grand pour répondre rapidement à un besoin (hormis pour les rendez-vous avec des médecins spécialistes). Voici un exemple pour une consultation chez un.e dentiste : « **Si on dit que c'est une urgence, ils sont pris assez rapidement.** » (Entretien n°5, Infirmier.e).

Cependant, il n'y a pas la même efficacité pour les soins psychologiques : « **Il y a un seul centre [d'accueil collectif] où le suivi psychologique est un peu plus présent. [...] Dans ce centre, il n'y a plus de place.** » (Entretien n°4, AS). Parfois, les infirmier.es du centre doivent faire des concessions en faisant appel à des psychologues moins spécialisé.es pour obtenir des rendez-vous dans des délais les plus raisonnables possibles. Le service médical s'adapte à la disponibilité de l'offre. Ce choix s'opère en fonction de la situation et de son degré d'urgence. « **On travaille avec Ulysse et Exil. Ils ont un nombre de places réduit. Ils sont très souvent complets. C'est un mois d'attente minimum. Souvent, ils sont complets.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

Aussi, pour adapter la quantité offerte de services en fonction des besoins, Fedasil, sur accord d'un.e médecin, augmente le nombre de séances psychologiques remboursées. La formule de base est une séance toutes les deux semaines, mais pouvant aller à une séance par semaine.

De manière presque unanime, les participant.es ont témoigné d'un manque (voire l'absence) en nombre et donc en disponibilité d'interprètes notamment pour certaines langues ou dialectes dans les asbl avec lesquelles ils et elles ont l'habitude de travailler (SeTIS et Bruxelles Accueil). « **Le pachtou et la dari pour l'Afghanistan, il y a très peu d'interprètes. Donc, il faut tomber au bon moment.** » (Entretien n°4, AS).

Rubrique : Accessibility

Dans cette rubrique, deux thèmes seront évoqués : la localisation du centre et les déplacements en dehors de celui-ci.

Thème : localisation du centre

Les quatre participant.es se sont exprimé.es sur l'emplacement du centre et l'ont décrit comme privilégié et être un réel avantage pour les résident.es, cela pour deux raisons : la facilité d'accès à des transports en commun et sa proximité avec de nombreux services de soins de santé. En effet, la pharmacie, les dentistes et plusieurs hôpitaux sont proches du centre. Sa position géographique est même enviable par rapport à d'autres centres d'accueil installés en zone rurale. « **Bruxelles c'est quand même beaucoup de proximité. [...] quand tu viens**

d'arriver dans un pays, c'est plus facile d'habiter un petit peu à la ville, d'avoir tout à disposition plutôt que d'être dans la campagne. » (Entretien n°1, Infirmier.e). « **L'arrêt de bus est dans la rue.** » ; « **La pharmacie est vraiment à cent mètres.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

Thème : déplacements en dehors du centre

Ce thème renseigne quels moyens de déplacement permettent aux DPI de se rendre à un rendez-vous médical ou d'aller chercher leurs médicaments ainsi que les moyens pour s'orienter dans l'espace.

Tout d'abord, plusieurs moyens pour se déplacer sont utilisés par les résident.es : les transports en commun (bus, tram, métro, train), plus exceptionnellement la camionnette du centre (conduite par un.e travailleur.se polyvalent.e du centre), le taxi, un transport médico-social ou l'ambulance. Les tickets pour les transports en commun sont fournis par le centre. Pour information : les polyvalent.es sont présent.es en permanence dans le centre. Ils et elles sont une aide pour accompagner au quotidien les DPI (conduire la camionnette, donner certains médicaments lorsque le service médical est fermé ...).

Parmi les répondant.es à l'étude, cinq expliquent que les transports publics sont davantage utilisés et que les déplacements réalisés seul.e sont privilégiés. « [...] **on le ferait tous si on n'avait pas de voiture. On irait tous de cette manière-là [en transport en commun]. On ne commence pas à appeler une ambulance pour une rage de dents.** » (Entretien n°5, Infirmier.e). Pour cela, il est nécessaire que les résident.es soient un minimum autonome et que leur situation de santé la leur permette.

Le fait de privilégier cette méthode découle de la volonté de rendre les DPI les plus autonomes possible dans leur quotidien, dans leur vie future (si réponse positive à leur demande) et de se rapprocher du mode de fonctionnement d'un.e citoyen.ne belge lambda. Les propos sur l'augmentation de l'autonomie ont été tenus de manière unanime par les participant.es. La thématique de l'autonomie sera plus largement abordée dans un prochain thème.

Un.e des participant.es témoigne d'une certaine facilité d'utilisation des transports par les résident.es, d'autant plus pour celles et ceux ayant déjà vécu dans d'autres centres en Belgique. « **Du Petit-Château à ici, ils viennent en transports en commun. Ils ont déjà eu un avant-goût. C'est rare qu'ils arrivent ici et qu'ils n'aient jamais pris de transports en commun.** » (Entretien n°8, Infirmier.e). Cependant, pour d'autres cela reste plus complexe. « **C'est une petite aventure.** » (Entretien n°1, Infirmier.e).

Aussi, il est nécessaire de donner des moyens pour s'orienter lors des déplacements, car tous.tes n'ont pas l'habitude d'utiliser les transports en commun, ne connaissent pas les langues utilisées à Bruxelles ou encore ne sont pas alphabétisé.es. De même, il n'est pas possible pour les infirmier.es de les accompagner à chaque fois, au risque de ne plus être présent.e dans le centre. **« Et donc si on va tous accompagner celui qui ne parle pas ni français, ni anglais, ni néerlandais, je pense qu'on n'est plus ici [au centre] du tout alors. »** (Entretien n°5, Infirmier.e) ; **« C'est exceptionnel qu'on y aille avec des résidents. »** (Entretien n°2, Infirmier.e).

Les participant.es ont relevé les moyens utilisés pour faciliter l'orientation : fournir des explications (sur le « où » et le « comment » y aller), fournir des cartes de la ville en montrant le trajet à réaliser, fournir des plans du réseau STIB (Société des Transports Intercommunaux de Bruxelles), inciter à utiliser leur GPS sur leur smartphone (qui est dans leur langue), réaliser le trajet avant le jour du rendez-vous. **« On peut leur donner deux tickets pour qu'ils aillent en éclairer. »** (Entretien n°8, Infirmier.e).

Les travailleur.ses polyvalent.es sont parfois une aide pour les résident.es en fournissant des explications supplémentaires ou en accompagnant celles ou ceux qui rencontrent trop de difficultés.

Aussi, il y a une incitation à la solidarité ou à utiliser son propre réseau de connaissances. **« [...] demander au résident de trouver quelqu'un [...], quelqu'un qui connaît déjà la ville. »** (Entretien n°2, Infirmier.e) ; **« Ils s'entraident aussi. En général, ils s'entraident dans le centre. On voit qu'il y a une dynamique. Ils développent un petit réseau quand même. »** (Entretien n°5, Infirmier.e).

La capacité de s'orienter à l'intérieur d'un bâtiment, tel un hôpital, a été soulevée tout en évoquant le manque de solution de la part des infirmier.es pour cet aspect-ci. La capacité d'orientation dépend des dispositifs mis en place par les hôpitaux. **« C'est compliqué. Les gros hôpitaux, ils ont souvent des bénévoles à l'intérieur qui peuvent aider. »** (Entretien n°8, Infirmier.e).

Pour trois des répondant.es, les déplacements et/ou l'orientation sont des freins pour accéder de manière effective aux soins de santé, en manquant ses rendez-vous médicaux par exemple.

Rubrique : Accommodation

Dans cette rubrique, cinq thèmes ont été identifiés : la répartition des rôles, la collaboration, la continuité des soins, la continuité informationnelle, l'infrastructure du centre.

Thème : répartition des rôles

Plusieurs rôles sont propres au service médical. Globalement, deux principaux aspects de ces rôles ont été identifiés :

L'aspect administratif : la coordination des rendez-vous médicaux avec des soignant.es externes implique l'orientation vers les prestataires de soins adéquats, rédiger les réquisitoires, organiser les déplacements, « réserver » des interprètes. Un.e infirmier.e, confie qu'organiser la coordination avec les interprètes est vécu comme une tâche chronophage. « [...] **que ça ne soit pas le service médical qui doit gérer ça, parce qu'en fait, on n'a pas le temps.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

L'aspect clinique : suivre le parcours médical des résident.es via : la mise à jour des vaccins, en fournissant des médicaments sans prescription (prochainement avec prescription pour certains médicaments suite à un accord avec la médecin du centre), prise en charge dans la salle de soins dans le centre, faire l'anamnèse médicale.

Dans les jours suivant leur arrivée, les DPI doivent se présenter d'eux.elles-mêmes au service médical afin que l'équipe procède à l'anamnèse. Cela permet de créer un premier contact avec les résident.es, de faire connaître le service et d'expliquer quand il est accessible (horaires et jours d'ouverture), d'évaluer l'état de santé, de connaître les éventuels besoins en santé. Des questions spécifiques pour les femmes (grossesse(s), avortement(s), contraception, excision) sont abordées. Selon, un.e infirmier.e, le fait d'être dans un cadre médical permet d'aborder aisément ces sujets touchant à l'intimité, même si parfois, ce genre de question peut heurter d'un point de vue culturel. « **Apparemment dans ces pays-là, il n'y a que les prostituées qui vont voir le gynécologue. Du coup là, ça s'est mal passé.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

Le suivi médical se réalise sur la totalité du séjour dans le centre en fonction des besoins de chacun.e, il n'y a pas d'évaluation spécifique pendant leur résidence. « **Ça ne serait pas possible parce qu'il y a trois cent cinquante personnes.** » (Entretien n°5, Infirmier.e).

Même si les services liés aux soins sont essentiellement dispensés par le service médical, le service social joue un rôle important dans l'accès aux soins de santé. Les AS créent du lien avec le service médical en étant à l'écoute des DPI et en les réorientant vers les infirmier.es si besoin. En tant que travailleur.ses dans le centre, les AS sont les premier.es à rencontrer les DPI lors

du « premier accueil ». Cette rencontre est systématique pour chaque nouveau.elle arrivant.e, elle constitue un facilitateur dans l'accès aux soins de santé. « [...] **[lors du premier accueil] je leur demande s'ils ont été voir le service médical et je leur explique que c'est important, qu'ils y aillent au moins une fois.** » (Entretien n°3, AS) ; « **[lors du premier accueil] Mais on essaye qu'ils y aillent au moins la semaine de leur arrivée [au service médical].** » (Entretien n°4, AS).

Les rencontres se font via des entretiens sur rendez-vous. Ainsi, les AS exercent leurs rôles via le dialogue auprès des DPI qui leur sont référés. Ces échanges peuvent aboutir sur une relation de confiance où un.e résident.e se confiera éventuellement sur ses problèmes de santé, ses fragilités ou ses vulnérabilités. « **On a des personnes avec qui on a tissé un lien de confiance. Et elles nous font part de leur détresse, de leur douleur, de leur cauchemar, de leur sommeil [...] de leur mal-être de manière générale.** » (Entretien n°6, AS). Si nécessaire, les informations seront relayées au service médical. En effet, ces échanges entre services sont utiles, car « **Ils [membres du service médical] n'ont pas forcément l'occasion de voir qu'il y a des vulnérabilités.** » (Entretien n°7, AS). Nous ne possédons pas plus d'informations pour expliquer pourquoi le service médical ne peut pas déceler toutes les vulnérabilités.

Nous constatons que la répartition des rôles est bien orchestrée entre les deux services. Cette répartition est propre au centre d'Etterbeek. Un.e des participant.es explique qu'elle peut diverger d'un centre à un autre même en dépendant du même organisme gestionnaire. Ainsi, l'analyse des résultats révèle que l'accès aux soins de santé est différent d'un centre à un autre. Comme l'organisation des centres peut être différente, le degré d'accès aux soins pourrait l'être aussi. « **J'ai des collègues qui travaillent dans d'autres centres en tant qu'assistant social et eux, par exemple, ils prennent des rendez-vous médicaux, ils remplissent des réquisitoires. Chez nous, ce n'est pas le cas.** » (Entretien n°3, AS).

Thème : collaboration

Il n'y a pas de frontière imperméable par rapport à la gestion des questions de santé entre les deux services, ils sont donc amenés à collaborer. Les différentes interactions et le partage d'informations par les travailleur.ses permettent d'avoir une vision globale de l'état de santé des résident.es. « **On a besoin d'interagir, c'est obligé.** » (Entretien n°1, Infirmier.e). Ces interactions sont importantes, car deux infirmier.es relatent ne pas toujours avoir l'occasion de rencontrer les DPI en dehors du service médical.

Les échanges entre services se font lors de réunions mensuelles ou bimensuelles, au travers d'échanges informels ou par téléphone. Au cours de l'analyse, les participant.es confient que la collaboration est vécue comme effective et elle est perçue positivement. « **On collabore assez souvent.** » (Entretien n°4, AS) ; « **On a quand même un lien assez important avec le médical.** » (Entretien n°7, AS).

Cette collaboration est d'autant plus nécessaire lorsque la santé et la procédure de demande de protection internationale s'entremêlent. « **Si la procédure est liée à la santé, là on va faire un lien un peu entre les deux services et là on peut discuter ensemble de par exemple, une procédure qui s'appelle la procédure 9ter.** » (Entretien n°6, AS) ; « **Il y en a beaucoup qui, dans leur procédure, ont besoin de certificats médicaux. [...] ça renforce le dossier.** » (Entretien n°7, AS).

Aussi, les deux services collaborent avec des acteur.ices externes (médecins, pharmaciennes, psychologues, interprètes ou plus largement des asbl ...). C'est le service médical qui les choisit au regard des remboursements effectués par Fedasil. « **Ils doivent être conventionnés [les prestataires de soins de santé].** » ; « **Il y a des règles qui sont régies par Fedasil pour chaque centre.** » (Entretien n°1, Infirmier.e).

Cette étape réalisée, le service médical choisit de travailler avec un certain répertoire de prestataires en fonction de différents aspects pour faciliter l'accès aux soins de santé :

- Les langues parlées. Ce critère, cité de manière récurrente, est l'un des plus importants pour les participant.es dans le choix de prestataires. La barrière de la langue est décrite comme l'obstacle le plus conséquent envers l'accès aux soins de santé.
« **On a des contacts auxquels on fait référence ... qu'on sait qu'ils connaissent des langues particulières, qu'ils ont des services d'interprétariat.** » (Entretien n°2, Infirmier.e).
- L'habitude. En travaillant avec les mêmes personnes, ces dernières ont une bonne connaissance du fonctionnement du centre et notamment des paiements par réquisitoires.
- La rapidité de prise en charge.
- La sensibilité ou des spécificités par rapport à la prise en charge du public cible.
- La proximité géographique par rapport au centre.

Ainsi, le service médical constitue son propre répertoire. « **On envoie souvent au même endroit.** » (Entretien n°5). Toutefois, les préférences des patient.es sont tout de même prises en

compte. « [...] **ça n'a jamais posé de problème d'en trouver un autre [prestataire] de toute façon.** » Entretien n°2, Infirmier.e).

Le centre a des liens avec le tissu associatif belge, notamment avec l'asbl GAMS, fréquemment citée par les participant.es. « **Il y a cette association [GAMS] qui est venue dans le centre et qui nous a fait une formation.** » (Entretien n°7, AS). Les associations permettent de compléter l'offre de soins pour des besoins spécifiques. « **C'est une asbl [Constat] qui est beaucoup demandée [...] pour avoir ce rapport médical [...].** » ; « **Il est non-voyant [un DPI]. Et lui, il est accompagné par beaucoup d'associations.** » (Entretien n°7, AS).

Il y a peu d'interventions d'ONG telles que Médecins du Monde ou Médecins sans Frontières. Pour les participant.es, cela ne soulève pas de problématique spécifique dans l'accès aux soins de santé des DPI.

Cependant, le service médical est confronté aux refus de certain.es acteur.ices externes pour travailler avec des DPI et cela pour diverses raisons : difficultés dues à la langue, les DPI manquent trop souvent leurs rendez-vous, manque d'adhésion au système de paiement par réquisitoire. Aucun.e des participant.es n'a approfondi la raison de ce manque d'adhésion. Nous ne savons pas si cela provient d'une lenteur dans le traitement des remboursements par Fedasil ou à des difficultés administratives supplémentaires pour les prestataires.

Lors de l'évocation des collaborations, l'aspect confidentialité et le secret médical ont été abordés. Conserver le secret médical a été parfois perçu comme contraignant pour l'accès aux soins notamment, lorsque de multiples personnes peuvent être impliquées dans le parcours de soins. Il existe plusieurs cas de figure où ce secret médical est enfreint. Par exemple, il est compromis lorsque des informations médicales doivent être transmises aux AS pour appuyer la demande de protection internationale par rapport à un constat d'excision. « **Là on dit que le secret médical est partagé, qu'on est au courant de ça, mais qu'on le garde.** » (Entretien n°7, AS) ; « **Ils [AS et les polyvalent.es] ne sont pas liés au secret médical, tu dois être vigilant.** » (Entretien n°1, Infirmier.e). Cette citation illustre une collaboration effective, mais qui implique de rester constamment attentif.ve aux informations partagées.

Lorsqu'un.e interprète est impliqué.e, l'accord du ou de la DPI est demandé tout en informant du respect de la confidentialité de l'échange que devra assumer l'interprète. Lorsqu'un.e interprète est présent.e : « **Fatalement, le secret médical est un peu ... enfin ... il y a un petit problème à ce niveau-là.** » (Entretien n°5, Infirmier.e). Ce qui signifie qu'il ne peut pas être

totallement respecté puisqu'une tierce personne qui n'est pas soumise au secret médical participe aux échanges.

Par ailleurs, l'analyse des entretiens amène à remarquer que la relation qui lie Fedasil et le Samusocial est floue et pas concrètement définie. Est-ce une relation hiérarchique ou de collaboration ? En d'autres mots : est-ce que les centres du Samusocial sont des exécutants ou décident-ils pleinement de leur propre organisation pour donner accès aux soins de santé ? Si une certaine hiérarchie est établie, alors Fedasil contrôle la manière dont le Samusocial ouvre l'accès aux soins de santé. Si ce n'est pas le cas, cela appuie l'idée selon laquelle le degré d'accès est différent d'un centre à un autre (au risque de créer des inégalités entre les DPI). **« On est un peu des sous-traitants je crois. On doit suivre les règles, mais pas de manière intransigeante. »** (Entretien n°1, Infirmier.e). Malgré ce lien mal défini, Fedasil exerce une forme de contrôle sur le centre. **« En fait on a eu un audit qui du coup nous a dit « est-ce que vous voyez les gens dans les quatre jours ? » »** (Entretien n°8, Infirmier.e).

Thèmes : continuité des soins

Comme expliqué précédemment, l'anamnèse médicale est réalisée au début du séjour par le service médical. Ainsi, elle permet d'assurer rapidement une prise en charge médicale adéquate et la continuité des soins qui ont pu être commencés dans le centre d'arrivée ou de transit. Majoritairement, les infirmier.es témoignent de la rapidité des prises en charge (hormis pour les spécialistes), ce qui évite des moments de rupture dans le temps au sein d'un même épisode ou entre deux épisodes de soins. **« Il y a vraiment moyen d'avoir quelque chose [un rendez-vous chez le dentiste] le jour même ou le lendemain. »** (Entretien n°8, Infirmier.e).

Pour assurer de manière continue une réponse effective aux besoins en santé de chacun.e, il est parfois nécessaire de permettre aux DPI de changer de centre pour des raisons médicales, on parle de « transfert pour place médicale adaptée ». Les demandes émanent autant des DPI que des membres du service social ou médical. Cependant, le service médical propose peu cette option du fait de la position géographique avantageuse et des équipements disponibles dans le centre. **« Ici, dans le centre c'est adapté parce qu'on est proche de plein d'hôpitaux, de plein de docteurs et tout ça, on a un service médical qui est présent. »** (Entretien n°7, AS). C'est Fedasil qui prendra la décision finale (acceptation du transfert ou non). Un.e infirmier.e témoigne ne pas privilégier ces transferts en partie à cause de l'instabilité et la perte de repères que cela représente pour un.e DPI. **« Moi je pense que ce sont des gens qui ont besoin de stabilité. Les gens qui ont fait déjà vingt-cinq centres, ils sont complètement désorientés. »**

(Entretien n°1, Infirmier.e), (« 25 centres » est une façon d'illustrer le propos. Les DPI ne résident jamais dans autant de centres).

De plus, les transferts ne sont utilisés que pour des situations graves, car ils sont contraints par la saturation actuelle du réseau d'accueil. **« Donc, si l'état de la personne est grave, mais pas grave au point de ne plus pouvoir vivre ici, ça ne fonctionne presque jamais. »** (Entretien n°3, AS). Pourtant, certain.es sont d'avis que ça serait favorable aux DPI qu'il y ait plus de possibilités de transferts **« Ça serait mieux que cela arrive plus. Parce qu'ici, on a des personnes qui seraient mieux dans une plus petite structure [...] »** (Entretien n°3, AS) ; **« Ça n'arrive pas très souvent. On doit attendre que la place se libère dans l'autre centre. »** (Entretien n°8, Infirmier.e).

La continuité des soins peut aussi être limitée lors de la réorientation d'un.e DPI par la méconnaissance des soignant.es qui n'ont pas régulièrement de contacts avec cette population ou qui manquent de connaissances sur leur statut et sur leurs droits d'accès à des soins de santé. **« Il est possible que le spécialiste ait dit « vous devez d'abord mettre à jour vos papiers », en pensant qu'il n'avait pas de papier, « et après une fois que vos papiers seront en règle, vous pourrez avoir une opération ». »** (Entretien n°8, Infirmier.e).

Thème : continuité informationnelle

Le fait que des établissements de soins, surtout les hôpitaux, ne relayent pas les informations médicales au centre d'accueil est une contrainte citée par trois des infirmier.es. Elle limite leurs actions au sein du centre. Selon les participant.es, la raison de cette discontinuité peut s'expliquer par le maintien du secret médical. **« [...] des politiques du secret médical qui sont plus renforcées [désigne des hôpitaux]. Je ne dis pas que c'est mal, mais pour nous c'est plus compliqué. »** (Entretien n°8, Infirmier.e) ; **« Du coup, parfois, les résidents reviennent chez nous après une consultation et ils essaient d'expliquer un truc et pour nous c'est vraiment difficile de comprendre ce qui s'est passé, ce qu'ils ont fait, comment on va continuer. [...] ça pose d'énormes soucis pour notre suivi. »** (Entretien n°2, Infirmier.e). Ainsi, un.e des répondant.es a le désir **« [...] d'améliorer tout de suite le suivi de dossiers médicaux en dehors d'ici. »** (Entretien n°2, Infirmier.e).

L'imprécision des informations transférées par l'oral et le manque d'informations écrites impactent directement les DPI. Comme les infirmier.es ne possèdent pas toutes les informations médicales, les DPI risquent de rater un prochain rendez-vous de suivi par exemple. **« On aurait**

pu effectivement passer à côté de quelque chose parce qu'il aurait sûrement raté le rendez-vous. » (Entretien n°8, Infirmier.e).

Pour favoriser une bonne continuité informationnelle, le service médical rassemble toutes les données (comme l'anamnèse par exemple), dans des dossiers numériques consultables par chaque infirmier.e du centre d'Etterbeek. Aucun.e des répondant.es n'a précisé si la médecin du centre a aussi accès à ces dossiers. « **Chaque résident a son dossier médical. C'est ça notre fil rouge. On peut suivre tout l'historique de la personne.** » (Entretien n°2, Infirmier.e).

Un autre logiciel est utilisé : Match-It. Celui-ci est communément utilisé par tous les centres belges et sur lequel Fedasil a un droit de regard. Le logiciel retrace le parcours des DPI et contient des informations médicales succinctes (comme les vaccins réalisés). C'est l'unique outil utilisé en commun par tous les centres. Aussi, un infirmier.e explique que lors d'un changement d'un centre à un autre, c'est aux DPI de transférer leurs propres documents médicaux.

Il existe des logiciels communs entre des centres, mais cela ne concerne que ceux de Fedasil. Par ailleurs, il y a un manque de transmission d'informations (procédures, règles à suivre ...) de Fedasil vers le centre d'Etterbeek. « **En fait, ni moi, ni mon collègue, on n'a pas eu de formation par Fedasil quand on est arrivé.es. C'est vraiment le bouche à oreille de l'infirmière précédente, de l'infirmière précédente, de l'infirmière précédente.** » (Entretien n°8, Infirmier.e). De ce fait, la formation des soignant.es du centre constitue une barrière dans l'accès aux soins de santé des DPI.

Thème : organisation et équipements du centre

L'organisation et les équipements du centre peuvent être à la fois une source d'avantages et d'inconvénients. Un.e AS confie sa vision du centre : « **Je ne vois pas un autre centre qui serait plus adapté médicalement. Dans le sens où sinon, ça serait un hôpital.** » (Entretien n°7, AS). Du fait que chaque étage du centre comporte deux cuisines, les DPI, via l'argent de poche reçu, cuisinent leurs propres repas. Cette organisation promeut l'autonomie, mais est désavantageuse pour celles et ceux qui ont des problématiques d'assuétudes. « [...] **par exemple, on a eu des cas de personnes qui ont des problèmes d'addiction, d'alcoolisme ou autre. Et du coup ici ce n'est pas adapté, parce qu'ici on a de l'argent de poche** » ; « **des gens viennent, me disent « Après deux jours, j'ai plus de sous [...] ».** C'est mieux qu'ils

aillent dans un centre adapté où c'est une restauration collective parce qu'au moins on est sûr.es qu'ils ont trois plats par jour. » (Entretien n°7, AS).

Du point de vue des équipements, le centre est doté d'ascenseurs, point très avantageux pour toute personne avec des difficultés de mobilité (notamment dans un bâtiment de dix étages). Malheureusement, la réalité de terrain est parfois autre entre l'équipement officiellement présent et son fonctionnement réel. « [...] **l'ascenseur est en panne une fois toutes les deux semaines. Mais au final, ce n'est pas une plus-value.** » (Entretien n°1, Infirmier.e).

Rubrique : Affordability

Cette rubrique comprend deux thèmes : le paiement et la couverture des soins de santé.

Thème : le paiement

Le moyen de paiement qui permet aux DPI de profiter de soins de santé est le réquisitoire. C'est Fedasil qui procède aux remboursements directement auprès des prestataires. Cependant, dans les cas de rendez-vous manqués où les soignant.es exigent une compensation des frais, c'est aux DPI de les payer. S'ils ou elles n'ont pas les moyens de payer, ils.elles doivent réaliser du travail communautaire rémunéré par le centre d'accueil. « **S'ils font ça pendant une semaine, ils peuvent payer leur rendez-vous.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

Thème : la couverture des soins

La moitié des infirmier.es interrogé.es constatent que la couverture des soins pris en charge par Fedasil (voir la nomenclature INAMI, liste plus et liste moins) est perçue comme globalement suffisante pour répondre aux besoins de santé des DPI. « [...] **l'accès, il est quand même all-in. Ils ont un peu de tout [...].** » (Entretien n°1, Infirmier.e) ; « **A priori, ce n'est pas spécialement financier [n'est pas un frein à l'accès aux soins de santé].** » (Entretien n°5, Infirmier.e). *A contrario*, trois infirmier.es expliquent aussi que le remboursement ne prend pas suffisamment en compte certains besoins en santé et la durée de la procédure de demande d'asile. « **Et peut-être dans ces critères là [procédure exceptionnelle] peut-être qu'ils [Fedasil] devraient élargir certains critères.** » (Entretien n°5, Infirmier.e).

Rubrique : Acceptability

Cette rubrique abordera successivement les thèmes suivants : aspect linguistique, autonomie, connaissances médicales, représentations et attitude envers les soins de santé.

Thème : aspect linguistique

Le service médical et social utilise une myriade de moyens pour faciliter la communication avec les DPI lorsqu'aucune langue commune n'est parlée. Avoir un panel de

solutions à disposition est essentiel sachant que la barrière de la langue est décrite par des répondant.es comme un obstacle récurrent et majeur dans l'accès aux soins de santé des DPI. « **L'obstacle ça va être la langue, ça va être le plus gros.** » (Entretien n°1, Infirmier.e) ; « **Déjà la langue. À mon avis, c'est un des plus grands obstacles.** » (Entretien n°3, AS).

Pour demander des informations (par rapport à un service ou un renseignement d'ordre médical par exemple), exprimer une douleur ou un mal-être, divers moyens sont utilisés pour communiquer. En voici une énumération pour communiquer dans le centre (l'énumération suivante ne suit pas un ordre précis de préférence d'utilisation) :

- Google traduction : rapide à utiliser et pratique pour les personnes analphabètes (grâce à l'option vocale disponible pour certaines langues), mais qui peut manquer de fiabilité.
- Prise de contact téléphonique avec des interprètes. Lorsque le service médical et social fait appel à des interprètes, systématiquement, ils.elles se tournent vers le SÉTis ou Bruxelles Accueil. Par contre, c'est une solution qui manque de réactivité. Il y a un moment d'attente pour qu'un.e interprète soit disponible. Certaines langues ne sont pas présentes parmi les interprètes et la traduction n'est pas toujours de bonne qualité. « [...] **pour le tigrinya, c'est vraiment compliqué d'avoir un interprète.** » (Entretien n°8, Infirmier.e) ; « **Ce sont des interprètes qui sont bénévoles, donc qui travaillent ou ils sont en train de faire leurs courses, dans le métro ou des trucs comme ça pour traduire.** » (Entretien n°4, AS).
- Faire appel à d'autres personnes dans le centre (travailleur.ses, résident.es) pouvant traduire. Parfois, ce sont les DPI qui viennent spontanément avec « leur traducteur.ice ». « **Il y a vraiment un truc de communauté. Ils s'entraident à fond. C'est marrant, tu vois une personne, tu as toujours trois personnes dans le bureau.** » (Entretien n°7, AS) ; « **Donc, j'ai son cousin au téléphone.** » (Entretien n°4, AS).

Parmi les réponses des participant.es, on retrouve un risque de perte de qualité ou d'exactitude de la traduction. Cet aspect peut avoir des conséquences négatives sur l'accès aux soins de santé. Cependant, les DPI semblent à l'aise avec cette manière de fonctionner : « **Ils demandent directement « interprète ». Ils le savent, eux-mêmes le demandent.** » (Entretien n°4, AS).

Voici une énumération des moyens utilisés pour communiquer en dehors du centre (l'énumération suivante ne suit pas un ordre précis de préférence d'utilisation) :

- Prise de contact téléphonique par un membre du service médical en amont du rendez-vous avec les prestataires pour leur fournir un maximum d'explications sur la situation du ou de la DPI.
- Transfert d'une note explicative aux soignant.es.
- L'interprète qui se rend physiquement au rendez-vous médical. Physiquement présent.e ou par téléphone, il y a toujours une incertitude quant à leur disponibilité. Aussi, le fait d'avoir une personne physiquement présente est pratique, mais n'est pas une garantie pour la qualité de la traduction.
- Faire appel à un service d'interprétariat déjà installé dans les hôpitaux. Mais tous n'en ont pas. « **Brugmann prévoit des interprètes. Ça serait bien que tous les hôpitaux fassent ça.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).
- L'infirmier.e du centre se déplace avec les résident.es. Cette solution est choisie en dernier recours. « [...] **si on va tous accompagner celui qui ne parle pas ni français, ni anglais, ni néerlandais, je pense qu'on n'est plus ici [au centre] du tout alors.** » (Entretien n°5, Infirmier.e).

Lors des consultations à l'extérieur, il faut aussi être vigilant.e quant aux moyens utilisés et s'adapter aux prestataires. Certain.es d'entre-eux.elles gèrent avec leurs propres moyens la question de la communication. « **Ils ont des psychologues dans certaines langues et sinon ils prévoient des interprètes eux.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

A contrario, d'autres comme les spécialistes, ne se préoccupent pas de cet aspect lors des consultations. Dans ces cas-ci, c'est au service médical de s'en occuper. « **Et je sais bien que les spécialistes ne font pas ça en fait, on a déjà essayé. Ils ne le font pas même si on donne un numéro de traducteur, ils n'appellent pas.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

Ensuite, le moyen doit être adapté à la situation, au risque que des soins non-adaptés soient prodigués ou d'être confronté à un refus, ce qui représente un obstacle majeur dans l'accès aux soins. « [...] **des médecins, ils ne veulent même pas essayer s'il n'y a pas d'interprètes. Ils ne font pas la consultation.** » (Entretien n°1, Infirmier.e).

Aussi, la décision des patient.es est centrale. Le choix du moyen utilisé pour pallier la barrière de la langue prend en compte les préférences des résident.es surtout quand une tierce personne

est présente ou qu'un sujet intime est abordé. « **Si tout le monde est d'accord, on peut le faire [appel à un.e interprète].** » (Entretien n°2, Infirmier.e).

Afin de pallier cette problématique liée à la langue avec tous les enjeux qui en découlent, le service médical souhaite mettre en place une liste de référencement de prestataires en fonction des langues parlées. Cette solution serait prometteuse d'une meilleure fiabilité dans la traduction, propice à créer une relation de confiance entre soignant.e – soigné.e, car la communication serait plus fluide et il n'y aurait pas l'intervention d'une tierce personne (interprète ou infirmier.e accompagnateur.rice).

Thème : autonomie

De manière unanime, les personnes interviewées partagent l'idée qu'il faut promouvoir l'autonomie des résident.es et qu'il faut composer avec le degré d'autonomie de chacun.e. Les membres des deux services en question agissent au cas par cas. Leur attitude démontre une capacité d'adaptation dans leurs prises en charge qui se répercute positivement sur l'accès aux soins. « **Et tu as des gens, c'est l'inverse, qui ne savent pas un mot, qui ne savent pas c'est quoi un compte bancaire, un bus, les gens qui ne savent pas prendre le métro.** » (Entretien n°7, Infirmier.e) ; « **[si autonome] Il va gérer seul son traitement. [si manque d'autonomie] Nous, on peut préparer par semaine des piluliers.** » (Entretien n°5, Infirmier.e).

Le service médical exprime l'idée de surveillance ou de contrôle qui est nécessaire afin d'éviter tous les risques d'automédication ou d'addiction (au tradonal par exemple). Surtout envers un public qui n'a pas forcément l'habitude de consommer des médicaments et qui est plus à risque de développer des dépendances au regard des épisodes traumatisants vécus.

Thème : connaissances médicales, représentations et attitudes envers les soins de santé

Les DPI représentent un public hétérogène parmi lequel les connaissances médicales sont diverses. Leurs connaissances de la santé conditionnent leurs représentations et attitudes envers les soins de santé délivrés en Belgique. « **Aussi, pour les psychologues, beaucoup de personnes qui n'osent pas y aller parce qu'ils disent « c'est pour les fous ».** » (Entretien n°3, AS).

Ces divergences de croyances et d'attentes ne permettent pas toujours de rencontrer les attentes des DPI en matière de soins de santé. Ils.elles n'ont pas la même vision de la manière de se soigner, par qui ou de ce qu'est un problème pour leur santé. « **Il y en a beaucoup qui ne**

comprennent pas à quoi ça sert la kinésithérapie. » (Entretien n°5, Infirmier.e) ; « **Il y en a qui ne connaissent pas ce que c'est un psychologue.** » (Entretien n°8, Infirmier.e) ; « **Il y en a dans leur tête, c'est normal. Et c'est bien de leur dire que « ce n'est pas bien ce qu'on t'as fait [l'excision] ».** » (Entretien n°1, Infirmier.e) ; « **Chacun à un rapport différent à la médecine thérapeutique, à la médecine traditionnelle, à la médecine ancestrale, à la médecine moderne, à l'hôpital, à la vaccination. Il y a beaucoup de réactions différentes.** » (Entretien n°6, AS).

Les participant.es ont confié que les DPI ratent fréquemment leurs rendez-vous médicaux pour diverses raisons telles que des divergences culturelles ou que leur santé n'est pas leur priorité. « **Dans d'autres pays, le rendez-vous n'est pas toujours à heure stricte. C'est un peu sur la journée en fait.** » (Entretien n°8, Infirmier.e) ; « **Ce qui va bloquer l'accès aux soins c'est plutôt l'individu.** » (Entretien n°1, Infirmier.e) ; « **Il y en a qui sont un peu plus jeunes qui sont « [...] je m'en fous de voir les médecins, laissez-moi tranquille ».** C'est aussi du cas par cas. » (Entretien n°4, AS).

Aussi, les DPI ratent leurs rendez-vous médicaux pour d'autres raisons comme ne pas trouver le lieu du rendez-vous, être en retard, l'oubli du réquisitoire ou du rendez-vous même: « **On a quand même quelques résidents qui ont, suite à des traumatismes, des petits trous de mémoire.** » (Entretien n°8, Infirmier.e).

Les membres du service médical et social s'adaptent au cas par cas, en fonction du profil et de la personnalité de chacun.e. Il n'y a pas de solution standardisée pour résoudre ces problèmes. Divers moyens sont mis en place : mettre des rappels dans les agendas sur les smartphones des DPI, donner le réquisitoire au dernier moment, expliquer le fonctionnement du système de rendez-vous en Belgique. Une autre solution est envisagée, mais pas encore mise en place : qu'un.e polyvalent.e soit référent.e d'un.e DPI pour rappeler les rendez-vous. Cette solution n'est pas encore implantée, car il y a deux équipes de polyvalent.es qui s'alternent une semaine sur deux. Il faudrait donc deux référents par DPI. Et dans le centre où ce dispositif est déjà utilisé, les référents sont des éducateur.ices. Ils ont donc une autre formation que les polyvalent.es du centre d'Etterbeek.

Dans ces cas-ci, les membres des deux services expliquent le fonctionnement et le système de santé belge : « **Avec un peu d'informations, de sensibilisation ou d'explications, il y a moyen que ça change.** » (Entretien n°6, AS).

Lors des entretiens les termes « littératie en santé » n'ont pas été utilisés, mais ils transparaissent à travers les témoignages. Par exemple, les DPI ne comprennent pas toujours l'intérêt de voir un.e kinésithérapeute, un.e psychologue ou ne comprennent pas le fonctionnement du système de santé belge. Dès lors, les participant.es donnent des informations et accompagnent les résident.es pour qu'ils et elles les comprennent. Ainsi, nous pouvons constater que les répondant.es cherchent à transformer un faible niveau de littératie (qui est un facteur de risque pour la santé et une barrière dans l'accès aux soins) vers un niveau plus élevé pour que cela devienne une ressource dans leur accès aux soins de santé.

Ainsi, les résultats en lien direct avec la question de recherche ont largement été décrits. La partie « Discussion » permet de les interpréter, les expliquer et les discuter tout en restant dans le contexte de l'étude.

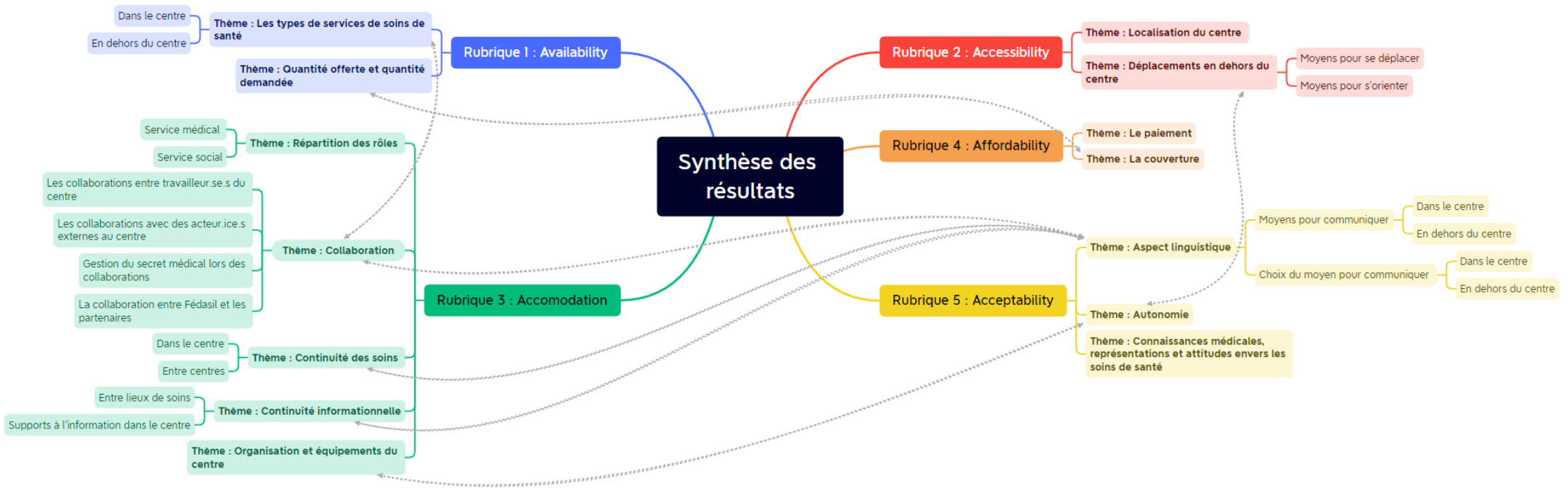
4. Synthèse des résultats pertinents de la recherche

La synthèse des résultats peut être illustrée en se fondant sur l'arbre à thème qui a permis d'analyser les entretiens (figure huit, ci-dessous). Il permet d'identifier les thèmes les plus significatifs (et parfois, les sous-thèmes) qui ont émergés lors des entretiens, classés en fonction de cinq rubriques correspondant aux 5A du modèle théorique utilisé.

Les cinq axes du modèle sont à appréhender d'un point de vue systémique avec des influences entre eux (Saurman, 2015). Les flèches présentes sur le schéma mettent en avant les interactions entre certains thèmes, mais aussi entre les cinq rubriques qui démontrent que chacune d'elles existent à la fois de manière indépendante et interconnectée les unes aux autres. Par exemple, les rubriques « Acceptability » et « Accomodation » interagissent au travers des thèmes « aspect linguistique » et « collaboration ». En effet, la barrière de la langue est un obstacle conséquent dans le parcours de soins des DPI. Il est nécessaire d'avoir une approche collaborative à plusieurs niveaux (entre travailleur.ses du centre, avec acteur.ices externes au centre ...) pour dépasser au mieux cet obstacle.

Comme expliqué précédemment, les interactions entre les thèmes des différentes rubriques sont visualisables à travers ce schéma. Cependant, des interactions entre thèmes d'une même rubrique existent, mais elles n'ont pas été représentées. Ce choix de l'autrice s'inscrit dans la volonté de montrer les interactions entre thèmes de rubriques différentes et vers lesquels il y a le plus de convergence.

Figure 8: illustration de la synthèse des résultats



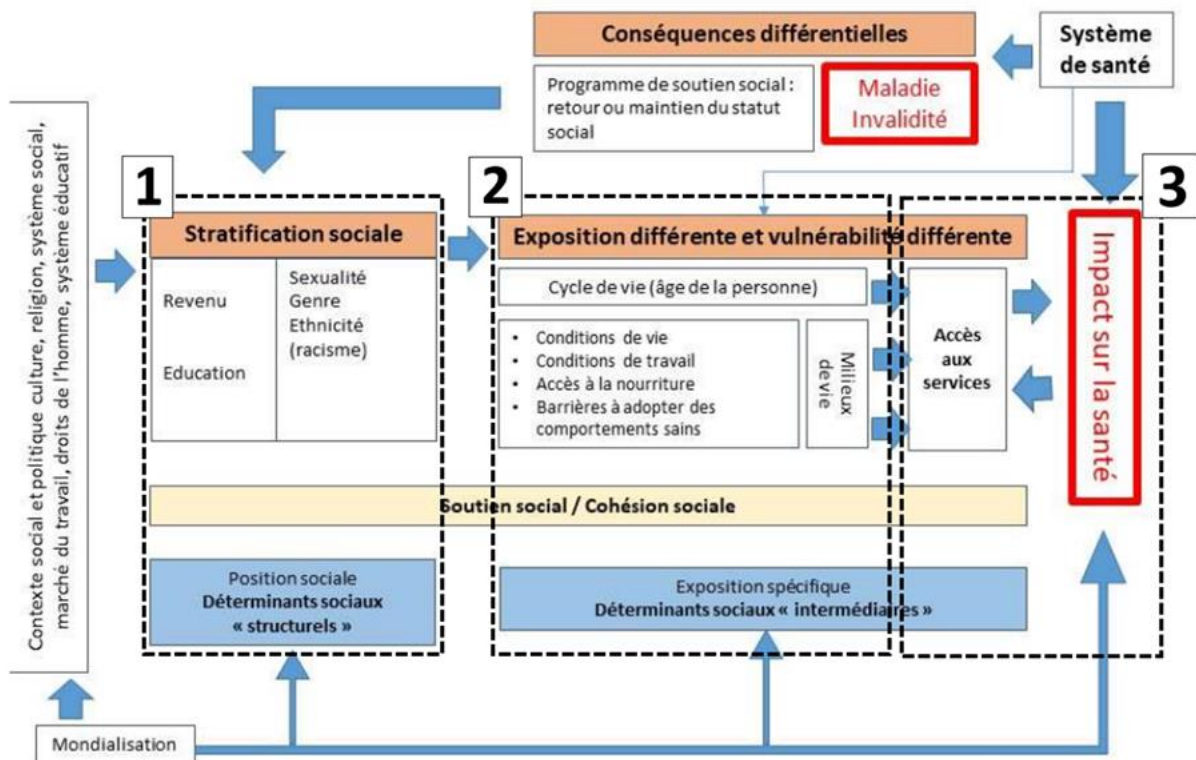
Discussion

À travers l'analyse des entretiens, les cinq axes du modèle de l'accès aux soins de santé ont été abordés via des thèmes précis. Aucun axe n'a été relevé comme obstacle absolu à l'accès aux soins, car le service médical et le service social du centre d'Etterbeek utilisent de multiples stratégies pour les éviter. Certains thèmes et leurs relations avec d'autres thèmes seront discutés via les éléments les plus pertinents provenant des résultats qui seront comparés et confrontés à la littérature actuelle.

1. Les déterminants sociaux de la santé

Les raisons qui limitent l'accès aux soins sont les mêmes pour les DPI que pour le reste de la population (comme être en retard ou oublier son moyen de paiement). Cependant, le statut social des DPI impacte davantage négativement leur accès aux soins (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2022). Le schéma ci-dessous (Mackenbach & Bakker, 2002) sera utilisé pour expliquer plus en détail cette analyse.

Figure 9: schéma explicatif des inégalités sociales de la santé (traduit et adapté de Mackenbach & Bakker, 2002)



La figure neuf démontre que la position sociale d'un individu ou d'une population **(1)** découle de la stratification sociale conditionnée par les déterminants sociaux structuraux de santé. Ces derniers peuvent être la sexualité, le genre, le niveau d'éducation (divers niveaux de connaissances médicales ou plus largement de littératie en santé), l'ethnicité (culture, langue(s) parlée(s)), le revenu (il existe le travail communautaire rémunéré, mais globalement les DPI dépendent des réquisitoires pour payer leurs consultations).

L'accumulation de ces déterminants expose les DPI à certains déterminants sociaux intermédiaires **(2)** : conditions de vie, conditions de travail, accès à la nourriture, barrières pour adopter des comportements sains et l'âge. Ces déterminants vont augmenter leur exposition à des vulnérabilités qui impactent leur état de santé **(3)**. Parmi les déterminants sociaux intermédiaires, il y a aussi le milieu de vie qui joue un rôle important. En effet, la population étudiée vit dans un centre d'accueil collectif à Bruxelles, cette structure d'accueil et son organisation influencent l'accès aux services de santé comme avoir un réquisitoire ou se déplacer seul.e via les transports en commun.

Les déterminants sociaux structuraux interagissent avec les déterminants sociaux intermédiaires provoquant une limitation de l'accès aux services de santé qui impacte négativement l'état de santé **(3)**.

Voici quelques exemples concrets de ces interactions par rapport à la population étudiée :

- En fonction de leurs croyances et représentations de la santé, un.e DPI adopte un certain comportement et décide de se rendre ou non à un rendez-vous médical.
- La barrière de la langue (lecture des panneaux, demander son chemin) ou ne pas être alphabétisé.e constituent des obstacles pour des personnes qui résident dans un environnement peu familier. De ce fait, les DPI peuvent ne pas trouver le lieu de rendez-vous ou arriver en retard et donc se faire refuser la consultation.
- Dans certaines cultures, la prise de rendez-vous médicaux ne se fait pas à heure fixe contrairement à la Belgique. En ne connaissant pas cette nuance, un.e DPI est plus à même de rater un rendez-vous.

Ces déterminants sont des obstacles qui creusent les inégalités d'accès aux soins, car le système de santé n'est pas suffisamment adapté pour répondre à leurs besoins spécifiques (OMS, 2022). Au travers des entretiens, plusieurs participant.es ont témoigné que les DPI manquaient fréquemment leurs rendez-vous médicaux (pour des raisons de retard, d'oubli du réquisitoire, ne pas trouver son chemin). Les raisons de refus de prise en charge s'appliquent à l'ensemble

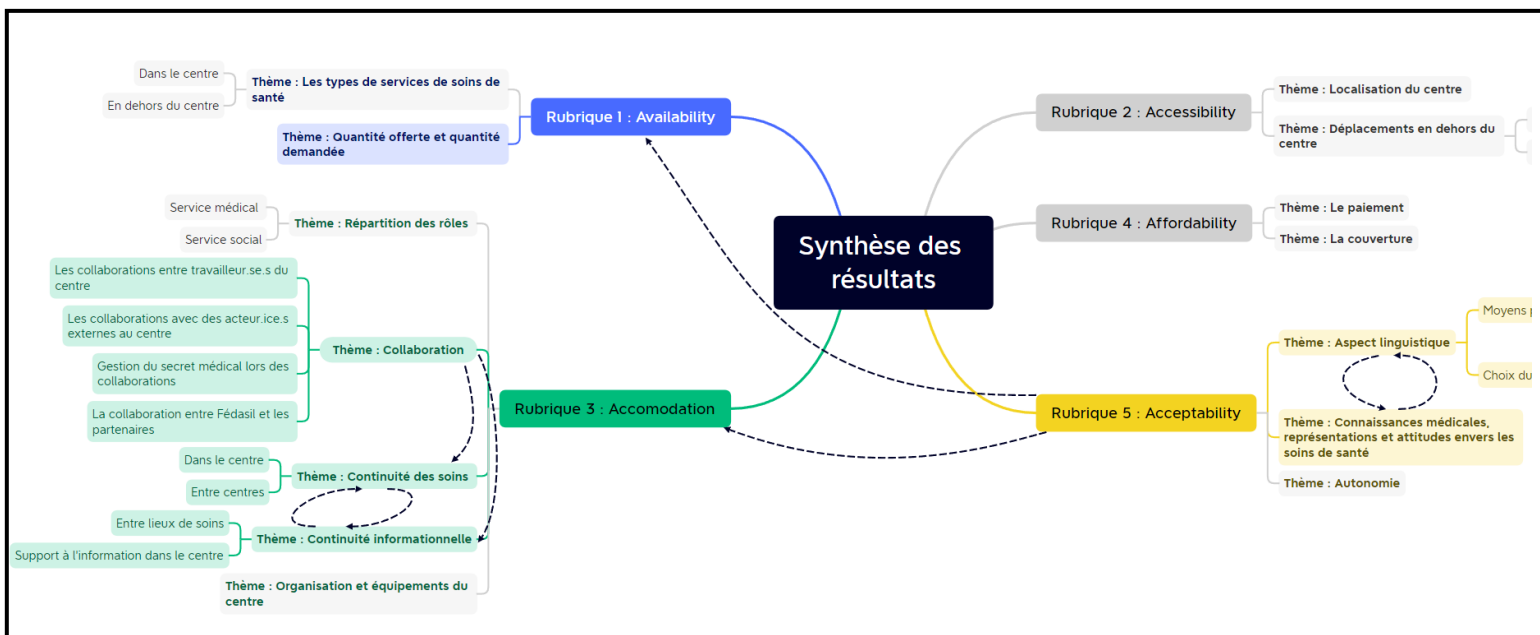
de la population et pas uniquement aux DPI. Cependant, ces refus semblent plus fréquents chez ces dernier.es.

L'analyse des résultats ne permet pas de connaître explicitement quels déterminants ont plus de poids que d'autres. Cependant, l'auteurice fait l'hypothèse que les aspects linguistiques et culturels, relatifs à l'ethnie des DPI, sont des facteurs très importants dans la limitation de l'accès aux soins de santé. En effet, les participant.es ont parlé de ces aspects comme des obstacles de taille dans la prise en charge des résident.es. Les versants linguistiques et culturels propres aux DPI et qui influencent leur accès aux soins de santé sont abordés plus en profondeur dans la partie suivante.

Les aspects linguistiques et culturels

Comme largement évoqué durant les entretiens, un des plus importants obstacles à l'accès aux soins de santé est la barrière linguistique. La communication est un prérequis pour transmettre des informations sur une problématique de santé (symptômes, douleur...), le diagnostic, les tests complémentaires à effectuer ou le traitement à suivre. C'est pourquoi, parler une langue commune est un facilitateur dans la communication entre soignant.e et soigné.e (Antón-Solanas *et al.*, 2021 ; Brandenberger *et al.*, 2019). Les problématiques posées par les aspects linguistiques, culturels et les impacts sur l'accès aux soins de santé qui en découlent peuvent être illustrés dans la figure ci-dessous.

Figure 10: représentation de l'impact et des interactions de l'aspect linguistique et culturel via le modèle des 5A sur l'accès aux soins de santé des DPI



Le schéma est tronqué pour permettre plus de lisibilité pour les lecteur.rices et pour se focaliser sur les éléments essentiels pour illustrer le propos. Il démontre notamment deux éléments importants qui sont discutés ci-après :

1° La rubrique « Acceptability » partage deux connexions avec deux autres rubriques. Les deux flèches témoignent que l'aspect linguistique est une condition nécessaire pour assurer la cohérence entre quantité offerte et quantité demandée, ainsi que pour assurer la cascade d'interactions présente au sein de la rubrique « Accomodation ».

2° Aussi, il y a une interaction évidente entre deux thèmes de la rubrique « Acceptability » qui relève des dimensions culturelles intrinsèques aux DPI.

Interprétariat

Le service médical et le service social collaborent principalement avec deux asbl d'interprétariat social : SÉTIS et Bruxelles Accueil. Ces dernières font appel à des bénévoles pour intervenir auprès des DPI. Le SÉTIS est spécialisé pour les contextes médicaux, psycho-médicaux et sociaux (SÉTIS Bxl, s.d).

L'interprète utilise des techniques de traduction pour faire le lien entre les patient.es et les professionnel.les de la santé en contexte médical et qui ne parlent pas la même langue. La solution de l'interprétariat dans ces situations est communément utilisée dans des pays de l'Union européenne (Ledoux *et al.*, 2018).

La barrière de la langue est un obstacle pour délivrer des soins de santé (Brandenberger *et al.*, 2019) et notamment, des soins de santé équitables (Ledoux *et al.*, 2018). En effet, s'il est impossible de communiquer, il y aura un impact sur le fait de délivrer des soins appropriés, d'avoir une continuité effective dans le parcours médical et d'avoir une action centrée sur les patient.es (De Moissac & Bowen, 2019) et donc par extension, l'impossibilité de promouvoir leur autonomie. Plus concrètement, c'est risquer de faire un mauvais diagnostic, de faire des analyses supplémentaires inutiles, prescrire les mauvais médicaments, ne pas obtenir un consentement éclairé, avoir des séjours hospitaliers prolongés. Ainsi, la population qui fait l'objet de ce travail et qui représente une minorité en Belgique peut se sentir désavantagée dans l'accès à ses soins par rapport à la population autochtone (De Moissac and Bowen, 2019). En somme, l'interprétariat est utile à la fois pour les patient.es et les soignant.es (Haute Autorité

de Santé [HAS], 2017), ainsi que pour donner accès à des soins de santé adaptés (Brandenberger *et al.*, 2019).

C'est pourquoi le Conseil de l'Europe a exprimé l'importance pour les professionnel.les de la santé, d'une part de prendre conscience de l'impact linguistique dans leur pratique et d'autre part, de collaborer avec des interprètes (HAS, 2017). Cependant, l'interprétariat a ses limites.

Comme cité dans la partie « Résultats » de cette recherche, il n'y a pas suffisamment d'interprètes par rapport à la demande. Et cela est accentué pour les langues ou dialectes moins communs et les infirmier.es du centre d'Etterbeek ne peuvent pas accompagner systématiquement les DPI lors de leurs rendez-vous médicaux. Ce manque d'interprètes a aussi été relevé dans le rapport ETHEALTH de 2020 (Coune, Dauvrin and Verrept, 2020).

Pour pallier ce manque, la Haute Autorité de Santé (HAS) propose que les interprètes doivent au minimum être présent.es lors de consultations « clés » : « consultation initiale, annonce de diagnostic, consultation nécessitant de recueillir un consentement éclairé, consultation de synthèse [...] » (HAS, 2017, p. 24). Toutefois, cela ne résout pas le problème dans sa totalité, car il subviendra malgré tous des consultations où la communication ne pourra pas se faire.

En nuance, la présence d'une tierce personne peut entraver la relation soignant.e – soigné.e (Ledoux *et al.*, 2018), l'influencer (Brandenberger *et al.*, 2019), même si un.e interprète reste tout de même une plus-value dans les cas où la communication serait impossible (Brandenberger *et al.*, 2019). L'une des meilleures solutions est d'avoir suffisamment de professionnel.les de la santé bilingues (Ledoux *et al.*, 2018). Mais cela reste de l'ordre de l'utopie et ne résout pas la question des compétences culturelles qui seront abordées ci-dessous.

Aussi, selon le SPF santé publique, l'interprétariat social se limite à la traduction la plus complète et la plus fidèle d'un propos (SPF Santé Publique, 2016) : se focaliser uniquement sur la problématique de la langue est voir le problème à travers un angle réducteur. Comme constaté par les participant.es à l'étude, chacun.e a un rapport différent envers le domaine médical. Ce n'est donc pas uniquement l'aspect linguistique qui est à prendre en considération, mais aussi la culture des DPI. Par exemple, la quatrième recommandation du rapport ETHEALTH souligne bien l'importance de travailler avec des interprètes, mais aussi avec des médiateur.rices culturel.les. Selon les expert.es du rapport, cette recommandation se place comme prioritaire. Aussi, on peut noter qu'elle est transversale aux onze autres recommandations du rapport (Coune, Dauvrin, Verrept, 2020).

Médiation culturelle

Au-delà de l'aspect traduction, un.e médiateur.rice culturel.le est une personne intervenant dans la relation soignant.e - soigné.e afin de comprendre et gérer les conflits rencontrés suite à la confrontation de valeurs culturellement différentes (Anderson & Cirillo, 2021 ; SPF Santé Publique, 2016).

Le SPF santé publique permet aux hôpitaux généraux et psychiatriques belges de bénéficier de médiateur.rices culturel.les. Dans les faits, peu d'hôpitaux mettent ce service en place à cause d'un manque de financement de la part du SPF (Coune, Dauvrin, Verrept, 2020 ; SPF Santé Publique, 2016). C'est ce qui se vérifie à travers le témoignage d'un.e infirmier.e qui constate que peu d'hôpitaux mettent cela en place. Ce coût est donc un frein, mais quel est le coût des erreurs de diagnostic ? Des tests supplémentaires inutiles ? Des séjours hospitaliers prolongés ? Ou encore de la prescription de médicaments non nécessaires ? Il manque des études pour l'affirmer, mais faire appel à des interprètes ou des médiateur.ices culturel.les pourrait diminuer certaines dépenses qui pourraient être réinjectées dans des services d'interprétariat ou de médiation culturelle. Selon un rapport de l'OMS, il est rentable que les soignant.es aient davantage connaissance des besoins des personnes avec un statut migratoire (OMS, 2022).

Une des limites de la médiation est qu'outre leur existence dans les hôpitaux, le personnel soignant n'est pas toujours au courant de leur présence (Coune, Dauvrin, Verrept, 2020). Par ailleurs, l'article de Saurman (2015) questionne le modèle théorique de Penchansky et Thomas sur cette notion. Son autrice propose de l'élargir avec une sixième dimension : « Awareness ». Ce nouvel axe interroge la communication qui est faite sur les services disponibles (Saurman, 2015). Cette sixième dimension permet d'aller au-delà du modèle théorique utilisé et de questionner les connaissances ainsi que la sensibilisation des professionnel.les de la santé. En effet, comment un.e médecin pourrait faire appel à un service de médiation culturelle s'il.elle ne sait pas qu'il y en existe un dans l'hôpital ou s'il.elle ne sait pas à quoi il sert ? En développant l'axe « Awareness », il y aurait une meilleure concordance entre les attentes des soigné.es et soignant.es (Saurman, 2015).

Compétences culturelles

Plus largement, mettre à disposition des services culturellement compétents augmente l'efficacité d'un système de santé, améliore l'offre de soins, améliore les objectifs de santé et diminue les iniquités au sein d'une population (Pocock *et al.*, 2020). Le développement des

compétences culturelles est souvent proposé comme une solution pour offrir des soins plus équitables au sein de toute une population (Alizadeh and Chavan, 2016).

Avoir des compétences culturelles est le fait d'avoir une attitude compréhensive envers la culture d'autrui tout en acceptant ses différences. Autrement dit, c'est ne pas penser les soins de manière éthnocentrée. Le fait d'agir d'une manière uniquement ethnocentrée revient à dire qu'il y a une seule façon de bien agir et que c'est la « notre ». Ce concept met en avant le lien de dépendance entre la compréhension d'une culture et une communication efficace (Antón-Solanas *et al.*, 2021). En effet, fournir des soins culturellement compétents est associé à une meilleure communication et à l'atteinte de meilleurs objectifs de santé (Antón-Solanas *et al.*, 2021 ; Coune, Dauvrin and Verrept, 2020). Ainsi, dans le domaine de la santé, cela permet d'améliorer l'accès aux services pour les personnes en minorité ethnique (Pocock *et al.*, 2020).

La littérature scientifique démontre qu'un manque de compétences culturelles induit inconsciemment, une attitude discriminatoire envers les patient.es de culture différente (Duckhee *et al.*, 2021). C'est pourquoi il est nécessaire de former ou de sensibiliser les professionnel.les de la santé à cette dimension. Malheureusement, il y a un manque de formations et de formations continues autour de l'interculturalité dans les soins lors du cursus des soignant.es. Ces dernier.es manquent de sensibilisation à l'interculturalité ou dans la manière de travailler avec des médiateur.ices culturel.les (Coune, Dauvrin, Verrept, 2020).

Il faut penser le développement de ces compétences sur deux niveaux : individuel et institutionnel (Alizadeh & Chavan, 2016). Par exemple, intégrer un nouveau module d'enseignement dans les parcours académiques passe d'abord par un niveau institutionnel pour atteindre ensuite le niveau individuel. Mais aussi, il faut que l'individu soit incité à se former ou encore que des moyens soient alloués dans ces formations (Alizadeh & Chavan, 2016).

L'enseignement de ces compétences fait face à une limite. Malgré la pléthore de littérature qui exploite le développement des compétences culturelles dans le milieu médical, il existe peu de modèles où leur fiabilité et validité ont été testées et sur lesquels des évaluations standardisées ont été menées pour connaître leur efficacité (Alizadeh & Chavan, 2016 ; Pocock *et al.*, 2020).

Réflexion contextualisée sur le sujet d'étude

Le constat est tel qu'il n'y a pas d'unique solution, mais plutôt plusieurs ajustements à réaliser sur plusieurs niveaux. En se focalisant davantage sur le contexte de notre étude, un moyen pour pallier la barrière linguistique et culturelle semble approprié. Il en existe plusieurs dénominations : « assistant.e linguistique » ou « migrant.e. pair.e éducateur.ice ».

- L'assistant.e linguistique est un.e DPI ou un.e travailleur.se (comme les polyvalant.es par exemple) qui devient interprète dans le centre. Ce projet est possible grâce à une collaboration entre l'asbl Bruxelles Accueil et Fedasil. Cependant, ce dispositif n'est pas mis en place dans le centre du Samusocial d'Etterbeek, ce qui amène à se demander s'il n'est pas uniquement accessible par les centres gérés par Fedasil (Bruxelles Accueil asbl, s.d).
- Dans l'article de Pocock et al. (2020), il est question de « migrant.e. pair.e éducateur.ice » volontaire ou rémunéré.e ayant suivi une formation de base sur la terminologie médicale et qui remplit la même fonction que l'assistant.e linguistique (il n'est pas précisé s'il.elle peut intervenir dedans et en dehors d'un centre d'accueil).

Ces deux moyens cités ci-dessus peuvent concerner les DPI du centre d'Etterbeek qui seront alors considéré.es comme des interprètes informel.les. Entre les résident.es du centre, il y a déjà une forme de « solidarité linguistique ». C'est ce que quelques participant.es à la présente étude ont constaté. En officialisant leur statut, les résident.es obtiendraient une reconnaissance de leur service rendu, voire une compensation financière si cela est considéré comme du travail communautaire. Le premier avantage est que ce sont des personnes issues des communautés des DPI vivant dans le centre et comme justement ils.elles résident dans le centre, ils.elles sont potentiellement plus facilement disponibles que les interprètes du SÉTIS ou de Bruxelles accueil. Le second avantage s'explique en faisant un rapprochement avec la notion de « patient.e partenaire » qui se fonde sur le concept de partenariat de soins. Ce dernier est défini par l'OMS comme une relation de collaboration entre patient.es et soignant.es qui se crée autour du partage des informations et des responsabilités (OMS, 2019). La présence d'un.e pair.e pour assurer la traduction permet de renforcer un partenariat autour des soins entre patient.e et soignant.e. Ainsi, les DPI peuvent être davantage impliqué.es dans le processus de soins, poser toutes leurs questions et comprendre toutes les informations médicales transmises. De plus, les migrant.es sont enclin.es à se faire traduire les informations médicales par un membre de leur famille ou par une connaissance (Brandenberger *et al.*, 2019). Cependant, il semble nécessaire de familiariser les futur.es interprètes à la terminologie médicale via une formation par exemple. Leurs interventions pourraient se généraliser autant dans le centre qu'en extérieur. En revanche, cette pratique représente un risque pour conserver l'anonymat des patient.es (surtout dans les petites communautés), le secret médical ou la vie privée.

L'utilisation de ce moyen est à nuancer. Selon la HAS, « seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. » (HAS, 2017, p. 13). En effet, le risque d'avoir des interprètes insuffisamment formé.es (notamment dans la traduction d'informations médicales) est de donner l'illusion que les informations ont été adéquatement transmises (De Moissac & Bowen, 2019). Certain.es professionnel.les de la santé ne recommandent pas l'utilisation systématique de ces interprètes informel.les surtout lors de situations médicales complexes (Pocock *et al.*, 2020). Selon l'étude de Ledoux et al. (2018), un.e interprète officiel.le est bien plus adapté.e qu'un membre de la famille ou une connaissance.

À l'échelle de l'Europe, plusieurs projets ont été mis en place tels que le projet MEM-TP (Migrant and Ethnic minorities training packages) commencé en 2008 et terminé en 2013 (MEM-TP, s.d), le projet EQUI-HEALTH (Organisation internationale pour les migrations [IOM], 2016) et le projet Migrant-Friendly Hospitals qui est celui-ci davantage documenté. Ce dernier tendait vers trois objectifs : dispenser des services d'interprétariat, offrir des informations « migrant-friendly » et améliorer les compétences culturelles des prestataires de soins (Brandenberger *et al.*, 2019). Ces projets qui développent une approche dans les hôpitaux, dans la formation des professionnel.les ou dans les politiques publiques sont des pistes intéressantes à suivre. Cependant, le manque de monitoring et d'accès public aux évaluations ne permet pas de connaître leurs atouts et leurs limites à prendre en compte pour les appliquer dans le contexte de la présente étude.

Conclusion

Au regard de la littérature scientifique et des résultats de cette recherche, il existe plusieurs angles par lesquels diminuer, voire résoudre la problématique d'accès aux soins de santé due à la langue et à la culture des DPI :

- Former : formations aux compétences culturelles des professionnel.les de la santé et des interprètes sociaux.les (Ledoux *et al.*, 2018).
- Adapter : promouvoir la culture de la diversité dans les lieux de soins et dans les services (Ledoux *et al.*, 2018).

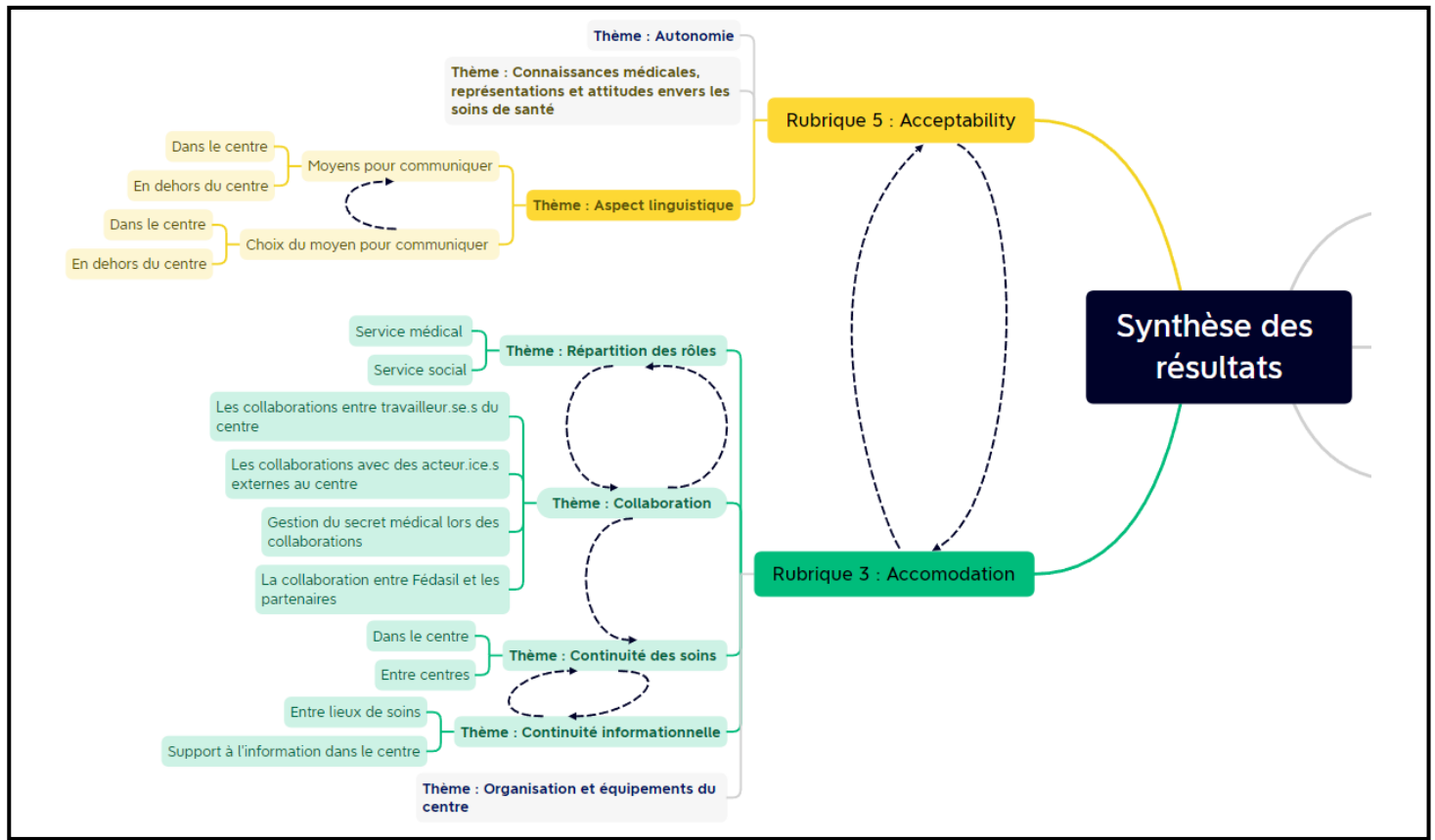
- Communiquer : avoir plus de disponibilités avec des interprètes, des médiateur.ices culturel.les (Ledoux *et al.*, 2018).
- Informer : traduire dans plusieurs langues les droits et obligations des patient.es et ce qui est relatif à l'utilisation du matériel médical (Ledoux *et al.*, 2018).
- Impliquer les migrant.es : assistance linguistique, migrant.e pair.e éducateur.ice. (Bruxelles Accueil asbl, s.d ; Pocock *et al.*, 2020).

Enfin, la société européenne est une société qui connaît de plus en plus de mélanges culturels et ethniques (Alizadeh & Chavan, 2016; Antón-Solanas *et al.*, 2021). Ainsi, les différences linguistiques, culturelles et attentes envers les soins (Ledoux *et al.*, 2018) représentent un challenge pour les professionnel.les de la santé (Alizadeh & Chavan, 2016). C'est pourquoi, d'un point de vue plus global, la généralisation de services d'interprétariat, de médiation culturelle ou le renforcement des compétences culturelles sont des éléments essentiels pour renforcer l'accès aux soins de santé.

2. Le secret médical

Au travers de l'analyse des résultats, la question du maintien du secret médical revient à plusieurs reprises : lors de la présence d'un.e interprète, lorsque le service médical et le service social collaborent ou encore dans l'optimisation de la continuité des soins avec des lieux de soins externes au centre. La question du secret médical et les impacts sur l'accès aux soins de santé qui en découlent peuvent être représentés sur le modèle des 5A dans l'illustration ci-après.

Figure 11: représentation de l'impact et des interactions du secret médical dans le modèle des 5A sur l'accès aux soins de santé des DPI



La figure démontre que la notion de secret médical est en lien avec plusieurs thèmes et avec les interactions entre eux (visualisable par les flèches) dans les rubriques « Acceptability » et « Accomodation ». Ainsi, les questionnements qui peuvent être soulevés par le secret médical touchent plusieurs étapes de l'accès aux soins et divers.es acteur.ices présent.es à chacune de celles-ci.

Tout d'abord, le secret médical et l'activité des soins de santé vont de paire. Le secret médical permet de maintenir confidentielles les informations transmises lors d'échanges entre soignant.e et soigné.e (Pautier, 2017). Il a pour finalité de protéger les patient.es pour qu'aucun préjudice n'impacte leur réputation ou intimité (Isapof, 2019).

Le fait qu'un.e patient.e sache que ses confidences ne seront pas divulguées l'amènera à être plus à même de livrer des informations utiles pour une prise en charge médicale optimale (Donnet *et al.*, 2019 ; Isapof, 2019 ; Pautier, 2017). De ce fait et en vue de la population d'étude, il est essentiel d'assurer le maintien de cette confidentialité. Les DPI ont une certaine compréhension du système de santé belge et adoptent une attitude envers les soins de santé

pouvant les rendre méfiant.es envers le corps médical. C'est là qu'instaurer une relation de confiance prend toute son importance.

Cependant, le maintien du secret médical peut être perçu comme un frein à la collaboration, « au bon déroulement de l'accompagnement » (Fedasil, 2018a, p. 43) et engendrer des difficultés de coordination (Fedasil, 2018a).

Secret partagé

Divulguer une information normalement protégée par le secret médical peut être considéré par un.e patient.e comme une trahison pouvant impacter la relation entretenue avec le service médical. Cependant, maintenir le secret médical est parfois difficilement applicable sur le « terrain » (Pautier, 2017). C'est pourquoi, dans le centre d'Etterbeek, il y a plusieurs cas de figure qui amènent des situations où le secret doit être partagé.

Les répondant.es de la présente étude ont relevé le fait que le service médical et le service social ont l'habitude de collaborer. Cette collaboration est perçue comme utile et est appréciée par les participant.es. L'analyse des entretiens démontre que les sphères médicales et sociales sont liées, elles interagissent entre elles. Par exemple, une problématique de santé mentale pourra avoir une incidence sur la vie, l'intégration et la sociabilisation d'un.e DPI. Il y a un recouvrement de compétences entre les deux services, le partage des tâches n'est pas hermétique. Il est récurrent qu'un.e travailleur.se social.e ait besoin d'une information médicale pour le bon déroulement de la procédure (Fedasil, 2018a). Mais l'inverse est aussi possible. Aussi, le fait que ces deux services collaborent ensemble est un atout permettant d'établir un profil plus complet et de mieux identifier les vulnérabilités des DPI (Fedasil, 2018a).

La procédure 9ter est un exemple concret et applicable au contexte de l'étude pour illustrer l'importance de cette collaboration et donc, du partage d'informations. La procédure 9ter permet à un.e DPI d'obtenir un droit de séjour en Belgique. Elle n'est applicable qu'en cas de maladie grave et si le pays d'origine n'a pas les moyens d'offrir une prise en charge médicale : de ce fait, leur vie serait mise en danger. Cette procédure ne peut être effective que si une demande a été faite auprès de l'OE qui est sous la tutelle du SPF intérieur (il n'y a pas de partage de compétences avec le SPF santé publique) (Klausser, 2015). Cependant, cette procédure traite de questions de santé, c'est pourquoi le service médical et social doivent donc collaborer et échanger des informations médicales.

La visée du maintien de la santé collective est une autre raison qui explique le partage d'informations médicales. Révéler des informations à caractère individuel peut avoir un impact

positif sur la santé collective. Prenons la citation suivante provenant d'un rapport de Fedasil : « une personne chez qui une tuberculose active a été diagnostiquée doit être immédiatement mise en quarantaine et il peut être essentiel de partager cette information » (Fedasil, 2018a, p. 45). En effet, elle doit être partagée afin que tous.tes puissent agir de manière coordonnée et rapide pour limiter sa propagation.

Comme constaté par les exemples précédents, le corps soignant d'un centre d'accueil collectif est amené à divulguer des informations qui normalement sont sous le joug du secret médical. C'est pourquoi le terme adéquat à utiliser est le « secret médical partagé ». Le secret partagé n'est pas autorisé par la loi, mais toléré. Cette tolérance est aussi présente dans les différents codes de déontologie des professions médicales, paramédicales et sociales (Donnet *et al.*, 2019). La notion de secret partagé se réalise sous certaines conditions :

- Lorsqu'un.e professionnel.le a besoin de partager une information, ce.tte dernier.e doit s'assurer que chaque personne qui sera dans la confiance est aussi soumise au secret professionnel (par la législation et/ou le code de déontologie de sa profession) (Donnet *et al.*, 2019).
- Le fait de divulguer une information doit être dans l'intérêt des patient.es. (Donnet *et al.*, 2019). En effet, le décroisement du secret médical peut se justifier par une meilleure prise en charge médicale (Isapof, 2019 ; Pautier, 2017).

Ainsi, davantage d'acteur.ices externes peuvent prendre part dans le parcours de soins des DPI (Fedasil, 2018a). En effet, les personnes ayant un parcours migratoire ont potentiellement vécu des épisodes traumatiques impactant leur santé mentale, d'où l'importance de la possibilité pour eux d'avoir un suivi psychologique. Dans le centre d'Etterbeek, il n'y a pas de psychologue sur place. Dans cet exemple concret, il serait éminemment pertinent d'inclure les psychologues dans les dialogues du service médical pour viser une optimisation de la prise en charge. L'inclusion de personnes externes peut être vue de manière encore plus large. Pourquoi ne pas inclure aussi des asbl telles que le GAMS ? Puisque l'identification des vulnérabilités se fait autant par des acteurs internes qu'externes (Fedasil, 2018a).

Visée éthique

Un des points de départ de la réflexion de la mémorante est la dimension individuelle et subjective qu'incarne le choix de procéder au secret partagé. C'est au corps soignant du centre de faire un choix, de décider ce qui peut être communiqué ou non. Ce choix est pris personnellement, avec toute la subjectivité intrinsèque à l'acteur.ice paramédical.e. Selon un

rapport de Fedasil, le personnel des services paramédicaux perçoit cette responsabilité décisionnelle comme quelque chose qui peut entraver l'accessibilité à des soins (Fedasil, 2018a). C'est une position délicate, car la personne recevant la confiance médicale est en conflit avec plusieurs valeurs ou objectifs de par les rôles dont elle est responsable : répondre aux demandes des patient.es, réaliser sa fonction en tant que professionnel.le de la santé et réaliser les missions du service (Donnet *et al.*, 2019). Cela peut représenter une tâche complexe pour un seul individu. Selon l'article d'Isapof (2019), il n'est pas chose aisée d'identifier ce qui est essentiel ou non à transmettre aux autres professionnel.les. Comment permettre à un individu d'être guidé dans cette décision ? « Jusqu'où aller, tout en respectant, et la confidentialité, et le cadre initial de l'intervention [...] ? » (Donnet *et al.*, 2019, p. 18). Quelles sont les limites d'application du secret partagé ? Car plus une information est communiquée, plus sa confidentialité est mise en danger (Isapof, 2019). Qu'est-ce qui peut être divulgué et qu'est-ce qui ne doit jamais l'être ? Quelle balance éthique faire entre le maintien du secret médical et la meilleure prise en charge possible d'un.e patient.e ?

La bioéthique et le « principlism »

S'ancrer dans une réflexion bioéthique permet de mieux comprendre des problématiques de santé (Lee, 2017). Ainsi, afin de guider le jugement, il est utile d'avoir un cadre d'analyse tel que les quatre principes de la bioéthique autrement appelés « principlism » (Beauchamp & Childress, 2019). Ces principes sont le point de départ à la réflexion, un support pour mieux comprendre les tenants et aboutissants d'une problématique de santé et *in fine* prendre des décisions justes d'un point de vue éthique. Aussi, chaque situation est particulière et unique, chacune requiert une réflexion spécifique (Donnet *et al.*, 2019). Les quatre principes sont : la bienfaisance, le respect de l'autonomie, la non-malfaisance et la justice (Beauchamp & Childress, 2019). Ces derniers seront expliqués et illustrés par rapport aux questionnements que soulève le partage du secret médical dans le centre d'accueil collectif d'Etterbeek (entre collègues de travail, avec les interprètes et avec des lieux de soins extérieurs).

Bienfaisance : c'est promouvoir le bien, agir dans l'intérêt des patient.es (ce qui se différencie d'uniquement éviter le mal) (Varkey, 2021).

Rompre la confidentialité risque d'impacter négativement la relation d'un.e patient.e avec un.e soignant.e, voire même avec l'ensemble du secteur médical. C'est pourquoi ce sont les patient.es qui doivent être mis.es au cœur des réflexions (Donnet *et al.*, 2019).

Respect de l'autonomie : cela signifie respecter la volonté des patient.es et leur permettre d'exercer leurs propres choix à condition d'être en possession de toutes les informations et de ne pas être mis.es sous pression (Varkey, 2021). Cependant, le respect de l'autonomie peut être contraint lorsqu'un.e patient.e est dans une relation de dépendance (induite par sa situation de vulnérabilité) envers ses soignant.es.

Pour utiliser le principe du secret partagé, un.e patient.e doit être consulté.e en amont. C'est à cette personne que revient l'accord de partager ou non des informations médicales qui le ou la concerne. Sans cela, le secret médical doit être maintenu (Donnet *et al.*, 2019 ; Fedasil, 2018a ; Isapof, 2019). Malheureusement, les DPI peuvent être peu enclin.es à autoriser ce type de partage ne sachant pas ce qui va être fait de ses informations, de comment elles vont être traitées ou par peur que ce partage ne se retourne contre eux.elles et mettant à mal leur projet migratoire.

En faisant appel à un.e interprète, les propos peuvent être déformés en subissant des modifications lors de la traduction. Le risque que les soignant.es ou les DPI reçoivent des informations incorrectes peut contraindre le consentement, car les DPI ne peuvent pas prendre de choix sur leur santé de manière éclairée en n'ayant pas obtenu l'intégralité des informations médicales.

Non-malfaisance : les prestataires de soins doivent éviter de faire le mal ou de créer des préjudices pour leurs patient.es. Afin d'agir selon une balance bénéfices/risques qui doit être favorable aux soigné.es (Varkey, 2021).

Certains risques comme la discrimination ou la stigmatisation sont encourus lorsque des informations sont partagées. Par exemple, le statut séropositif d'un.e patient.e est partagé pour une certaine raison donnée. Une personne prenant connaissance de cette information et n'ayant pas les connaissances médicales suffisantes ne sait peut-être pas qu'une personne peut avoir le VIH sans le transmettre (si sous le seuil de détectabilité) et par peur, avoir une attitude discriminante ou stigmatisante. Dans ce cas-ci, le principe de non-malfaisance n'est pas respecté. Cet exemple montre qu'il faut avoir une vision des conséquences possibles sur le long terme lorsque le secret médical est partagé. C'est pourquoi la balance bénéfices/risques doit être précédée par une réflexion « prudente et éclairée » (Donnet *et al.*, 2019, p. 47), sur base d'un principe de proportionnalité (Donnet *et al.*, 2019).

A contrario, le fait de maintenir de manière trop rigoureuse le secret professionnel impacte la continuité des soins. En effet, lorsqu'un.e DPI se rend dans un lieu de soins extérieur, ce.tte dernier.e ne retransmet pas toujours correctement les informations au service médical du centre

d'accueil. Dès lors, sans transmission d'informations, le service médical ne peut pas optimiser son accompagnement. Le fait d'avoir des interruptions dans le suivi ne leur permet pas d'organiser la suite des soins entraînant, par exemple des rendez-vous manqués.

Justice : cela signifie que chaque patient.e doit être considéré.e de manière juste, équitable et recevoir un traitement approprié à sa situation. Les patient.es ont tous.les le droit à un accès égal aux soins de santé (Varkey, 2021).

Les interprètes du SÉTIS et de Bruxelles Accueil sont soumis.es à l'interdiction de divulguer des informations personnelles (Bruxelles Accueil asbl, 2019 ; SÉTIS Bxl, s.d), mais les conditions où se produit l'interprétariat par téléphone ne permettent pas toujours d'avoir des conditions optimales pour cela. Dans ce genre de situation, un réel problème de confidentialité se pose. Il faudrait que l'interprétariat se déroule dans un cadre qui permette de conserver le maintien de la vie privée. Toutefois, le risque est qu'en limitant la manière dont doit se dérouler l'interprétariat par téléphone, il n'y ait plus suffisamment de personnes pour faire le lien communicationnel entre DPI et le personnel du centre. Alors que les interprètes sont déjà en nombre insuffisant selon la plupart des membres du service médical et social interrogé.es.

Conclusion

Le fait que le secret médical soit partagé apporte à la fois des bénéfices et des risques. L'essentiel des réflexions repose sur une balance, des choix proportionnés qui doivent être pensés en faveur des patient.es.

Ce type de décision doit se faire au travers d'une réflexion individuelle, mais aussi collective et d'ainsi développer une éthique de travail commune (Donnet *et al.*, 2019). Dans un rapport de Fedasil, le maintien du secret médical est vu comme un challenge (Fedasil, 2018a). Ce qui peut représenter un défi d'autant plus conséquent s'il doit être relevé seul.e. Le fait d'avoir une réflexion avec l'ensemble des membres de l'équipe médicale permettrait peut-être d'avoir un cadre de pratique plus clair, moins ambigu et d'établir des processus décisionnels pour juger si le secret médical doit être partagé ou non.

3. Limites de l'étude

Cette étude comporte certaines limites qu'il est important de relever.

Tout d'abord, l'échantillonnage était exclusivement focalisé sur le centre d'accueil situé à Etterbeek. De ce fait, les résultats sont difficilement généralisables à d'autres centres d'accueil collectif en Belgique. Comme expliqué en introduction, chaque centre a son propre profil (en fonction de sa situation géographique, de l'infrastructure, de l'organisme gestionnaire...). Leurs divergences induisent des organisations et des pratiques différentes. Même si certains résultats sont contextes-dépendants (comme la proximité des services), d'autres éléments sont transversaux à l'ensemble des centres (comme la diversité de langues parlées par les DPI). En effet, la littérature scientifique ne va pas à contre-courant des résultats discutés, ce qui démontre qu'une partie des résultats sont généralisables.

L'étude a été réalisée et pensée en fonction des dispositifs organisationnels disponibles (une seule personne avec peu d'expérience dans ce domaine). Aussi, étant limitée par le temps, la saturation des données n'est pas assurée. Selon la perspective de l'autrice, il n'y aurait pas eu de nouveaux thèmes émergents, mais plus d'entretiens auraient sûrement permis de compléter ou d'approfondir certains propos tenus. De plus, les entretiens ont tous été réalisés en série. Cela n'a pas rendu possible l'approfondissement de certains thèmes ou de modifier le guide d'entretien au cours de la collecte de données. Afin d'éviter cet écueil, nous recommandons l'utilisation d'un processus itératif (alternance des phases de collecte et d'analyse de données).

Ensuite, comme le matériau a été collecté via des entretiens, il est nécessaire d'envisager le biais de désirabilité sociale et de son influence sur les résultats. Cependant, le moyen de collecte de données reste adéquat pour répondre à la question de recherche. Un questionnaire en ligne aurait potentiellement réduit ce biais, mais il n'aurait pas permis d'aller aussi loin dans les détails ou d'obtenir des éclaircissements via des questions de relance (Demony, 2016 ; Pope & Mays, 2006). Aussi, ce biais a pu être contenu en interrogeant plusieurs points de vue au travers des huit participant.es.

Également, le fait d'avoir utilisé un modèle théorique pour concevoir le guide d'entretien et analyser le matériau collecté a pu réduire ou orienter l'attention de la mémorante sur certains éléments plus que d'autres (Baxter & Jack, 2008). De plus, ce n'est pas le seul modèle qui existe, il n'y a pas de consensus sur une unique théorisation de l'accès aux soins de santé.

Cependant, cela a permis d'avoir un canevas précis à suivre, afin de structurer ce travail et de gérer le flux important d'informations.

Enfin, il est important de relever la subjectivité intrinsèque à la mémorante. Elle a pu influencer le déroulement des entretiens et l'analyse des données. Aucun élément personnel significatif (motivations personnelles, perspectives, position dans une institution...) n'a influencé le regard porté sur la thématique d'étude. Toutefois, le fait d'avoir plusieurs personnes pour mener et analyser les entretiens aurait pu réduire le biais de confirmation.

4. Perspectives d'ouverture et implications pour la recherche

La recherche menée a mis en exergue certains points d'intérêt importants à relever pour de futures recherches. Les perspectives d'ouverture proposées ci-dessous s'inscrivent dans la volonté de poursuivre des recherches dans le but d'améliorer l'accès aux soins de santé d'une population vulnérable qui doit faire face à des inégalités sociales de santé.

Comme relevé précédemment, étudier un cas unique limite la transférabilité des résultats. Une première perspective serait de mener ce type de recherche auprès d'autres centres d'accueil collectif pour s'intéresser à des contextes différents (centre plus petit ou plus grand, en zone rurale, ...).

Une seconde perspective (qui s'inscrit dans la suite de la première) serait de réaliser une étude comparative entre centres. Cela offrirait la possibilité à des travailleur.ses sociaux.les ou médicaux.les de se rencontrer et de partager sur leurs façons de faire, méthodes ou stratégies dont ils.elles usent pour permettre aux DPI d'avoir un accès à des soins de santé de manière optimale. Cela serait un enrichissement pour la recherche et pour les travailleur.ses eux.elles-mêmes.

Une troisième perspective serait de prendre en considération le point de vue des personnes directement concernées : les DPI. Cependant, ceci soulève des enjeux éthiques. Il faut penser à l'impact négatif que peut avoir le fait d'interroger des personnes vulnérables sur la manière dont ils.elles s'intègrent ou sont inclu.ses dans le contexte de vie belge et dans le système de santé. Il faut garder en tête que ces personnes vivent dans un contexte de vie difficile, avec l'incertitude de l'aboutissement ou non de leur projet migratoire.

Une quatrième perspective pour la recherche serait d'explorer dans un contexte d'innovation la faisabilité de la mise en place d'interprètes issu.es de la communauté dans le but de lever la

barrière linguistique qui représente un gros obstacle. Une recherche-action permettrait de comprendre pourquoi et comment cela fonctionnerait. Ce type de recherche permet d'introduire du changement et d'améliorer l'accès aux soins de santé des DPI tout en encourageant leur participation.

Enfin, une cinquième perspective serait d'approfondir la recherche à travers l'angle des déterminants sociaux de la santé dans le but de comprendre leurs interactions, leurs cumulations et le poids de chacun dans l'accès aux services de santé. Ces actions plus ciblées, pourraient réduire les inégalités sociales de santé auxquelles fait face cette population.

Conclusion

L'objectif de ce mémoire qualitatif est d'interroger l'accès aux soins de santé des DPI vivant dans des centres d'accueil collectif en Belgique. Le contexte particulier dans lequel vivent les DPI résidant dans des logements collectifs questionne l'accès aux soins.

La présente étude menée auprès d'infirmier.es et d'AS permet d'identifier les moyens, stratégies, initiatives actuelles ou futures pour améliorer cet accès.

Il en ressort un véritable besoin de repenser l'offre linguistique. Nous avons pu explorer différentes pistes de réflexion au travers des résultats de cette recherche et de la littérature scientifique. Dès lors, ce mémoire a donné l'occasion de réfléchir sur les caractéristiques propres aux DPI qui constituent des obstacles dans leur accès aux soins de santé (langue, culture, connaissances, habilité à se déplacer en ville, ...). Cela amène à développer les pratiques actuelles et les besoins en interprétariat, médiation culturelle, ainsi que les compétences culturelles des personnes intervenant auprès des DPI. Aussi, cela questionne :

- Les ressources à allouer (et par qui) pour augmenter le nombre d'interprètes (en rendant la profession plus attractive par exemple).
- Les méthodes à utiliser pour améliorer l'enseignement des compétences culturelles dans les formations des professionnel.les de la santé.
- La possibilité de permettre à des DPI de devenir interprètes.

Pour répondre au mieux aux besoins actuels, il ne suffit pas d'opter pour une unique solution, mais de composer avec plusieurs d'entre-elles.

Beaucoup de personnes interviennent dans le parcours médical des DPI, c'est pourquoi ce travail a proposé une réflexion sur le secret médical, le secret médical partagé et les enjeux éthiques. Il est nécessaire de fournir un canevas à suivre. Le « principlism » pourrait être utilisé comme outil par les professionnel.les de santé afin de les guider dans cet exercice réflexif auquel ils.elles sont fréquemment confronté.es. L'enjeu étant d'atteindre un idéal d'équité dans l'accès aux soins de santé.

Bibliographie

12 JANVIER 2007. Loi sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers consolidée. (2007). *Moniteur Belge*.

Agence des Nations Unies pour les réfugiés [UNHCR]. (s.d) *La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés*. Disponible à l'adresse : [https://www.unhcr.org/fr-fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html](https://www.unhcr.org/fr/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html), consulté le 21 novembre 2022.

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile [Fedasil]. (2018a). *Personnes vulnérables avec des besoins d'accueil spécifiques. Définition, identification, prise en charge*. Disponible à l'adresse : https://www.fedasil.be/sites/default/files/fedasil_etude_personnes_vulnerables_0.pdf

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile [Fedasil]. (2018b). *Modification loi Accueil et loi des étrangers*. Disponible à l'adresse : https://www.fedasil.be/sites/default/files/note_cadre_modifs_loi.pdf

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile [Fedasil]. (2021). *Plan de management intégré 2021 - 2026*. Disponible à l'adresse : https://www.fedasil.be/sites/default/files/fedasil_plan_de_management_2021_2026.pdf

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile [Fedasil]. (2022a) *Procédure d'asile, Fedasil*. Disponible à l'adresse : <https://www.fedasil.be/fr/asile-en-belgique/procedure-dasile>, consulté le 17 mars 2023.

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile [Fedasil]. (s.d a). *Bruxelles (Petit-Château)*. Disponible à l'adresse : <https://www.fedasil.be/fr/petit-chateau>, consulté le 17 mars 2023.

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile [Fedasil]. (s.d b). *Centres d'accueil collectif*. Consulté à l'adresse : <https://www.fedasil.be/fr/les-centres-daccueil>, consulté le 3 novembre 2022.

Alizadeh, S., Chavan, M. (2016). Cultural competence dimensions and outcomes: a systematic review of the literature. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), 117-130. <https://doi.org/10.1111/hsc.12293>.

Anderson, L-J., Cirillo, L. (2021). The Emergence and Relevance of Cultural Difference in Mediated Health Interactions. *Health Communication*, 36(9), 1101–1114. <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1735696>

Antón-Solanas, I., Tambo-Lizalde, E., Hamam-Alcober, N., Vanceulebroeck, V., Dehaes, S., Kalkan, I. *et al.* (2021). Nursing students' experience of learning cultural competence. *PLoS ONE*, 16(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259802>

Asylum Information Database [AIDA]. (2021). *Rapport national : Belgique*. Disponible à l'adresse : https://asylumineurope.org/wp-content/uploads/2022/04/AIDA-BE_2021update_summary_French.pdf

Baxter, P., Jack, S. (2008) Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*. 13(4), 544-559. <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR13-4/baxter.pdf>

Beauchamp, T., Childress, J. (2019). Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *The American Journal of Bioethics*, 19(11), 9-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>

Beauclercq, I., Vioello, F., Petrova-Benedict, R., Val, E. (2019). Overview of Migration and Health in Europe. *Refugee Migration and Health*. 4, 19-37. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03155-8_2

Brandenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K., Peterhans, B., Ritz, N. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants and refugees in high-income countries - the 3C model. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7049-x>

Bruxelles Accueil asbl. (2019). *Déclaration de confidentialité de l'asbl Bruxelles Accueil*. Disponible à l'adresse : https://www.servicedinterpretariatsocial.be/wp-content/uploads/2019/03/De%CC%81laration_de_confidentialite%CC%81_FR_.pdf

Bruxelles Accueil asbl. (s.d). *Fedasil*. Disponible à l'adresse : <https://www.servicedinterpretariatsocial.be/gebruikers/projets-2/fedasil/>, consulté le 18 février 2023

Carrillo, E., Carrilo. V., Perez. H., Salas-Lopez. D., Natale-Pereira. A., Byron. A. (2011). Defining and Targeting Health Care Access Barriers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 22(2), 562-575. <https://doi.org/10.1353/hpu.2011.0037>

Centre fédéral migration [Myria]. (2022a). *Cahier « Protection internationale »*. Disponible à l'adresse : <https://www.myria.be/fr/publications/la-migration-en-chiffres-et-en-droits-le-rapport-migration-2022-sous-forme-de-cahiers>

Centre fédéral migration [Myria]. (2022b). *Le gouvernement fédéral en échec face à la crise de l'accueil : crise humanitaire et atteinte à l'Etat de droit*. Disponible à l'adresse : https://www.myria.be/files/2022.12.21_Note_Crise_de_laccueil.pdf

Centre fédéral migration [Myria]. (2023). *Myriade - Lettre d'information de février 2023*. Disponible à l'adresse : https://mail.statik.be/t/r-e-tjujghk-btdjluhilt-r/#toc_item_0, consulté le 17 mars 2023.

Ciré. (2009). *Evaluation de la loi Accueil*. Disponible à l'adresse : <https://www.cire.be/wp-content/uploads/2011/11/recommandations-loi-accueil-synthese.pdf>

Ciré. (2021). *Réfugié, migrant, sans-papiers... Lexique & définitions*. Disponible à l'adresse : <https://www.cire.be/publication/refugie-demandeur-dasile-migrant-lexique-et-definitions/>, consulté le 31 octobre 2022.

Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides [CGRA]. (2022). *Statistiques d'asile septembre 2022*. <https://www.cgra.be/fr/actualite/les-statistiques-dasile-du-mois-de-septembre-2022>

Conseil du contentieux des étrangers. (2014). *À propos du Conseil*. Disponible à l'adresse : <https://www.rvv-ccce.be/fr/ccce/apropos-conseil>, consulté le 3 novembre 2022.

Corbière, M., Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 684 p.

Coune, I., Dauvrin, M., Verrept, H. (2020). *Vers des soins de santé équitables pour les migrants et minorités ethniques : Recommandations prioritaires*. Disponible à l'adresse : https://www.unia.be/files/Documenten/Publicaties_docs/Ethealth_rapport_2020_-_m%C3%A9morandum_explicatif.pdf

Cours des comptes. (2017). *Accueil des demandeurs d'asile, Fedasil*. Disponible à l'adresse : <https://www.courdescomptes.be/FR/Publications/Fiche.html?id=ca482848-acb9-48ac-91d3-7edb89a1b966>

Culture&Santé. (2016). *La procédure d'asile en Belgique : guide d'accompagnement*. Disponible à l'adresse : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/431-la-procedure-d-asile-en-belgique.html>

Dauvrin M., Detollenaere J., De Laet C., Roberfroid D, Vinck I. (2019). Demandeurs d'asile: options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders. *Health Services Research (HSR)*. Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). D/2019/10.273/52

De Moissac, D., Bowen, S. (2019). Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada. *Journal of Patient Experience*, 6(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>

Demoney, A. (2016). La recherche qualitative : introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>

Donnet, A., Dubois. F., Guilbau, C., Meersseman, C. (2019). *Le secret professionnel, fondement de la relation d'aide et d'écoute*. Bruxelles : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique. 64 p.

Duckhee. C., Yunekyong. K., Jeeheon. R., Keiko. A., Jaseon. K., Kukhyeon, K. (2021). E-learning cultural competence for public health workers: A feasibility and pilot study. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 38(5), 897-906. <https://doi.org/10.1111/phn.12923>

Dudek, V., Razum, O., Sauzet, O. (2022). Association between housing and health of refugees and asylum seekers in Germany: explorative cluster and mixed model analysis. *BMC Public Health*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12458-1>

European Council on Refugee and Exiles [ECRE]. (2022). *Reception Crises: Belgium Leaves Afghans in Legal Limbo, Asylum Seekers Including Minors & Families with Children are Left Out Without Shelter in Europe's Capital, A New Law in the Netherlands to Accommodate Refugees Is Approved by the Right*. Disponible à l'adresse : <https://ecre.org/reception-crises-belgium-leaves-afghans-in-legal-limbo-amid-plans-to-refuse-their-asylum-claims-asylum-seekers-including-minors-families-with-children-are-left-out-without-shelter-in-europe/>, consulté le 17 mars 2023.

European Council on Refugee and Exiles [ECRE]. (2023). *Belgium: Reception Crisis Continues and Convictions of Authorities Mount, NGOs Unimpressed with Evacuation of Unsafe Squat Leaving Many in the Street*. Disponible à l'adresse : <https://ecre.org/belgium-reception-crisis-continue-and-convictions-of-authorities-mount-ngos-unimpressed-with-evacuation-of-unsafe-squat-leaving-many-in-the-street/>, consulté le 17 mars 2023.

Eurostat. (2023). *Asylum applicants by type of applicant, citizenship, age and sex - annual aggregated data*. Disponible à l'adresse : https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/MIGR_ASYAPPCTZA__custom_5416076/default/table?lang=en, consulté le 17 mars 2023.

Gold, M. (1998). Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health services research*, 33(3), 625-684.

Green, J. (2018). *Qualitative methods for health research*. 4^{ème} éd. London : Sage. 420 p.

Hadgkiss, E., Renzaho, A. (2014). The physical health status, service utilisation and barriers to accessing care for asylum seekers residing in the community: a systematic review of the literature. *Australian Health Review*, 38(2), 142-159. <https://doi.org/10.1071/AH13113>

Haute Autorité de Santé [HAS]. (2017). *Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé*. Disponible à l'adresse : https://www.normandie.ars.sante.fr/system/files/2019-02/HAS_interpr%C3%A9tariat.pdf

Isapof, A. (2019). La confidentialité dans les équipes. *Contraste*, 50(2), 155-166.
<https://doi.org/10.3917/cont.050.0155>

Journal officiel de l'Union européenne. (2013). *Directive 2013/33/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale*. Disponible à l'adresse : <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:FR:PDF>

Klausser, N. (2015). Le droit au séjour pour soins en Belgique et en France : Des restrictions certaines, un avenir incertain: Droits des étrangers. *Revue des droits de l'homme*.
<https://doi.org/10.4000/revdh.1751>

Laban, C., Gernaat, H., Komproe, I., Van der Tweel, I., De Jong, J. (2005). Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 825-832.
<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d>

Ledoux, C., Pilot, E., Diaz, E. Krafft, T. (2018). Migrants' access to healthcare services within the European Union: a content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. *Global Health*, 14(57). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0373-6>

Lee, L. (2017). A Bridge Back to the Future: Public Health Ethics, Bioethics, and Environmental Ethics. *The American Journal of Bioethics*, 17(9), 5-12.
10.1080/15265161.2017.1353164

Mackenbach, J., Bakker, M. (2002). *Elaborated for equity based on : Reducing in health a European Perspective*. Londres : Routledge. 384 p.

MEM-TP. (s.d). *Project Migrant and Ethnic Minorities*. Disponible à l'adresse : <https://www.mem-tp.org/>, consulté le 18 February 2023.

Nutsch, N., Bozorgmehr, K. (2020). Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 63(12), 1470-1482. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03238-0>

Office des étrangers. (2023). *Statistiques nationales / IBZ*. Disponible à l'adresse : <https://dofi.ibz.be/fr/figures/international-protection/applicants-international-protection/statistiques-nationales>, consulté le 17 mars 2023.

Office des étrangers. (s.d). *Présentation*. Disponible à l'adresse : <https://dofi.ibz.be/fr/themes/about-us/presentation>, consulté le 3 novembre 2022.

Organisation internationale pour les migrations [IOM]. (2016). *Equi-Health report*. Disponible à l'adresse : <https://eea.iom.int/sites/g/files/tmzbdl666/files/Equi-Health-Final-report.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2019). *Patient engagement for patient safety*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/multi-media/details/patient-engagement-for-patient-safety>, consulté le 22 March 2023.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2022). *Rapport mondial sur la santé des réfugiés et des migrants*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240054486>

Paillé, P. & Mucchielli, A. (2012). *Chapitre 11 - L'analyse thématique. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Paris : Armand Colin.

Pautier, S. (2017). Le secret professionnel soignant : un enjeu de démocratie sanitaire entre immanence et aliénation. *Recherche en soins infirmiers*, 130(3), 53–67. <https://doi.org/10.3917/rsi.130.0053>.

Penchansky, R., Thomas, J.W. (1981). The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.

Phillippi, J., Lauderdale, J. (2018). A Guide to Field Notes for Qualitative Research: Context and Conversation. *Qualitative Health Research*, 28(3), 381-388. <https://doi.org/10.1177/1049732317697102>

Pocock, N-S., Chan, Z., Loganathan, T., Suphanchaimat, R., Kosiyaporn, H., Allotey, P. *et al.* (2020). Moving towards culturally competent health systems for migrants? Applying systems thinking in a qualitative study in Malaysia and Thailand. *PloS One*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231154>

Pope, C., Mays, N. (2006). *Qualitative research in health care*. 3^{ème} éd. Malden: Blackwell. 156 p.

Saurman, E. (2015). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39.
<https://doi.org/10.1177/1355819615600001>

SÉTIS Bxl. (s.d). *Code de déontologie de l'interprète en milieu social*. Disponible à l'adresse : <http://www.setisbxl.be/wp/wp-content/uploads/2017/03/Code-de-d%C3%A9ontologie-SeTIS-Bxl-version-2016.pdf>

Spezi, V. (2015). Apport des méthodes qualitatives. *I2D - Informations, données et documents*, 52(4). <https://doi.org/10.3917/i2d.154.0053>

SPF Santé publique. (2016). *Médiation interculturelle dans les soins de santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle-dans-les-soins-de>, consulté le 15 février 2023.

Statbel. (2022). *Structure de la population*. Disponible à l'adresse : <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>

Tevanian, P. and Stevens, J-C. (2022). *On ne peut pas accueillir toute la misère du monde. En finir avec une sentence de mort*. Paris : Anamosa.

The UN Refugee Agency [UNHCR]. (2007). *Convention et protocole relatifs au statut des réfugiés*. Disponible à l'adresse : <https://www.unhcr.org/fr/4b14f4a62>

The UN Refugee Agency [UNHCR]. (2022). *Le HCR prend part à une conférence sur la crise de l'accueil en Belgique, UNHCR Belgique et Luxembourg*. Disponible à l'adresse : <https://www.unhcr.org/be/88037-hcr-prend-part-a-conference-sur-crise-laccueil-belgique.html>, consulté le 17 mars 2023.

Van Balberghe, S. (2007). *Note explicative de la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers et de ses arrêtés royaux d'exécution*. Disponible à l'adresse : <https://www.cire.be/wp-content/uploads/2013/07/2007-01-12-note-explicative-fedasil-loi-accueil.pdf>

Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Medical Principles and Practice*, 30(1), 17-28. <https://doi.org/10.1159/000509119>

Walther, L., Fuchs, L., Schupp, J., Von Scheve, C. (2020). Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-Scale German Survey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 22(5), 903–913. <https://doi.org/10.1007/s10903-019-00968-5>

Whitehouse, K., Lambe, E., Rodriguez, S., Ponthieu, A., Van den Bergh, R. *et al.* (2021). A qualitative exploration of post-migration stressors and psychosocial well-being in two asylum reception centres in Belgium. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 17(3), 241-258. <https://doi.org/10.1108/IJMHS-08-2020-0082>

Ziersch, A., Due, C. (2018). A mixed methods systematic review of studies examining the relationship between housing and health for people from refugee and asylum seeking backgrounds. *Social Science & Medicine*, 213, 199-219. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.045>

Ziersch, A., Walsh, M., Due, C., Duivesteyn, E. (2017). Exploring the Relationship between Housing and Health for Refugees and Asylum Seekers in South Australia: A Qualitative Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph14091036>

Annexes

Annexe A – Liste moins et liste plus

Figure 12: liste moins et liste plus (Dauvrin et al., 2019)

Liste moins : aide et les soins médicaux manifestement non nécessaires qui ne sont pas assurés au bénéficiaire de l'accueil

Orthodontie

Investigation et traitement de l'infertilité

Prothèses dentaires, lorsqu'il n'existe pas de problème de mastication, quel que 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

Liste plus : aide et soins médicaux relevant de la vie quotidienne qui sont assurés au bénéficiaire de l'accueil

Médicaments catégorie D (non remboursables) sur prescription, à l'exception de médicaments pour le traitement de l'impuissance.

Médicaments catégorie D accessibles sans prescription d'un médecin, repris dans les rubriques suivantes : antiacides, spasmolytiques, antiémétiques, antidiarrhéiques, analgésiques en antipyrétiques (paracétamol, acide salicylique, ibuprofène 400 mg, naproxène de sodium 220 mg), médicaments des affections bucco-pharyngées.

Extractions dentaires.

Prothèses dentaires, uniquement pour rétablir la capacité de mastication.

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

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.

Annexe B – Guide d’entretien

Remercier la participation. Rappel de la thématique du mémoire. Enregistrement de l’entretien. Rappel sur l’anonymisation de l’entretien. Demander le consentement (êtes-vous toujours d’accord pour participer à cet entretien ?). Enoncer les différentes parties de l’entretien.

Les questions	Les relances	Thème(s) du modèle des 5A
<p>Pour commencer, pouvez-vous vous présenter ? Depuis combien de temps travaillez-vous dans le centre (ancienneté) ? Avez-vous eu d’autres expériences professionnelles dans un autre centre d’accueil collectif ? Si oui, lesquelles ?</p>	<p>Quel est votre rôle dans le centre ?</p>	
<p>Je vais vous présenter la situation de monsieur Ahmadi, un demandeur de la protection internationale. Puis, je vous poserais plusieurs questions en lien avec cette situation.</p> <p>1. Monsieur Ahmadi est un homme de 35 ans. Il réside dans le centre d’Etterbeek depuis 4 semaines maintenant. Il est venu seul depuis l’Afghanistan. Monsieur Ahmadi vient vous voir car, il ressent une douleur insupportable à l’une de ses dents. La douleur est très forte et il a besoin d’une consultation en urgence en dehors du centre. Monsieur Ahmadi ne parle pas ni le français, ni le néerlandais et ni l’anglais.</p>		
<p>Si cette situation se présente que se passe-t-il ?</p>	<p>Si cette situation se présente, comment allez-vous la gérer ? Comment est-ce que ce monsieur peut faire une demande de soins ?</p>	<p>Accommodation ; Affordability ; Acceptability</p>
<p>Par quelles étapes monsieur Ahmadi doit-il passer pour accéder à une consultation en urgence en dehors du centre ?</p>		<p>Accessibility ; Accommodation</p>

Comment s'organise le déplacement de monsieur vers cette consultation (à pied, transport, seul, accompagné) ?		Accessibility
Par quoi l'organisation du déplacement peut-elle être contrainte ?	Dans les situations où les lieux de soins sont plus éloignés , comment les déplacements sont-ils effectués (transports, véhicule du centre, seul/accompagné) ?	Accessibility
[Si non accompagné] Comment monsieur Ahmadi peut-il se repérer dans l'établissement médical ?		Accessibility
Qu'est-ce que vous aimeriez mettre en place pour éviter ces contraintes liées aux déplacements ?		Accessibility
Comment s'organisent les collaborations avec des lieux de soins extérieurs au centre (partenariat/convention) ?	Comment travaillez-vous avec des lieux de soins extérieurs au centre ?	Accommodation ; Acceptability
Qu'est-ce qui sera mis en place lors de cette consultation en dehors du centre pour pallier la barrière de la langue (utilisation de gestes, interprète/tierce personne, site de traduction) ?		Acceptability
Je vous invite à prendre cette feuille où j'ai noté les étapes du parcours de soins de monsieur Ahmadi que vous m'avez énoncées. Imaginons qu'il vient vous voir à 10h du matin. A partir de ce point de départ, notez quand - heure/jour- (à peu près) se réalisent les autres étapes.		Accessibility

2. Suite à la consultation, on prescrit à monsieur Ahmadi plusieurs médicaments à prendre tous les jours pendant plusieurs semaines.		
Comment la prise quotidienne de médicaments s'organise-t-elle (par le centre, une pharmacie en extérieur) ?		Accommodation
3. Plusieurs jours passent et monsieur Ahmadi n'a presque plus de douleur à sa dent. Mais mentalement, c'est plus difficile : il se sent de plus en plus triste, il perd l'appétit et pleure de plus en plus souvent. Il aimerait pouvoir en parler à quelqu'un.		
Si cette situation se présente que se passe-t-il ?	Si cette situation se présente, comment allez-vous la gérer ? Comment est-ce qu'il peut faire une demande de soins ?	Accommodation ; Affordability ; Acceptability
Qu'est-ce qui est mis en place lors de cette consultation dans le centre pour pallier la barrière de la langue (utilisation de gestes, interprète/tierce personne, site de traduction) ?		Acceptability
Si l'état de santé de monsieur Ahmadi se dégrade encore, quelle procédure faut-il suivre pour qu'il soit transféré dans un centre d'accueil plus adapté à sa situation ?		Availability
Je vous invite à prendre cette feuille où j'ai noté les étapes du parcours de soins de monsieur Ahmadi. Imaginons qu'il vient vous voir à 10h du matin. A partir de ce point de départ, notez quand - heure/jour (à peu près) - se réalisent les autres étapes.		Accessibility
Nous avons identifié une série d'obstacles et de facilitateurs tout au long de l'entretien. Est-ce	Quelle(s) différence(s) culturelle(s) (par rapport à la culture belge) peuvent faire obstacle à l'accès	Availability ; Accessibility ; Affordability ; Acceptability

qu'il existe d'autres obstacles qui pourraient limiter l'accès aux soins pour monsieur Ahmadi ?	aux soins (régime alimentaire, croyances, adaptations) ?	
Comment ces obstacles sont-ils résolus ?		Availability ; Accessibility ; Affordability ; Acceptability
Je vais vous poser des questions d'ordre plus générale, plus distancées de l'histoire de monsieur Ahmadi		
Comment est évalué l'état de santé des résident.e.s à leur arrivée dans le centre ?		Availability
Comment l'état de santé des résident.e.s est évalué et contrôlé durant la totalité de leur séjour ?		Availability
Pour finir, si vous aviez une baguette magique, qu'est-ce que vous feriez en priorité pour améliorer l'accès aux soins de santé des résident.e.s ?		Availability ; Accessibility ; Affordability ; Acceptability
Voulez-vous ajouter quelque chose ou revenir sur une de vos réponses ?		
Remerciements		

