

**Faculté des sciences économiques,
sociales, politiques et de communication**

L'impact des fardeaux administratifs et des politiques de santé sur l'accès aux soins des migrants allophones en Europe

Le cas du Hainaut en 2024

Auteure : **Khaoula Ait aissa**
Promotrice : **Claire Dupuy**
Lecteur : **Anthony Ricotta**
Année académique 2023-2024
SPHM2M1 - Master (60) en sciences politiques, orientation générale (HD)

Déclaration de déontologie (plagiat)¹

« 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 étudiants*² en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave. »

Fait le 6 août 2024

Par Khaoula Ait aissa

A handwritten signature in black ink, reading 'Ait aissa.' with a stylized flourish.

¹ Cette déclaration déontologique, directement tirée du « PSAD Louvain-La-Neuve », reflète de manière fidèle et pertinente le contenu de mon travail de fin d'études. Voici le lien : <https://uclouvain.be/fr/facultes/espo/psad/6-plagiat.html> (consulté le 5 août 2024)

² Voici le lien vers le « *Code d'éthique et de déontologie applicable aux utilisateurs et utilisatrices du système d'information de l'UCLouvain* » : <https://uclouvain.be/fr/decouvrir/code-d-ethique-et-de-deontologie-applicable-aux-utilisateurs-du-systeme-d-information-de-l-uclouvain.html> (consulté le 5 août 2024)

L'avant-propos

Au terme d'un parcours académique riche en découvertes et en défis, ce mémoire représente non seulement l'aboutissement de mes études, mais aussi le fruit d'un travail passionné et engagé dans un domaine qui me tient profondément à cœur : l'accès aux soins de santé pour les migrants allophones³. Ce projet est né de ma volonté d'explorer et de comprendre les défis auxquels les migrants sont confrontés lorsqu'ils cherchent à accéder aux soins de santé dans un environnement souvent complexe et bureaucratique. Au fil de mes recherches, j'ai eu le privilège d'interviewer des individus venant de divers horizons, chacun apportant une perspective unique et précieuse à cette étude.

Premièrement, je voudrais exprimer ma profonde gratitude envers ma promotrice, Madame Claire Dupuy, pour ses conseils judicieux, ses commentaires pertinents et son soutien tout au long de l'élaboration de ce mémoire. Son désir d'approfondir ma réflexion et ses encouragements ont grandement enrichi la rédaction de mon travail de recherche. Je tiens également à remercier Monsieur Ricotta Anthony pour avoir consacré du temps à la relecture de ce mémoire. Deuxièmement, je souhaite exprimer ma reconnaissance sincère envers ma maman pour son soutien sans faille, ses encouragements constants et sa patience infinie tout au long de cette période. Son amour a été une source précieuse de réconfort et de détermination. Ses encouragements envers mon projet m'ont toujours motivé et j'espère être à la hauteur de la fierté qu'elle éprouve à mon égard. Je remercie également mon grand-père pour son soutien moral tout au long de l'élaboration de ce mémoire.

En outre, je tiens à exprimer ma reconnaissance particulière envers le service social et le service de médiation interculturelle, ainsi qu'envers toutes les médiatrices qui ont pris le temps de me fournir les informations nécessaires. Sans leurs témoignages, ce projet de recherche n'aurait pas pu se concrétiser. Enfin, je remercie chaleureusement toutes les personnes qui ont accepté de partager leurs histoires et leurs expériences lors des entretiens. Leurs récits sincères ont non seulement enrichi ce mémoire, mais ont aussi mis en lumière les défis souvent méconnus auxquels les migrants sont confrontés dans le système de santé.

³ Ce sont des migrants dont la langue maternelle n'est pas celle du pays d'accueil.

Table des matières

Liste des abréviations	6
CHAPITRE I : INTRODUCTION	7
1. Graphique numéro 1 : Migration à destination de l'UE, tant régulière qu'irrégulière.....	7
2. Graphique numéro 2 : Franchissements irréguliers des frontières de l'UE par nationalité en 2023 (janvier-août).....	8
3. Graphique numéro 3 : Arrivées irrégulières annuelles (2015-2024).....	9
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE.....	12
1. Revue de la littérature et analyse des articles scientifiques.....	12
1.1. Introduction.....	12
1.2. Identification des explications dans la littérature	13
1.3. Analyse critique des explications.....	18
2. Notion de fardeaux administratifs	21
2.1. Définition	21
2.2. Définition des coûts.....	21
2.3. Composantes des fardeaux administratifs et coûts associés ¹⁴	22
3. Formulation d'hypothèses	24
CHAPITRE III : MÉTHODE	25
1. Positionnalité	25
2. Détails Méthodologiques	25
CHAPITRE IV : LES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES CONCERNANT L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DES PERSONNES SANS SEJOUR LEGAL.....	28
CHAPITRE V : MÉDIATION INTERCULTURELLE FACE AUX BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET CULTURELS	30
1. La médiation interculturelle en Belgique ¹⁷¹⁸	31
2. Traduction par visioconférence.....	32
2.1. Permanence par visioconférence ²⁰	33
3. Le cas du Hainaut.....	33
3.1. Entretiens avec les professionnels de la santé.....	34
3.2. Analyse des coûts associés au service de médiation interculturelle	39
3.3. Analyse des hypothèses à la lumière des résultats des entretiens avec le service social et médiation interculturelle	41
3.4. Conclusion	42
4. Les expériences des migrants allophones	43
4.1. Entretiens avec les migrants allophones ²⁴	44
4.2. Schéma numéro I - Accès aux soins pour les migrants allophones.....	46
4.3. Analyse des résultats des entretiens avec les migrants allophones	47
4.4. Conclusion	48
CHAPITRE VI : ANALYSE COMPARATIVE ENTRE LES ENTRETIENS AVEC LES MIGGRANTS ALLOPHONES ET LES PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ	49

1. Convergences	49
2. Divergences	50
3. Conclusion	50
CHAPITRE VII : CONCLUSION FINALE	51
1. Conclusion générale.....	51
2. Limites et perspectives	52
3. Réflexion personnelle	53
CHAPITRE VIII: STRATÉGIE D'AMÉLIORATION	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE ²⁶	56
1. Articles.....	56
2. Livre	57
3. Mémoire.....	57
4. Rapports	57
5. Sites internet	58
ANNEXES	61
RÉSUMÉ.....	62
MOTS-CLÉ	62

Liste des abréviations

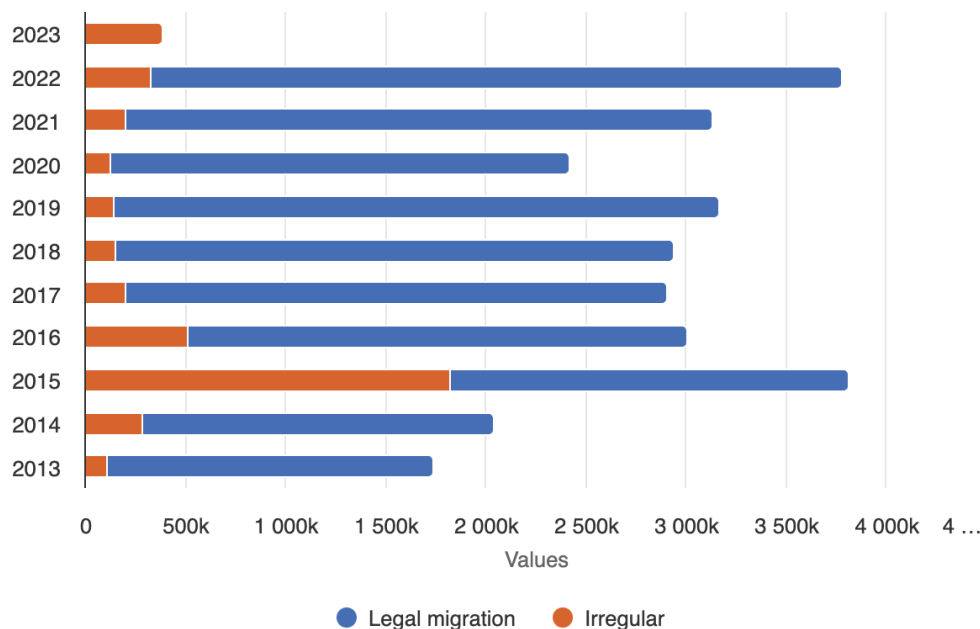
- **CEAM** : Carte européenne d'assurance maladie
- **CNRTL** : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
- **CPAS** : Centre Public d'Action Sociale
- **INAMI** : Institut National d'Assurance Maladie invalidité
- **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- **ONG** : Organisation non gouvernementale
- **RIZIV** : Rijks Instituut voor Ziekte en Invaliditeits Verzekering
- **SPF** : Service Public Fédéral
- **SPSCAE** : Santé publique Sécurité de la chaîne alimentaire Environnementale
- **UE** : Union Européenne

CHAPITRE I : INTRODUCTION

L'Europe a toujours été une terre d'immigration⁴, attirant par sa relative prospérité économique et sa stabilité politique. Après une baisse due à la pandémie en 2020, l'année 2022 marque la deuxième année consécutive de forte hausse des entrées régulières et irrégulières. Selon les données préliminaires du site de l'agence européenne de garde-frontières et garde-côtes, Frontex, environ 330 000 franchissements irréguliers et 3 454 684 personnes en situation légale, des frontières extérieures de l'UE ont été détectés. Ce chiffre représente une augmentation de 64 % par rapport à l'année 2021 et marque le niveau le plus élevé depuis 2015.

Selon le site Consilium Europa⁵, le nombre total d'arrivées irrégulières dans l'Union Européenne est passé de 1,04 million en 2015 à 0,28 million en 2023. Bien que souvent médiatisée, la migration irrégulière ne représente qu'une petite fraction de l'ensemble des flux migratoires vers l'UE.

1. Graphique numéro 1 : Migration à destination de l'UE, tant régulière qu'irrégulière

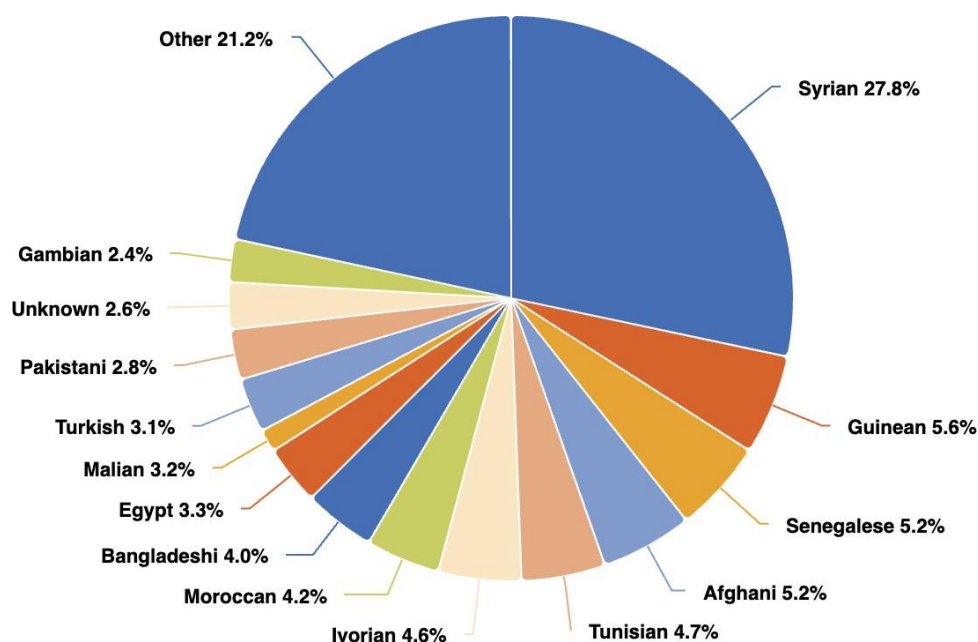


© Commission Européenne

⁴ Cette constatation est basée sur les statistiques et les informations disponibles sur le site de la Commission Européenne

⁵ Voir bibliographie page 60

2. Graphique numéro 2 : Franchissements irréguliers des frontières de l'UE par nationalité en 2023 (janvier-août)



6

© Commission Européenne

La Commission Européenne déclare que l'année 2015 a été marquée par une crise migratoire d'ampleur mondiale, avec des millions de personnes cherchant refuge en raison de conflits, de violences et de violations des droits humains. L'Europe, confrontée à un afflux massif de migrants, a enregistré plus d'un million d'arrivées par la mer. Ce mouvement migratoire sans précédent a été largement influencé par des événements tels que le durcissement du conflit syrien, provoquant des déplacements de population depuis l'Irak, l'Afghanistan et la Syrie elle-même.

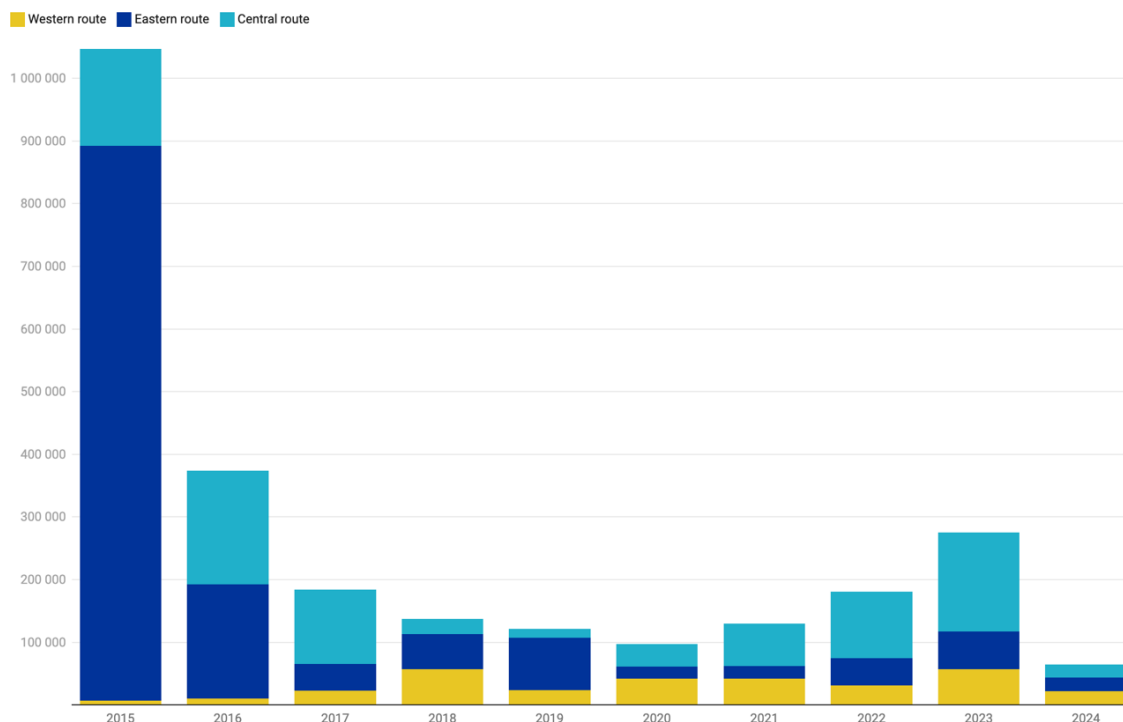
Selon le site Conseil de l'UE,⁷ un total de 53 270 arrivées irrégulières ont été enregistrées avant avril 2024. Leur répartition par route migratoire est la suivante :

- Route centrale : 16 068 arrivées
- Route orientale : 17 315 arrivées
- Routes occidentales : 19 887 arrivées

⁶ Voir bibliographie page 60

⁷ Voir bibliographie page 60

3. Graphique numéro 3 : Arrivées irrégulières annuelles (2015-2024)



8

©Frontex

La migration est un phénomène complexe et multidimensionnel. Selon le dictionnaire Larousse, elle est définie comme « *un déplacement volontaire d'individus ou de populations d'un pays à un autre ou d'une région à une autre, pour des raisons économiques, politiques ou culturelles* ».

Le SNRTL ⁹ précise qu'il s'agit d'un « *déplacement de personnes d'un lieu à un autre, notamment d'un pays (émigration) vers un autre (immigration), motivé par des raisons politiques, sociales, économiques ou personnelles, et pouvant concerner une population entière ou des individus intégrés dans un phénomène sociétal plus vaste* ».

Julie Lacaze¹⁰, dans un article publié par National Geographic, révèle que les migrations humaines ont commencé il y a environ 120 000 ans avec le départ de l'Homo sapiens d'Afrique, poursuivant leur route jusqu'à la colonisation des continents. Aujourd'hui, les migrations

⁸ Source: [Frontex and Spanish Ministry of Interior](#) (consulté le 25 mai 2024)

⁹ Voir abréviations 8

¹⁰ Julie Lacaze est une journaliste web

récentes sont souvent poussées par des conflits, des changements climatiques ou des aspirations économiques. Hannelore Goeman souligne que la migration est un processus perpétuel, résultant de guerres et d'inégalités économiques, et que, malgré ses politiques restrictives, l'Europe ne pourra pas stopper ce phénomène.

La littérature scientifique actuelle met en lumière que les migrants en Europe rencontrent divers obstacles pour accéder aux soins de santé, incluant des barrières linguistiques, culturelles, administratives et financières. Les études de Herd et Moynihan (2019) ainsi que de Cassandre Genonceau (2018) illustrent ces défis, souvent amplifiés par des politiques de santé restrictives et des exigences documentaires complexes. Toutefois, peu d'études ont examiné l'impact psychologique de ces obstacles.

En effet, dans un monde en perpétuelle transformation, la migration dépasse le simple changement de résidence pour devenir une quête de survie face à des conflits, à la violence ou à des conditions socio-économiques précaires. En Europe, les migrants, qu'ils soient réguliers ou irréguliers, se heurtent à des défis majeurs, notamment en matière d'accès aux soins de santé. La recherche actuelle se concentre souvent sur les chiffres, les arrivées, les retours et les statistiques globales, mais omet des aspects moins visibles, que vous découvrirez dans la suite de mon étude.

Ainsi, j'ai choisi d'adopter une approche critique vis-à-vis des lacunes de la théorie actuelle, en me concentrant particulièrement sur la période post-arrivée des migrants et en mettant l'accent sur différents coûts. Mon mémoire étudie donc l'expérience des migrants en Europe, avec une attention particulière pour la région du Hainaut en 2024. **Je cherche à comprendre comment les charges administratives et les politiques de santé influencent l'accès aux soins pour les migrants allophones, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière¹¹**, en mettant en lumière des aspects souvent négligés par les analyses quantitatives.

Pour répondre à cette question et évaluer les hypothèses concernant les obstacles entravant l'accès aux soins, mon étude repose sur une analyse systémique réalisée à travers six entretiens

¹¹ La question de recherche a été reformulée pour s'intégrer harmonieusement dans ce texte. La question précise est la suivante : « **Comment les fardeaux administratifs et les politiques de santé influencent-ils l'accès aux soins de santé pour les migrants allophones, qu'ils soient réguliers ou irréguliers, en Europe, et plus spécifiquement dans la région du Hainaut en 2024 ?** »

avec des professionnels de la santé dans des hôpitaux de la région du Hainaut, ainsi que quatre entretiens avec des migrants allophones résidant dans cette même région. Cette approche qualitative permet d'explorer en profondeur les expériences vécues et les défis rencontrés par ces individus.

J'ai choisi d'aborder ce sujet en raison de l'écart significatif entre les données quantitatives sur les flux migratoires et les défis réels rencontrés par les migrants, notamment en matière d'accès aux soins de santé. Tandis que la majorité des recherches se concentrent sur les aspects numériques et les politiques migratoires globales, mon étude se distingue par son approche focalisée sur les obstacles spécifiques auxquels les migrants allophones sont confrontés dans la région du Hainaut. Cette approche met en lumière des dimensions moins visibles, telles que les barrières linguistiques, financières et culturelles, ainsi que l'impact psychologique de ces obstacles, offrant ainsi une perspective originale qui s'éloigne des analyses classiques. En exposant ces obstacles, mon étude vise non seulement à enrichir la compréhension des besoins spécifiques des migrants, mais aussi à influencer les politiques de santé et les pratiques de médiation interculturelle.

Enfin, mon mémoire est structuré en plusieurs chapitres : une revue de la littérature et du cadre théorique, une présentation de la méthodologie, les dispositions réglementaires, le service de médiation interculturelle, une analyse des entretiens et une discussion sur les implications politiques et pratiques des résultats. Mon objectif, au-delà de mettre en évidence les lacunes théoriques existantes, est de formuler des recommandations visant à améliorer l'accès aux soins de santé pour tous les migrants, indépendamment de leur statut légal et de leurs ressources financières.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE

1. Revue de la littérature et analyse des articles scientifiques

1.1. Introduction

Dans cette partie, je commencerai par identifier les différentes explications présentes dans la littérature concernant l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière et régulière en Europe. Je procéderai à une exploration des travaux existants, en examinant les diverses perspectives théoriques et les explications proposées quant aux défis rencontrés par cette population vulnérable. Cette étape me permettra d'établir un panorama complet des facteurs influençant l'accès aux soins de santé pour les migrants en situation irrégulière et régulières.

Ensuite, je m'attacherai à discuter des forces, des faiblesses et des lacunes de ces explications. Cette analyse critique me permettra de mettre en lumière les limites des approches existantes et de déterminer les aspects nécessitant une exploration plus approfondie. Je mettrai en évidence les insuffisances théoriques et méthodologiques, ainsi que les questions non résolues dans la littérature, afin d'identifier les opportunités de recherche futures.

Par la suite, je me concentrerai sur la notion de fardeaux administratifs. Je définirai ce concept, en mettant en lumière ses différentes composantes telles que les exigences de documentation, les procédures d'identification, les barrières linguistiques et culturelles, ainsi que les obstacles financiers. J'expliquerai les implications de ces fardeaux sur l'accès aux soins de santé des migrants en situation régulière et irrégulière, en mettant en évidence les défis pratiques, psychologiques et émotionnels qu'ils engendrent.

Enfin, je formulerai trois hypothèses pour guider ma recherche. Ces hypothèses seront basées sur les lacunes identifiées dans la littérature et viseront à approfondir la compréhension des mécanismes d'accès aux soins de santé pour ces migrants. Elles constitueront le point de départ de mon étude empirique et orienteront mes analyses et mes conclusions ultérieures.

1.2. Identification des explications dans la littérature

Dans la littérature scientifique, l'accès aux soins de santé pour les migrants en Europe est examiné sous diverses perspectives, mettant en lumière les nombreux défis auxquels cette population est confrontée. Parmi les explications et théories existantes, les barrières linguistiques, culturelles, administratives et financières occupent une place prépondérante.

Plusieurs études ont exploré les multiples obstacles administratifs, culturels, linguistiques et financiers auxquels les migrants sont confrontés lors de leurs démarches pour obtenir des soins médicaux. Ces obstacles créent un fardeau supplémentaire pour les migrants allophones, les excluant souvent de l'accès aux soins de santé, même en cas de besoin médical urgent. Les procédures d'identification complexes peuvent impliquer des exigences strictes difficiles à satisfaire pour ceux qui n'ont pas de statut de résidence légal.

Martine Madoux et le Dr Hervé Lecllet examinent cette question cruciale dans leur fiche technique, en mettant en évidence l'importance de l'identitovigilance, un système de surveillance et de prévention des erreurs liées à l'identification des patients (Madoux & Lecllet). Cette approche vise à garantir une identification fiable tout au long de la prise en charge médicale, essentielle pour assurer la qualité des soins. Les politiques migratoires restrictives en Europe ont des conséquences directes sur l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière, exacerbant ainsi les inégalités en matière de santé (Hachimi Alaoui & Nacu, 2024).

Les risques associés à une mauvaise identification sont nombreux et variés, allant des doublons aux confusions entre noms et prénoms, en passant par les difficultés rencontrées avec certaines catégories de patients comme les étrangers ou ceux ne maîtrisant pas la langue locale. Pour assurer une identification précise, il est essentiel de respecter plusieurs règles, telles que la vérification des informations saisies, la pratique de faire dire au patient son identité plutôt que de poser des questions fermées, et l'élimination des doublons. Il est également crucial de souligner qu'il est interdit de demander une pièce d'identité au patient (Rossi & Conti 2019 ; Smith & Doe, 2017). Plusieurs réflexions émergent face à l'interdiction de demander une pièce d'identité au patient : comment les professionnels de la santé pourraient-ils établir l'identité des migrants en situation irrégulière dépourvus de documents officiels ? Quels protocoles alternatifs pourraient être mis en place pour surmonter cette difficulté tout en respectant les principes éthiques et juridiques ? Comment pourrait-on garantir un accès équitable aux soins de santé

pour cette population vulnérable sans compromettre la confidentialité et la sécurité des données ? Dans le cadre de la discussion sur l'accès aux soins de santé des migrants, Pierre Grelley, dans son article intitulé « *Contrepoint - L'accès aux soins des migrants* », les migrants sans ressources et en situation irrégulière ne bénéficient pas d'un accès gratuit aux soins de santé, à l'exception des soins d'urgence.

Ces politiques imposent des fardeaux administratifs significatifs, comme la nécessité de documents spécifiques ou d'une assurance maladie, décourageant souvent les migrants d'accéder aux soins médicaux essentiels en cas de besoin urgent. Cette situation entraîne des retards dans le diagnostic et le traitement des maladies, mettant en danger la santé individuelle et publique. Les fardeaux administratifs représentent l'un des principaux défis auxquels les migrants, particulièrement les plus précaires, doivent faire face pour accéder aux soins de santé en Europe, comme le soulignent Nicolas Chambon et Gwen Le Goff dans leur étude publiée dans la *Revue française des affaires sociales*. Souvent, ces individus doivent naviguer à travers des exigences administratives complexes, telles que la fourniture de preuves d'identité, de résidence et de ressources financières, nécessaires pour bénéficier de la couverture maladie universelle ou de l'aide médicale d'État. Ces procédures bureaucratiques peuvent constituer des obstacles majeurs, retardant ou même empêchant l'accès aux services de santé nécessaires, ce qui a des répercussions néfastes sur la santé des migrants précaires.

Parallèlement, les politiques de santé publique peuvent souvent ne pas être adaptées pour répondre aux besoins spécifiques des migrants, comme le soulignent les auteurs. Cette inadéquation peut mener à une marginalisation des problématiques de santé mentale et physique de cette population. De plus, les débats politiques entourant l'immigration et la santé peuvent détourner l'attention des questions cruciales relatives à l'accès aux soins pour les migrants. Les priorités sécuritaires ou économiques peuvent parfois primer sur les besoins de santé des populations migrantes, exacerbant ainsi les difficultés d'accès aux soins.

Les fardeaux administratifs, tels que ceux décrits par Pamela Herd et Donald Moynihan dans leur étude « *charge administrative : élaboration des politiques par d'autres moyens* » peuvent constituer des obstacles significatifs. Ces formalités bureaucratiques complexes et les régulations strictes peuvent entraîner des retards et des frustrations dans les interactions des migrants avec les systèmes de santé. Les exigences de documentation, les barrières linguistiques et les conditions de résidence légale sont autant de défis administratifs qui

compliquent l'accès aux soins de santé nécessaires pour cette population vulnérable (Herd & Moynihan, 2019).

En outre, les politiques de santé restrictives peuvent aggraver ces difficultés en imposant des critères d'éligibilité rigides qui excluent souvent les migrants de la couverture médicale, même en cas d'urgence. Cette situation compromet sérieusement leur bien-être général et leur capacité à recevoir les soins appropriés (Herd & Moynihan, 2019). L'impact de telles politiques sur l'accès aux soins de santé est particulièrement significatif pour les migrants en situation irrégulière, qui dépendent souvent de l'aide médicale urgente pour recevoir des traitements médicaux nécessaires. Bien que des dispositifs spécifiques puissent faciliter l'accès initial aux soins pour ces populations précaires, ces mesures ne garantissent pas toujours un suivi continu ni un traitement complet des problèmes de santé, ce qui peut créer des lacunes préjudiciables dans leur prise en charge médicale globale.

De plus, la peur de la dénonciation et de la stigmatisation pousse les migrants en situation irrégulière à éviter les établissements de santé, compromettant ainsi la prévention et la gestion des maladies existantes. Pour surmonter ces obstacles, il est crucial que les décideurs politiques et les professionnels de la santé collaborent afin d'adopter des politiques plus inclusives et de réduire les barrières administratives. Cela permettrait de garantir un accès équitable aux soins de santé pour tous, indépendamment du statut migratoire, tout en renforçant les systèmes de santé dans leur ensemble (Herd & Moynihan, 2019).

Pour accéder aux soins au-delà des services d'urgence, ils doivent souvent remplir des critères déterminés par les services sociaux. Cependant, même lorsque ces critères sont remplis, la possibilité d'obtenir des soins est souvent entravée par des obstacles pratiques, culturels ou administratifs. Dans de nombreux cas, ces obstacles nécessitent l'intervention d'associations caritatives pour faciliter l'accès aux soins nécessaires. De plus, la délivrance de médicaments est réglementée de manière variable et dépend souvent de la possession de documents difficiles à obtenir pour les personnes en situation de clandestinité. Les migrants, qu'ils soient réguliers ou irréguliers, rencontrent souvent des obstacles majeurs pour accéder aux soins de santé en Europe, en raison des politiques restrictives en matière d'immigration et des barrières administratives qui limitent leur accès aux services de santé (Houdaille et Sauvy, « *L'immigration clandestine dans le monde* »). Les politiques de santé jouent un rôle crucial dans la facilitation de cet accès en offrant des services adaptés à leurs besoins spécifiques,

indépendamment de leur statut migratoire. Cependant, les fardeaux administratifs associés à la régularisation de leur situation peuvent constituer un obstacle majeur, notamment lorsque les critères d'éligibilité sont stricts et excluent certains groupes de migrants.

De même, les exigences de documentation, telles que la nécessité de présenter des preuves de résidence, l'attestation d'assurance santé ou d'autres documents officiels, peuvent être particulièrement difficiles, voire impossibles à fournir, posant des défis considérables pour cette population vulnérable (Rossi & Conti, 2019 ; Smith & Doe, 2017). En conséquence, ces obstacles administratifs agissent comme des barrières majeures, limitant l'accès des migrants en situation irrégulière aux soins de santé nécessaires. Cette exclusion des services de santé peut avoir des conséquences graves pour la santé et le bien-être de cette population vulnérable, mettant en lumière l'urgence de mettre en place des politiques plus inclusives et accessibles en matière de santé pour les migrants en situation irrégulière.

L'article de Cassandre Genonceau (2018) dans *la Revue Européenne des Migrations Internationales* souligne les défis majeurs auxquels sont confrontés les migrants en Europe, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière, pour accéder aux soins de santé. Les obstacles principaux incluent les fardeaux administratifs tels que les procédures complexes et les exigences strictes en matière de documentation, ainsi que les politiques de santé restrictives qui établissent des critères d'éligibilité rigides, parfois pour des soins médicaux urgents, excluant ainsi certains migrants de la couverture médicale nécessaire. De plus, les barrières linguistiques et culturelles compliquent la compréhension des informations médicales et entravent la communication efficace avec les professionnels de santé, aggravant les disparités d'accès aux soins entre les migrants et la population locale.

Parallèlement, les barrières linguistiques entravent la communication avec les professionnels de la santé, entraînant des malentendus et des retards dans le diagnostic (Dupont & Leclair, 2015). Les migrants peuvent avoir des compétences linguistiques limitées voire inexistantes dans la langue du pays d'accueil, ce qui rend difficile la compréhension des informations médicales et des instructions données par les professionnels de la santé. De plus, la disponibilité limitée de services de traduction peut aggraver ces barrières linguistiques. En outre, la stigmatisation sociale, notamment en ce qui concerne la santé mentale, dissuade souvent les migrants de rechercher des services de santé mentale, accentuant ainsi les inégalités d'accès à ces services cruciaux (Hernandez & Rodriguez, 2020). Les migrants peuvent craindre d'être

jugés ou stigmatisés s'ils recherchent des soins de santé mentale, ce qui peut les empêcher de demander l'aide dont ils ont besoin. Cette stigmatisation peut être exacerbée par les politiques d'immigration strictes et les attitudes hostiles envers les migrants.

Enfin, les obstacles financiers, tels que les coûts élevés associés aux soins de santé et l'absence de couverture d'assurance santé, peuvent constituer un fardeau financier significatif, retardant ainsi la recherche de soins médicaux nécessaires (Andersson & Nygren-Krug, 2018). Les migrants en situation irrégulière ont souvent un accès limité aux services de santé financés par l'État et peuvent être contraints de payer des frais médicaux élevés pour les soins de santé de base. Ces coûts peuvent dissuader les migrants de rechercher des soins médicaux, même en cas de besoin médical urgent, compromettant ainsi leur santé et leur bien-être général.

Dans cet ensemble d'études, une théorie se distingue particulièrement dans l'explication des difficultés d'accès aux soins de santé pour les migrants : la théorie du fardeau administratif, introduite par Lipsky (1980). Michael Lipsky offre un cadre théorique approfondi pour comprendre les défis rencontrés par les migrants dans leur quête d'accès aux soins de santé en Europe. Cette théorie confirme que les individus perçoivent et vivent les dispositifs d'action publique comme des fardeaux, avec des implications psychologiques, émotionnelles et des conséquences significatives sur leurs pratiques quotidiennes. Dans le contexte des migrants clandestins, la théorie du fardeau administratif met en lumière comment ces individus naviguent à travers un labyrinthe de politiques, de procédures et de réglementations souvent complexes et oppressantes pour accéder aux services de santé.

Les agents de première ligne, tels que les professionnels de la santé et les travailleurs sociaux, jouent un rôle central dans la mise en œuvre de ces politiques et ont un contact direct avec les migrants. Pour ces migrants, les obstacles bureaucratiques ne se limitent pas seulement à des défis pratiques tels que la compréhension des procédures administratives ou la fourniture de documents requis, mais ils ont également des implications émotionnelles et psychologiques. La rencontre avec des procédures bureaucratiques complexes peut engendrer des sentiments d'impuissance, de frustration et de stress chez les migrants, exacerbant ainsi les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans leur vie quotidienne déjà précaire. De plus, la théorie du fardeau administratif souligne comment ces obstacles bureaucratiques ne sont pas simplement des contraintes objectives, mais sont souvent exacerbés par des attitudes discriminatoires, des politiques restrictives et des pratiques institutionnelles qui marginalisent encore davantage les

migrants. Ces individus peuvent ainsi être confrontés à des préjugés, à la stigmatisation et à des barrières sociales qui entravent leur accès aux soins de santé, renforçant ainsi leur exclusion et leur vulnérabilité.

En résumé, la théorie du fardeau administratif de Lipsky fournit un cadre conceptuel puissant pour analyser les défis d'accès aux soins de santé rencontrés par les migrants en situation régulière ou irrégulière en Europe. En mettant l'accent sur les aspects psychologiques, émotionnels et pratiques des obstacles bureaucratiques, cette théorie permet de mieux comprendre les expériences vécues par cette population marginalisée.

1.3. Analyse critique des explications

L'accès aux soins de santé pour les migrants en Europe est un sujet complexe, largement exploré dans la littérature mais toujours confronté à de nombreux défis. Les principaux obstacles identifiés sont linguistiques, culturels, administratifs et financiers, qui compliquent particulièrement l'accès aux soins pour les migrants ne parlant pas la langue locale, même en cas d'urgence.

Les obstacles administratifs sont particulièrement significatifs. Les procédures d'identification complexes et les exigences strictes en matière de documentation, surtout pour les migrants sans statut de résidence légal, compliquent l'accès aux soins et peuvent entraîner des erreurs d'identification. Les barrières culturelles et linguistiques rendent également difficile la communication avec les professionnels de santé, ce qui retarde le diagnostic et le traitement. Les compétences linguistiques limitées aggravent ces retards en entravant la compréhension des informations médicales. De plus, les obstacles financiers, tels que les coûts élevés des soins et l'absence de couverture d'assurance maladie, dissuadent les migrants de rechercher les soins nécessaires, compromettant ainsi leur santé globale.

Cependant, des lacunes persistent dans la littérature. Les études se concentrent souvent sur des aspects spécifiques sans offrir une vue d'ensemble intégrée. La littérature manque parfois d'un cadre explicatif global reliant systématiquement les obstacles identifiés. Bien que les analyses des défis soient détaillées, elles souffrent de lacunes méthodologiques, telles que l'absence de données empiriques spécifiques et une analyse approfondie des méthodes de recherche. Des études de cas détaillées ou des analyses comparatives entre différents pays européens auraient

enrichi l'analyse en fournissant des perspectives sur les politiques et pratiques les plus efficaces pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les migrants.

Les recherches restent souvent superficielles, en particulier dans les études de cas. La diversité des approches et des conclusions crée un manque de cohérence, compliquant la compréhension des interactions entre les obstacles. Par exemple, bien que les barrières linguistiques, culturelles, administratives et financières soient abordées, la manière dont elles interagissent ou se combinent n'est pas toujours précisée. Les recherches mentionnent les obstacles administratifs et les coûts élevés sans clarifier leur chevauchement ou leur renforcement mutuel dans les situations spécifiques aux migrants.

Un autre point d'incohérence concerne l'accès aux soins d'urgence. Bien que les migrants sans ressources aient théoriquement un accès gratuit aux soins d'urgence, la mise en pratique de cette exception et son interaction avec les autres obstacles administratifs et financiers ne sont pas clairement expliquées. Il reste flou si ces soins sont réellement accessibles en tout temps ou si des obstacles persistent.

Une contradiction notable réside dans les exigences de documentation. La littérature identifie ces exigences comme un obstacle majeur tout en soulignant que la demande de pièces d'identité est interdite. Cette incohérence soulève des questions : si la demande de pièces d'identité est interdite, comment les exigences documentaires peuvent-elles encore représenter un problème majeur ?

De plus, la revue présente des incohérences dans l'approche des fardeaux administratifs. Bien qu'elle mentionne la théorie de Lipsky et les travaux de Pamela Herd et Donald Moynihan, elle ne précise pas comment ces fardeaux sont perçus par divers acteurs, tels que les professionnels de santé et les migrants eux-mêmes. Cette incohérence rend difficile la compréhension des défis décrits et des solutions proposées pour les surmonter.

La théorie du fardeau administratif est introduite pour expliquer les difficultés d'accès aux soins, mais son application spécifique aux migrants et son interaction avec d'autres approches, telles que celles sur les barrières linguistiques ou financières, ne sont pas détaillées. Bien que les associations caritatives jouent un rôle important dans l'accès aux soins pour les migrants, la littérature ne précise pas comment ces organisations interviennent pour atténuer les obstacles ni quelles sont les limites de leur action.

Un des principaux inconvénients de cette revue de la littérature est qu'elle ne répond pas entièrement à ma question de recherche, malgré une analyse exhaustive des articles scientifiques disponibles. Cela souligne la nécessité de recherches sur le terrain pour mieux comprendre la situation et formuler des recommandations basées sur des preuves empiriques solides.

Une analyse plus approfondie des données aurait enrichi la revue existante et permis une meilleure compréhension des défis spécifiques rencontrés par les migrants. Une telle approche aurait facilité la formulation de solutions plus ciblées et efficaces. En particulier, l'intégration de statistiques actuelles et de recherches sur le terrain aurait apporté des éléments réels précieux, offrant une perspective plus précise et nuancée sur la situation. Une discussion détaillée sur les méthodes de recherche employées et les critères d'inclusion aurait renforcé la crédibilité de la revue, permettant aux lecteurs d'évaluer de façon crédible la qualité des études analysées.

Bien que les auteurs partagent des préoccupations similaires, leur analyse reste tout de même superficielle et se contente de généralités. Une approche plus approfondie, intégrant des perspectives alternatives ou des solutions proposées par d'autres chercheurs et praticiens, aurait enrichi le débat en offrant un éventail plus large d'options pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les migrants.

Enfin, dans mon propre travail de recherche, je m'efforce de combler ces lacunes en adoptant une approche systémique. Mon objectif est de mener une recherche-action ¹² intégrant des données de terrain pour obtenir des informations concrètes sur les défis spécifiques. Cette méthodologie me permettra en tant que jeune chercheuse d'analyser en profondeur les interactions entre les différents obstacles rencontrés et d'explorer des solutions innovantes et adaptées. En effet, pour améliorer l'accès aux soins, il est essentiel de mener des recherches plus diversifiées et approfondies, fournissant ainsi une base empirique solide pour formuler des recommandations adaptées aux besoins spécifiques des migrants.

¹² La recherche-action est une stratégie qui tente de trouver des solutions réalistes aux difficultés et aux problèmes des organisations. Elle s'apparente à la recherche appliquée. La recherche-action se réfère fondamentalement à l'apprentissage par la pratique. Tout d'abord, un problème est identifié, puis des mesures sont prises pour y remédier, l'efficacité des efforts est mesurée et si les résultats ne sont pas satisfaisants, les étapes sont répétées. Explication tirée du site QuestionPro : https://www.questionpro.com/blog/fr/recherche-action/#what_is_action_research ? (consulté le 15 avril 2024)

2. Notion de fardeaux administratifs

Cette partie étudie la notion de fardeaux administratifs en définissant ses différentes composantes et en examinant les coûts associés à ces obstacles. Une compréhension approfondie de ces fardeaux est cruciale pour élaborer des politiques et des interventions visant à améliorer l'accès aux soins de santé pour les migrants. Je commencerais par définir les fardeaux administratifs, puis j'examinerais leurs composantes et les coûts associés, avant de formuler des hypothèses basées sur ces éléments.

2.1. Définition

La notion de fardeaux administratifs est largement discutée dans la revue de la littérature¹³, notamment dans le cadre des politiques publiques. Pamela Herd et Donald Moynihan, dans leur ouvrage « *Fardeau administratif : élaboration des politiques par d'autres moyens* », décrivent ces fardeaux comme un ensemble complexe de règles et de procédures administratives qui rendent souvent l'accès aux politiques publiques coûteux pour les bénéficiaires (Herd & Moynihan, 2018). Cette notion dépasse la simple paperasse pour inclure divers types de coûts administratifs, tels que les exigences de documentation complexes, les procédures bureaucratiques et les coûts financiers liés à la conformité aux règlements. Ces coûts peuvent être donc financiers, administratifs, psychologiques ou liés à l'effort, affectant les migrants à différents niveaux.

2.2. Définition des coûts

- **Coûts financiers / de conformités** : Dépenses monétaires directes liées à la conformité aux exigences administratives (*exemple : frais de traduction, copies officielles*).
- **Coûts administratifs / d'apprentissages** : Temps et effort investis pour comprendre et remplir les formulaires, assister à des consultations, etc.
- **Coûts psychologiques** : Stress, anxiété et frustration liés aux exigences administratives et à la peur de conséquences négatives (*exemple : découverte et expulsion*).
- **Coûts liés à l'effort** : Efforts supplémentaires nécessaires pour s'adapter aux exigences administratives, souvent en raison de barrières linguistiques ou culturelles.

¹³ Voir page 14

2.3. Composantes des fardeaux administratifs et coûts associés¹⁴

Les migrants rencontrent plusieurs défis majeurs pour accéder aux soins de santé, parmi lesquels les exigences de documentation strictes, les procédures d'identification rigoureuses, les barrières linguistiques et culturelles, et les obstacles financiers. Chaque composante entraîne des coûts spécifiques qui impactent leur accès aux soins. Dans cette partie je vais présenter les composantes et les coûts associés, en les reliant aux concepts théoriques des fardeaux administratifs.

2.3.1. Exigences de documentation

Les exigences de documentation incluent les obligations administratives pour fournir des preuves de résidence ou de statut migratoire. Les coûts associés sont variés :

- **Coût d'apprentissage** : Les migrants investissent du temps pour comprendre les documents requis pour s'inscrire aux services de santé. Les consultations avec des professionnels spécialisés peuvent coûter une certaine somme d'argent (Bennett & Taylor, 2018).
- **Coût de conformité** : Obtenir des documents tels que des preuves de résidence ou des certificats de statut migratoire peut impliquer des frais pour des copies officielles ou des traductions (Dupont & Leclair, 2015).
- **Coût psychologique** : L'anxiété liée à la peur d'être découvert et renvoyé dans leur pays d'origine peut accroître le stress des migrants, surtout lorsqu'ils doivent fournir ces documents pour accéder aux soins médicaux (Grelley, 2024).

2.3.2. Procédures d'identification

Les procédures d'identification englobent les démarches administratives pour établir et vérifier l'identité. Les coûts associés comprennent :

- **Coût d'apprentissage** : Les migrants nécessitent des consultations avec des organismes d'aide ou des services de médiation qui sont parfois non gratuits. (Smith & Doe, 2017).

¹⁴ Toutes les informations mentionnées ci-dessous ont été comprises et reformulées à partir des articles lus et cités dans la revue de la littérature page 16

- **Coût de conformité** : Les démarches pour l'authentification ou l'obtention de certificats spécifiques peuvent entraîner certains frais, sans compter les frais de déplacement (Hachimi Alaoui & Nacu, 2024).
- **Coût psychologique** : Les longues attentes et les incertitudes liées aux procédures administratives peuvent générer du stress et de l'anxiété, affectant la santé mentale des migrants (Madoux & Leclet, 2024).

2.3.3. Barrières linguistiques et culturelles

Les barrières linguistiques et culturelles compliquent la communication avec les professionnels de la santé, impactant la qualité des soins reçus. Les coûts associés incluent :

- **Coût d'apprentissage** : Les migrants peuvent investir dans des cours de langue ou des formations pour comprendre les termes médicaux (Nguyen & Silva, 2020).
- **Coût de conformité** : Les services de traduction ou d'interprétation sont nécessaires et parfois très coûteux (Andersson & Nygren-Krug, 2018).
- **Coût psychologique** : Les difficultés de compréhension des conseils médicaux peuvent entraîner un sentiment d'isolement et de frustration, augmentant le stress et l'anxiété et affectant la disposition des migrants à rechercher des soins (Hernandez & Rodriguez, 2020).

2.3.4. Obstacles financiers

Les obstacles financiers comprennent les coûts élevés des soins médicaux et l'absence de couverture d'assurance adéquate. Les coûts associés sont :

- **Coût d'apprentissage** : Les migrants doivent souvent comprendre les coûts associés aux soins médicaux et les options de couverture de l'assurance ou la mutuelle (Rossi & Conti, 2019).
- **Coût de conformité** : Les frais médicaux directs peuvent être élevés, comme une consultation médicale non couverte (Evans & Brown, 2019).
- **Coût psychologique** : Le stress financier lié à l'incapacité de payer pour les soins médicaux peut accroître l'anxiété des migrants, affectant leur santé mentale (Herd & Moynihan, 2019).

3. Formulation d'hypothèses

Les obstacles administratifs jouent un rôle crucial dans l'accès aux soins de santé pour les migrants allophones en Europe. En tenant compte des coûts identifiés dans la littérature sur les fardeaux administratifs, les hypothèses suivantes sont formulées pour définir, structurer et guider ma recherche, facilitant ainsi l'analyse et l'interprétation des données recueillies.

- ***Hypothèse 1 : Les barrières linguistiques sont susceptibles d'augmenter les coûts cognitifs et temporels pour les migrants allophones dans leur accès aux soins de santé. Elles pourraient compliquer la communication et ralentir le processus d'accès aux soins.***
- ***Hypothèse 2 : Les barrières culturelles risquent d'engendrer des coûts psychologiques pour les migrants allophones. Elles pourraient influencer leurs attitudes et comportements envers les soins de santé, modifiant ainsi leur volonté de les chercher.***
- ***Hypothèse 3 : Les obstacles financiers liés au statut légal ont le potentiel d'augmenter les coûts pour les migrants sans séjour légal. Le manque de ressources et la peur de la détection pourraient limiter leur accès aux soins nécessaires.***

Pour vérifier ces hypothèses, une approche méthodologique diversifiée sera adoptée. Cela comprendra des entretiens avec des professionnels de santé et des migrants allophones. Cette démarche visera à identifier les défis spécifiques rencontrés par les migrants et à formuler des recommandations basées sur des données fiables pour améliorer l'équité et la qualité des soins de santé pour cette population marginalisée.

En analysant les données empiriques, je discuterai également des limites des concepts théoriques utilisés, notamment en ce qui concerne les coûts identifiés dans la littérature sur les fardeaux administratifs. Cette réflexion critique permettra de mieux comprendre les outils analytiques et d'affiner les recommandations pour surmonter les obstacles administratifs rencontrés par les migrants allophones.

CHAPITRE III : MÉTHODE

1. Positionnalité

Le choix de ce sujet de mémoire, centré sur l'accès aux soins de santé pour les migrants allophones dans la région du Hainaut, est motivé par plusieurs raisons personnelles et académiques. D'une part, je suis particulièrement attiré par les questions sociétales qui touchent les individus les plus vulnérables. En explorant les défis rencontrés par les migrants allophones, je souhaite contribuer à une meilleure compréhension de ces enjeux essentiels.

Mon ambition va au-delà de la simple rédaction académique. Je suis convaincue que même les efforts modestes peuvent entraîner des changements significatifs. J'espère que ce travail pourra sensibiliser et inspirer des actions concrètes pour une politique de santé plus inclusive et équitable. Malgré les contraintes de confidentialité qui pourraient entourer mon mémoire, je reste optimiste quant à sa capacité à favoriser des améliorations nécessaires.

Étant moi-même issu d'une famille d'immigrés, je ressens une responsabilité particulière envers ceux qui font face à des obstacles linguistiques, administratifs ou socio-économiques dans l'accès aux soins. Mon espoir est qu'un jour, chaque individu, quelle que soit son origine ou sa situation, sera traité avec la même dignité et bénéficiera des mêmes droits en matière de santé.

Ce mémoire représente pour moi une contribution modeste mais importante à cet idéal, visant à explorer les solutions possibles et à identifier les obstacles actuels pour construire une société plus juste et inclusive.

2. Détails Méthodologiques

Pour la rédaction de ce mémoire, j'ai délibérément employé un vocabulaire et des formulations académiques, recherché des synonymes pour de nombreux mots et reformulé plusieurs passages afin de répondre aux exigences et au niveau de rigueur attendu d'une étudiante en master. Pour répondre à ma question de recherche, j'ai adopté une méthodologie combinant une analyse

théorique et une collecte de données empiriques, visant à comprendre en profondeur les défis rencontrés par les migrants allophones dans l'accès aux soins de santé.

J'ai d'abord réalisé une revue exhaustive de la littérature existante, couvrant divers types de documents : articles scientifiques pour obtenir des perspectives académiques et des données quantitatives, rapports politiques pour comprendre les cadres réglementaires et les enjeux politiques, publications d'organisations internationales pour des données globales et des analyses comparatives, et statistiques fournies par des institutions de santé et des ONG pour des données concrètes. Cette revue théorique a servi de base pour formuler mes hypothèses et établir un cadre conceptuel solide.

Ensuite, j'ai mené plusieurs entretiens. D'abord, un entretien d'une heure avec le service de médiation interculturelle le 28 mai 2024, suivi le même jour par quatre entretiens individuels avec des médiatrices interculturelles, chacun durant entre 25 et 40 minutes. Par la suite, j'ai réalisé un entretien d'une heure avec le service social le 6 juin 2024. Ces entretiens ont été facilitée par la cheffe adjointe du service social, qui a obtenu les autorisations nécessaires du SPF Santé. Tous ces entretiens ont eu lieu en présentiel et ont été enregistrés pour une transcription ultérieure.

J'ai également rencontré quatre migrants, en situation régulière et irrégulière, pour recueillir leurs expériences personnelles. Les participants ont été contactés principalement via des réseaux sociaux et des médiateurs, et les entretiens ont été réalisés en face-à-face ou par des moyens numériques tels que WhatsApp, appel téléphonique et Gmail, chacun durant entre 12 minutes et 2 heures. Pour assurer une communication claire, j'ai veillé à ce que mes questions soient traduites dans leur langue maternelle. J'ai eu l'opportunité d'interviewer quatre adultes de nationalités, âges et cultures variés le 1, 5, 6 et 7 juillet 2024. Les entretiens ont commencé par des questions ouvertes sur leurs expériences hospitalières, suivies de questions plus détaillées. Les réponses ont été traduites du langage d'origine au français pour l'analyse. Cependant, je reconnais une limite importante à ma recherche : le nombre d'entretiens a été restreint à dix en raison du temps disponible et des contraintes d'accès.

Les données recueillies ont ensuite été analysées qualitativement. Les transcriptions des entretiens ont été examinées thématiquement pour identifier les principaux obstacles, points faibles, points forts et suggestions d'amélioration. Parallèlement, une analyse sous forme de tableau du service médiation a été réalisée pour mettre en lumière les coûts administratifs du

système. Cette double approche a permis de dégager des convergences et divergences entre les témoignages et les données théoriques.

Enfin, en combinant une analyse théorique approfondie avec une collecte de données empiriques qualitatives, mon étude offre une compréhension globale des défis auxquels font face les migrants allophones dans l'accès aux soins de santé. En réponse aux résultats obtenus, des recommandations spécifiques ont été élaborées pour relever ces défis. Cette démarche méthodologique, enrichie par les compétences acquises durant ce Master en sciences politiques ainsi que par ma formation en communication et journalisme effectuée lors de mes études de Bachelier, a permis de réaliser une analyse plus complète et nuancée des résultats.

CHAPITRE IV : LES DISPOSITIONS REGLEMENTAIRES CONCERNANT L'ACCES AUX SOINS DE SANTE DES PERSONNES SANS SEJOUR LEGAL

Selon les travaux de Sophie Bleus et Sophie Damien¹⁵, assistantes sociales chez Médecins du Monde, les personnes en séjour irrégulier ont théoriquement accès aux soins grâce à l'arrêté royal « *Aide Médicale Urgente* »¹⁶ de 1996. Cependant, de nombreux dysfonctionnements jalonnent la procédure, générant insécurité, inégalités et exclusion. Les obstacles incluent la peur de s'adresser à un service public, les délais d'obtention de l'AMU, les refus de droit, les procédures administratives complexes, et des variations dans la gestion de l'AMU selon les CPAS. Ces difficultés, accentuées par une méconnaissance des droits par les prestataires de soins, mènent à une exclusion et à des ruptures dans la prise en charge des plus précarisés.

En dépit de garanties nationales et internationales pour un accès équitable à la santé, des inégalités persistent entre nationaux et migrants, ainsi qu'entre les différents groupes de migrants. Pour ceux ne cotisant pas à la sécurité sociale, des systèmes subsidiaires existent, organisés selon la situation administrative, financière et le lieu de résidence. Cependant, ce système est perçu comme extrêmement complexe et lourd administrativement.

Selon le site Medimmigrant, la réglementation AMU telle que définie par l'Arrêté Royal du 12 décembre 1996 ne s'applique en principe qu'aux personnes sans séjour légal. Depuis l'arrêt du 30 juin 2014 de la Cour Constitutionnelle, cette aide est aussi garantie à certaines autres catégories d'étrangers qui sont exclus de l'aide sociale :

- Les citoyens de l'Union ayant la qualité de demandeurs d'emploi (et les membres de leur famille) ;
- Les citoyens de l'Union ayant la qualité d'étudiant ou de citoyen économiquement non-actif (et les membres de leur famille), chaque fois pendant les trois premiers mois suivant la délivrance de l'annexe 19 ou 19ter.

¹⁵ Voir Bibliographie page 60

¹⁶ *L'aide médicale urgente (AMU) est une forme d'aide sociale octroyée par les CPAS. Elle a pour objectif de garantir l'accès aux soins médicaux des personnes sans séjour légal. Voir bibliographie page 60.*

Les personnes en séjour irrégulier peuvent bénéficier d'un accès aux soins grâce à l'Aide Médicale Urgente spécifiée dans l'arrêté royal du 12 décembre 1996. Celle-ci est définie comme étant, contrairement à ce que son intitulé indique, une aide médicale couvrant tout acte préventif et curatif. Cette aide doit être appréciée comme l'aide nécessaire pour éviter toute situation médicale à risque pour une personne et son entourage et « *ne doit pas être confondue avec l'urgence au sens médical et hospitalier* ».

Les modalités pratiques et conditions d'accès sont soumises à certaines conditions :

- La personne doit séjourner de manière illégale en Belgique.
- Elle doit être indigente, et donc ne pas avoir les moyens financiers suffisants pour payer elle-même ses soins médicaux.
- Le médecin doit certifier que les soins relèvent de l'AMU pour que son intervention soit prise en charge par l'État.

Les CPAS ont pour mission de veiller à ce que l'AMU soit disponible et accessible aux personnes sans séjour légal dans leur commune. Chaque CPAS met en place sa propre procédure et examine les demandes individuelles en effectuant une enquête sociale. Selon le Livre Vert sur l'accès aux soins en Belgique, ces conditions sont vérifiées dans le cadre d'une enquête sociale menée par le service social du CPAS.

Cette enquête, qui concerne toute demande d'aide médicale, impose une charge administrative non remboursée par le fédéral. L'assistant social vérifie le séjour irrégulier du demandeur, les conditions d'arrivée et les démarches administratives en Belgique. Une attestation médicale est ensuite exigée pour prouver la nécessité des soins. Le CPAS vérifie la résidence effective par une visite à domicile et des documents justificatifs. En cas d'extrême urgence médicale, le CPAS compétent est celui du territoire de l'hôpital. Enfin, le CPAS évalue l'incapacité du demandeur à payer ses frais médicaux en fonction de ses ressources et charges, avec des méthodes d'enquête à sa discrétion. Si ces conditions sont remplies, la personne peut bénéficier d'une prise en charge de ses soins médicaux, dont les modalités sont définies par chaque CPAS. La loi stipule que le CPAS doit répondre dans un délai de 30 jours à compter de la demande. En cas de refus, la personne peut introduire un recours dans les 3 mois suivant la réception de la décision par recommandé.

CHAPITRE V : MÉDIATION INTERCULTURELLE FACE AUX BARRIÈRES LINGUISTIQUES ET CULTURELS

Dans ce chapitre, je vais me concentrer sur les obstacles linguistiques auxquels sont confrontés les migrants allophones, en approfondissant les hypothèses de mon étude qui sont les obstacles linguistiques, culturels et financiers avec un accent particulier sur le rôle des professionnels de santé dans la médiation interculturelle.

Après avoir défini le cadre réglementaire dans le chapitre précédent, je vais examiner l'organisation et le fonctionnement du service de médiation interculturelle dans la région du Hainaut. Je commencerai par une description détaillée du service disponible dans cette région, en mettant en lumière leur structure, les langues couvertes, ainsi que les modalités d'interprétation mises en place. Cette partie vise à fournir une vue d'ensemble claire du fonctionnement du service et des défis qu'il rencontre. Ensuite, j'analyserai les données empiriques issues des entretiens réalisés avec les professionnels de santé. Cette analyse se focalisera sur deux aspects principaux :

- Vision du rôle des professionnels de santé : J'examinerai comment ces professionnels perçoivent leur rôle dans la médiation interculturelle et si leurs perceptions sont alignées avec les attentes et exigences des services de santé.
- Impact des conceptions culturelles de la santé : Je m'intéresserai à la manière dont les visions culturelles de la santé chez les migrants influencent le travail des médiateurs interculturels et comment ces perceptions culturelles impactent la pratique de la médiation.

Chaque hypothèse sera évaluée en fonction des résultats obtenus, permettant de confirmer, nuancer ou remettre en question les hypothèses initiales sur les obstacles linguistiques, culturels et financiers. Cette approche méthodique visera à offrir une vue d'ensemble cohérente et détaillée des pratiques de médiation interculturelle et de leur impact sur les services de santé destinés aux migrants allophones.

En conclusion, ce chapitre visera à illustrer comment les pratiques de médiation interculturelle influencent la qualité des services de santé pour les populations migrantes, en se basant sur les

données empiriques pour confirmer ou ajuster les hypothèses posées. L'analyse des résultats mettra en lumière les points clés et proposera des recommandations pour améliorer les pratiques de médiation interculturelle dans les services de santé.

1. La médiation interculturelle en Belgique¹⁷¹⁸

Selon le site Belgique en bonne santé, la médiation interculturelle est un ensemble d'activités visant à minimiser les effets de la barrière linguistique, des différences socioculturelles et des tensions entre les groupes ethniques au sein des soins de santé. L'objectif est d'offrir un accès égal et des soins de qualité à tous les patients, quelle que soit leur origine migratoire. Les médiateurs interculturels interprètent, clarifient les malentendus, offrent des explications sur les différences culturelles et aident les prestataires de soins et les patients au cours du processus de soins. Dans des cas exceptionnels, tels que le racisme ou la discrimination, ils agissent en tant que défenseurs des patients.

Actuellement, 113 médiateurs interculturels sont actifs. La médiation interculturelle sur place a lieu dans 40 hôpitaux généraux et huit hôpitaux psychiatriques, ainsi que dans un réseau de 28 maisons médicales. Dans la province du Hainaut il existe, 14 médiateur.trices confondus.

En Belgique, dans les hôpitaux de la région wallonne et Bruxelles-Capitale, une grande diversité de langues est présente : albanais, anglais, arabe classique, arabe maghrébin, berbère, biélorusse, bosniaque/serbe/croate, bulgare, dari, espagnol, farsi, italien, kurde, langue des signes, macédonien, ourdou, pachto, polonais, roumain, russe, somalien, turc et ukrainien.

Dans les hôpitaux de la région du Hainaut, les langues suivantes sont représentées : anglais, arabe classique, arabe maghrébin, bosniaque/serbe/croate (récemment engagée dans le Hainaut), langue des signes, roumain, russe et turc. Chaque hôpital peut disposer de plusieurs médiateurs linguistiques, bien que toutes les langues mentionnées ne soient pas nécessairement disponibles dans chaque établissement. Cependant, si un migrant allophone se présente dans un hôpital de la région et que sa langue n'est pas disponible dans le Hainaut, les médiateurs collaborent avec d'autres hôpitaux où se

¹⁷ Voir bibliographie page 61

¹⁸ Toutes ces informations ont été recueillies auprès de professionnels de la santé et reformulées pour assurer précision et clarté.

trouvent des médiateurs maîtrisant la langue maternelle du patient. Cette collaboration est facilitée par le programme « RIZIV », qui regroupe tous les hôpitaux et professionnels de santé inscrits. Les consultations se déroulent alors par visioconférence : le patient et le médecin sont sur place, tandis que le médiateur assure la traduction à distance, derrière un écran.

La médiation interculturelle offre divers moyens de traduction pour faciliter la communication entre les prestataires de soins et les patients de différentes origines linguistiques. Sur place, les traductions peuvent être effectuées en direct, permettant une interaction immédiate et directe. En cas de besoin, la traduction par vidéoconférence est une option, où un médiateur interculturel peut se connecter à distance pour assurer une traduction en temps réel. Le téléphone est également utilisé comme moyen de traduction instantanée, offrant une solution pratique pour les consultations à distance ou en cas d'urgence.

De plus, pour une communication écrite ou des échanges de documents, la traduction par email est disponible, assurant une clarté et une précision dans les informations transmises entre les parties impliquées. Ces différentes méthodes permettent aux services de médiation interculturelle de répondre efficacement aux besoins linguistiques variés des patients, garantissant ainsi un accès équitable et une compréhension mutuelle au sein des soins de santé.

2. Traduction par visioconférence

Selon le site « *Belgique en bonne santé* », une nouvelle offre de médiation interculturelle par vidéoconférence a été lancée en 2016. Cette initiative utilise une application dédiée appelée « Riziv - Intercult », ¹⁹permettant aux professionnels de la santé de réserver un médiateur pour des interventions en vidéo.

Bien que la visioconférence ne soit pas nouvelle, ce système représente une avancée significative. Auparavant, les professionnels de santé utilisaient exclusivement « Cisco Jabber » pour les visioconférences. Ce système, mis en place par l'hôpital en collaboration avec une société externe, présentait des lacunes en termes de confidentialité et de fonctionnalités.

¹⁹ Voici le lien permettant aux professionnels de la santé de se connecter : <https://intercultbe.appspot.com/index.html> (Consulté le 7 juillet 2024)

Une professionnelle de la santé souligne que le nouveau système, Riziv - Intercult, offre des avantages notables : « *Par exemple, le système actuel permet de discuter, de passer des appels et d'organiser des visioconférences avec un simple compte Gmail, alors qu'avec l'ancien système, il fallait créer et partager un nouveau lien pour chaque consultation* ». Ce nouveau dispositif améliore donc considérablement la confidentialité et la simplicité d'utilisation par rapport à l'ancien système de visioconférence.

2.1. Permanence par visioconférence ²⁰

Dans la région du Hainaut, les médiatrices et médiateurs assurent des permanences au moins une fois par semaine, que ce soit le matin, l'après-midi ou toute la journée. Cependant, dans la région de Bruxelles-Capitale, certaines médiatrices et certains médiateurs se consacrent exclusivement aux permanences.

Les langues couvertes par ces permanences incluent : albanais, anglais, arabe, berbère, bosniaque/serbe/croate, macédonien, bulgare, espagnol, turc, russe, dari, farsi, roumain, somalien, pachto, polonais, ukrainien et ourdou. En revanche, certaines langues ne bénéficient pas de permanences, telles que le biélorusse, l'italien, le kurde et la langue des signes.

Selon le site de la Santé publique Sécurité de la Chaîne alimentaire Environnement, il peut arriver qu'aucun médiateur ne soit disponible sur place ou à distance (via vidéoconférence). Dans ce cas, il est conseillé de faire appel à un service d'interprétation sociale en réservant un interprète directement auprès de ces services. De nombreux services d'interprétation sociale sont disponibles en Wallonie via le site Sétis (payant) et à Bruxelles via le site Onthaal (payant).

3. Le cas du Hainaut

Dans la rédaction de cette partie, je m'engage fermement à respecter l'anonymat des institutions impliquées, en stricte conformité avec les directives du SPF Santé. Les informations confidentielles proviennent de diverses sources telles que le personnel hospitalier, les médiatrices interculturelles, les travailleurs sociaux, ainsi que des migrants, tous anonymisés quant à leur identité et nationalité. Cette approche est cruciale pour préserver l'intégrité des données tout en assurant une représentation fidèle des entretiens et des pratiques observées.

²⁰ Voir annexe XII

Cette section mettra en lumière non seulement les défis spécifiques rencontrés par les migrants, notamment les obstacles linguistiques, culturels et financiers, mais aussi les missions et les témoignages des médiatrices ainsi que les difficultés des services sociaux et administratifs dans leur gestion.

3.1. Entretiens avec les professionnels de la santé

3.1.1. Service médiation interculturelles²¹

La médiation interculturelle joue un rôle crucial dans la communication entre soignants et patients d'origines diverses. Une médiatrice récemment arrivée souligne : « *La médiation interculturelle consiste à faciliter la communication entre les soignants et les patients qui ne maîtrisent pas la langue locale* ». Cependant, elle va bien au-delà de la simple traduction. Il s'agit également d'expliquer les différences culturelles et fonctionnelles, permettant ainsi aux soignants d'adapter leurs discours et leurs soins en fonction des spécificités culturelles des patients. De manière réciproque, elle aide les patients à comprendre le système de soins local ainsi que les protocoles médicaux en vigueur.

L'intégration dans le service de médiation interculturelle varie selon les parcours individuels, la formation et les compétences requises pour ce rôle incluent la maîtrise des langues et des termes médicaux, ainsi que des qualités comme la neutralité, la capacité d'écoute, et la compréhension des cultures. Il est également crucial d'avoir confiance en soi et de savoir s'adapter à toutes les situations sans stress. Une médiatrice note : « *On doit traduire tout ce que le patient dit et tout ce que le médecin dit au patient aussi, pour être assez transparent* ».

Les obstacles et difficultés dans ce métier sont nombreux. La communication peut être particulièrement difficile avec des patients venant de cultures très différentes ou ayant des langues maternelles rares, « *Les traductions les plus difficiles, c'est vraiment l'information administrative, déclare une médiatrice* ». Les médiatrices doivent souvent naviguer entre les coutumes des patients et les protocoles locaux, ce qui peut entraîner des tensions et des incompréhensions entre le patient et le médecin.

²¹ Voir annexe numéro III

Les collaborations avec d'autres professionnels de la santé sont essentielles. Outre les médecins et infirmiers, elles travaillent avec des psychologues, des services administratifs, et des organisations externes. En ce qui concerne l'impact de leur travail, les médiatrices reçoivent souvent des retours positifs tant des soignants que des patients, « *Les patients disent toujours merci, parce qu'ils peuvent déjà fixer des rendez-vous jusqu'à l'année prochaine* ». Cette reconnaissance souligne l'importance de leur rôle dans le système de santé, en aidant à surmonter les barrières linguistiques et culturelles pour offrir des soins de qualité aux migrants non-francophones.

En résumé, le service de médiation interculturelle est essentiel pour assurer une communication efficace et une compréhension mutuelle entre soignants et patients de différentes cultures. Les médiatrices jouent un rôle clé dans ce processus, en apportant leur expertise linguistique et culturelle, ainsi qu'une formation continue et un soutien professionnel pour faire face aux défis de ce métier.

3.1.2. Entretiens avec les médiatrices ²²

Les entretiens des quatre médiatrices interculturelles révèlent la complexité et les défis variés de leur rôle, qui s'étend bien au-delà de la simple traduction linguistique.

La première médiatrice, souligne la diversité de ses tâches, allant des réparations techniques aux interventions administratives et linguistiques. Elle décrit son quotidien en ces termes : « *C'est parfois compliqué. Par exemple, je dois souvent intervenir lorsque des programmes informatiques dysfonctionnent.* » Elle évoque également les défis culturels rencontrés, expliquant : « *Il arrive que la proximité culturelle complique les choses. Certains patients attendent plus de moi que je ne peux offrir en tant que médiatrice.* » Elle rapporte aussi des incidents de discrimination observés, notamment des attitudes discriminatoires de certains médecins envers les migrants sans papiers : « *J'ai été témoin de médecins refusant de prendre en charge des patients en situation irrégulière, en leur conseillant simplement d'apprendre la langue.* »

La deuxième médiatrice, joue également un rôle important dans la communication entre les patients migrants et le personnel médical. Elle décrit ses journées variées qui incluent des tâches

²² Voir annexes numéros : IV, V, VI, VII. Chaque annexe reprend un entretien spécifique.

administratives et la gestion des rendez-vous : *« Outre la traduction, je dois m'assurer que les patients comprennent les procédures médicales. Parfois, je dois aussi faire face à des réactions discriminatoires envers les patients étrangers. »* Elle souligne l'importance de sa présence pour rassurer les patients : *« Ma simple présence peut apaiser les craintes des patients. »* Elle mentionne avoir refusé de traduire en cas d'insultes, soulignant la nécessité d'une meilleure sensibilisation aux services de médiation : *« Il m'est arrivé de refuser de traduire lors d'incidents où des patients ou des médecins étaient irrespectueux ».*

La troisième médiatrice aborde la gestion des cas émotionnellement chargés et l'adaptation des traductions au niveau de compréhension des patients : *« Je dois parfois expliquer les diagnostics et les traitements de manière accessible pour des patients avec peu de scolarité. »* Elle partage des exemples poignants de soutien humanitaire, comme fournir des vêtements propres à une patiente en phase terminale : *« J'ai acheté des vêtements pour une patiente sous chimiothérapie. »* Elle aide également les patients à poser les bonnes questions et informe les médecins des préférences médicales des patients : *« Je veille à ce que les médecins comprennent les choix médicaux des patients, notamment ceux liés à des pratiques médicales traditionnelles. »*

Enfin, la quatrième médiatrice décrit une routine flexible et variée, soulignant les défis linguistiques et les interactions parfois tendues avec les patients ou les médecins : *« Les barrières linguistiques peuvent être très complexes, surtout lorsqu'il s'agit de patients dont la langue maternelle est très différente. »* Elle insiste sur l'importance du soutien entre collègues pour gérer le stress et maintenir un bon esprit d'équipe. Elle aborde également la nécessité d'une communication ouverte sur les différences culturelles avec les médecins : *« Je pense qu'il est essentiel d'être transparente avec les médecins et de discuter des besoins spécifiques des patients. »*

En effet, les médiatrices hospitalières jouent un rôle critique et multifacette qui inclut la traduction, la médiation culturelle, la gestion des attentes des patients, la facilitation de la communication, ainsi que la protection contre les discriminations. Elles doivent naviguer à travers divers défis tels que les barrières linguistiques, culturelles et émotionnelles. L'empathie et le soutien entre collègues sont essentiels pour fournir des soins adaptés et respectueux des différences culturelles. Des améliorations telles qu'une sensibilisation accrue aux services de médiation et une disponibilité étendue des médiateurs sont nécessaires pour mieux répondre aux besoins diversifiés des patients

Dans leur témoignage, les médiatrices identifient clairement plusieurs obstacles et difficultés que rencontrent les migrants lors de leurs interactions avec le système de santé. En premier lieu, la barrière linguistique se révèle comme l'un des défis les plus immédiats et persistants. Selon elles, de nombreux migrants ne maîtrisent pas suffisamment la langue locale, ce qui complique sérieusement la communication avec les professionnels de santé et peut entraîner des malentendus graves, affectant ainsi la qualité des soins dispensés.

De plus, les médiatrices soulignent la présence de préjugés et d'attitudes négatives de la part du personnel médical envers certains migrants. Cette situation peut conduire à une moindre patience ou compréhension à l'égard des besoins spécifiques des migrants, exacerbant ainsi leur sentiment de marginalisation dans un contexte déjà difficile.

Un autre défi majeur réside dans les différences culturelles et les croyances religieuses des patients. Par exemple, elles évoquent des cas où des patients refusent certains traitements pour des motifs religieux, nécessitant ainsi une médiation pour expliquer ces choix aux professionnels de santé et rechercher des solutions alternatives acceptables pour toutes les parties impliquées.

En résumé, les témoignages des médiatrices mettent en lumière les défis significatifs auxquels les migrants font face pour accéder aux soins de santé. Ces défis incluent les barrières linguistiques, les attitudes potentiellement négatives du personnel médical, ainsi que l'impact des différences culturelles et religieuses sur les décisions médicales. Pour surmonter efficacement ces obstacles, il est essentiel de développer une sensibilité culturelle et d'adapter les pratiques médicales afin de garantir des soins équitables et accessibles à tous.

3.1.3. [Service social²³ - Entretien avec les cheffes du service social et médiation interculturelle](#)

Dans le l'entretien avec le service social, plusieurs obstacles et difficultés rencontrés par les migrants sont évoqués. Tout d'abord, les démarches administratives posent un véritable défi pour ceux qui viennent de l'étranger. Selon leur statut, qu'ils soient titulaires d'un visa touristique ou en situation irrégulière, les procédures varient considérablement. Les détenteurs de visa touristique doivent souvent assumer eux-mêmes le coût de leurs soins médicaux, faute d'accès au système de santé publique, à moins de posséder une assurance voyage adéquate.

²³ Voir annexe II

Cette réalité met en lumière une barrière financière significative pour ceux qui ne peuvent pas se permettre ces dépenses.

Pour ceux en situation irrégulière mais munis d'une forme d'identification, comme un document d'identité, un passeport, l'accès aux soins passe par un processus complexe impliquant le service social de l'hôpital. Avant toute consultation, une enquête sociale est menée pour évaluer leur admissibilité à des soins financés par les pouvoirs publics. Cette procédure vise à les orienter vers les Centres d'Action Publique de Santé (CPAS), où ils peuvent demander une carte santé.

Cependant, les difficultés se multiplient lorsque les migrants ne peuvent pas prouver leur identité de manière adéquate. Dans ces cas, même en cas d'urgence médicale, l'hôpital peut être contraint de leur facturer les soins, « *sans identification, il est impossible de reporter les frais à l'État, donc les soins doivent être payés par le patient*, déclare la cheffe du service social », l'État étant souvent incapable d'assumer ces coûts. De plus, l'absence d'une adresse fixe, fréquemment observée, complique encore l'accès aux soins de santé. Bien que des efforts soient déployés pour obtenir des preuves de résidence via des attestations de services sociaux locaux, cela demeure un obstacle majeur.

La barrière linguistique et la compréhension des démarches administratives constituent également des obstacles majeurs. « *Les services comme l'Accueil et Promotion des Immigrés aident beaucoup en accompagnant les migrants dans leurs démarches*, souligne la cheffe du service sociale ».

Une autre difficulté notable réside dans les variations des politiques entre les différents Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) régionaux. Par exemple, dans le Hainaut, les critères d'admission sont stricts, ce qui peut entraîner des refus de prise en charge des soins nécessaires. En comparaison, d'autres régions comme Bruxelles peuvent parfois se montrer plus flexibles, facilitant ainsi l'accès aux soins pour les migrants « *On a souvent des refus de prise en charge du CPAS, ce qui complique énormément les choses pour les migrants*, ajoute la cheffe du service social ». Dans certains cas, l'hôpital doit engager des démarches judiciaires contre les refus de prise en charge par le CPAS. De plus, le délai administratif de 30 jours du CPAS pour répondre aux demandes pose un problème pour les soins urgents. « *C'est souvent trop long pour les besoins de santé immédiats des patients*, déplore-t-elle ».

Malgré ces difficultés, certaines facilités et soutiens existent. « *Nous ne refusons jamais un patient en situation d'urgence, peu importe son statut, assure-t-elle* », le service social intervient souvent pour aider les migrants qui ne peuvent pas payer leurs soins, gérant les demandes auprès du CPAS et fournissant une estimation des coûts pour les hospitalisations coûteuses.

« *Nous faisons de notre mieux pour trouver des solutions rapides pour les patients* ». L'hôpital collabore avec diverses associations et ONG pour aider les migrants, « *Les ONG sont un soutien précieux, mais nous manquons souvent de temps pour une prise en charge exhaustive* ».

La confidentialité des données des patients sans statut migratoire est strictement protégée « *Nous veillons à ce que les informations des patients soient partagées uniquement avec les services autorisés, déclare la cheffe du service social* ».

En conclusion, les entretiens soulignent que malgré les nombreux défis administratifs et politiques, des efforts substantiels sont déployés pour soutenir les migrants allophones dans l'accès aux soins de santé dans la région du Hainaut. La rigidité des politiques et les délais administratifs demeurent des obstacles majeurs, mais l'engagement des services sociaux hospitaliers, des associations et des médiateurs interculturels contribue à atténuer ces difficultés.

3.2. Analyse des coûts associés au service de médiation interculturelle

Dans cette section, j'ai choisi de présenter les informations sous forme de tableau, car cela facilite la lecture et offre une présentation visuellement plus attrayante. Ce tableau permettra de montrer de manière claire et structurée les différents types de coûts : d'apprentissage, de conformité, psychologiques et financiers et leur impact sur la qualité du service ainsi que sur l'efficacité de la médiation interculturelle. Cette approche aide à identifier les aspects critiques affectant la performance du service, à mettre en lumière les points d'amélioration nécessaires, et à proposer des solutions pour optimiser la gestion du service. L'analyse des coûts associés au service de médiation interculturelle a pour but d'évaluer les diverses dimensions financières et non financières qui influencent cette prestation essentielle pour les migrants allophones. En plus des coûts théoriques mentionnés précédemment, les entretiens avec les médiatrices, le service de médiation interculturelle et le service social ont révélé des coûts supplémentaires qui seront également présentés dans le tableau. Celui-ci ne se limitera pas aux augmentations des coûts observés, mais mettra également en lumière des réductions de coûts notables.

Tableau numéro I

COÛT D'APPRENTISSAGE	COÛT DE CONFORMITÉ	COÛT PSYCHOLOGIQUE	COÛT FINANCIER
Formation continue	Ressources limitées	Discriminations	Budget et personnel insuffisants
Les formations régulières permettent aux médiateurs de développer leurs compétences et d'offrir un meilleur service, réduisant ainsi les coûts d'apprentissage pour les patients.	Les limitations budgétaires et en personnel peuvent compliquer le respect des normes de qualité et des attentes des patients.	Les comportements discriminatoires affectent le bien-être des médiatrices et des patients, augmentant le coût psychologique du service.	Le manque de budget et de personnel limite la capacité à fournir des services adéquats et à couvrir tous les besoins, augmentant les coûts pour les patients et le service.
Réseau de contacts	Visibilité limitée	Barrières administratives	Coûts d'équipement
La collaboration avec d'autres hôpitaux améliore le service, réduisant ainsi le coût d'apprentissage et facilitant la conformité aux normes de qualité.	Le manque de notoriété limite l'accès au service, augmentant les coûts psychologiques pour les patients qui ne sont pas informés de l'existence du service.	Les délais administratifs et les refus de prise en charge augmentent le stress et le coût psychologique pour les patients migrants.	L'insuffisance des équipements informatiques (tablettes, etc.) augmente les coûts financiers et limite la prise en charge des consultations à distance. Cette insuffisance peut également provoquer du stress et des frustrations, augmentant le coût psychologique pour les patients et le personnel.
Flexibilité	Manque de personnel multilingue		Coût lié à l'insuffisance des professionnels de santé

La capacité à s'adapter à différents contextes culturels réduit le coût d'apprentissage et facilite la conformité aux besoins des patients.	Le manque de médiateurs parlant les langues nécessaires augmente les coûts de conformité et les défis culturels pour les patients.		Le manque de professionnels de santé entraîne des délais plus longs pour les consultations, augmentant les coûts financiers pour le service.
	Coût d'infrastructure		Coût d'embauche
	La nécessité de renforcer l'infrastructure pour les consultations à distance engendre un coût d'infrastructure élevé.		L'embauche de personnel supplémentaire permet de réduire les délais d'attente et améliore la qualité des soins, réduisant ainsi les coûts financiers à long terme.

3.3. Analyse des hypothèses à la lumière des résultats des entretiens avec le service social et médiation interculturelle

Les médiateurs interculturels jouent un rôle essentiel dans la communication entre les soignants et les patients d'origines diverses. Leurs témoignages révèlent que leur rôle va bien au-delà de la simple traduction linguistique. Ils facilitent la compréhension des différences culturelles, permettant aux professionnels de santé d'adapter leur discours et leurs pratiques aux spécificités culturelles des patients. Les entretiens montrent que cette perception est alignée avec les attentes des services de santé, qui reconnaissent l'importance de la médiation pour offrir des soins adaptés et efficaces. Cependant, les médiatrices soulignent aussi les défis auxquels elles sont confrontées, notamment les attentes irréalistes de certains patients, dues à leur proximité culturelle.

Les conceptions culturelles de la santé des migrants influencent considérablement le travail des médiateurs interculturels. Les médiatrices rapportent des cas où les croyances religieuses et culturelles des patients conduisent au refus de certains traitements, nécessitant une médiation pour trouver des solutions alternatives acceptables pour toutes les parties. Ce processus

implique souvent d'expliquer aux professionnels de santé les motivations derrière ces choix culturels, soulignant l'impact profond de ces perceptions sur la pratique médicale.

Les barrières linguistiques sont identifiées comme l'un des principaux défis pour les migrants allophones. Les médiatrices expliquent que le manque de maîtrise de la langue locale entraîne de graves malentendus et allonge le temps nécessaire pour naviguer dans le système de soins. Cela confirme l'hypothèse selon laquelle les barrières linguistiques engendrent des coûts cognitifs et temporels importants pour les migrants. Les témoignages des médiatrices mettent également en évidence les coûts psychologiques des barrières culturelles, tels que l'isolement et la frustration. Les attitudes discriminatoires de certains professionnels de santé aggravent ces sentiments, affectant la confiance des migrants envers le système de santé. Ces observations valident l'hypothèse que les barrières culturelles entraînent des coûts psychologiques pour les migrants.

Enfin, les entretiens avec les cheffes du service social révèlent les obstacles financiers importants auxquels sont confrontés les migrants, surtout ceux en situation irrégulière. Les démarches administratives complexes et la nécessité de prouver leur identité pour accéder aux soins subventionnés augmentent les coûts pour ces migrants. Cela confirme l'hypothèse que le manque de statut légal intensifie les barrières économiques.

3.4.Conclusion

Les entretiens avec les professionnels de la santé, les médiatrices interculturelles et les responsables du service social offrent une vue complète des défis et réalités du service de médiation interculturelle. Ces entretiens mettent en lumière la complexité du rôle des médiateurs, qui dépasse largement la simple traduction linguistique. En facilitant la compréhension entre soignants et patients issus de cultures diverses, les médiateurs jouent un rôle clé dans l'adaptation des soins et l'amélioration des interactions médicales.

Les obstacles identifiés, tels que les barrières linguistiques, culturels et les difficultés administratives, illustrent les défis quotidiens auxquels les médiateurs sont confrontés. Ces obstacles engendrent non seulement des coûts cognitifs et psychologiques pour les patients, mais augmentent également les coûts financiers pour les services de santé.

Les témoignages des médiatrices montrent aussi l'impact des attitudes discriminatoires et des problèmes d'intégration culturelle sur la qualité des soins.

Les entretiens avec les responsables du service social confirment que les migrants, en particulier ceux en situation irrégulière, rencontrent d'importants obstacles financiers qui compliquent leur accès aux soins. Les procédures administratives complexes et le manque de statut légal aggravent ces difficultés, soulignant la nécessité de solutions plus souples et adaptées. Malgré les efforts considérables pour soutenir les migrants et surmonter les barrières culturelles et linguistiques, il est crucial de renforcer les dispositifs de médiation interculturelle.

En conclusion, la médiation interculturelle est indispensable pour surmonter les barrières linguistiques, culturelles et financières dans le système de santé du Hainaut. Une reconnaissance et un soutien accrus de ce service sont essentiels pour améliorer l'accès aux soins pour les migrants allophones, assurant ainsi des soins adaptés et équitables. L'analyse des coûts associés à ce service met en évidence les défis et les opportunités d'amélioration, soulignant l'importance d'investir dans la médiation interculturelle pour garantir des soins de santé accessibles à tous, indépendamment de leur origine ou de leur langue.

Enfin, la prochaine section explorera les perspectives des migrants eux-mêmes, en se concentrant sur leurs expériences directes avec l'hôpital et le service de médiation interculturelle, offrant ainsi un aperçu précieux de leur vécu et de leurs besoins spécifiques.

4. Les expériences des migrants allophones

Avant d'explorer les questions relatives à l'accès aux soins de santé, j'ai d'abord recueilli les histoires individuelles des personnes interrogées pour obtenir une compréhension approfondie de leurs expériences. J'ai rencontré divers migrants, tant en situation régulière qu'irrégulière, chacun apportant son vécu unique. Il était essentiel de comprendre leur contexte personnel pour adapter mes questions et mieux appréhender leurs besoins spécifiques.

Pour garantir une communication claire et respectueuse de leur identité culturelle, j'ai pris soin de faire traduire mes questions dans la langue maternelle des participants. Les entretiens ont été menés avec quatre adultes de nationalités, d'âges et de cultures variés. Les transcriptions de ces entretiens, traduites de leur langue maternelle au français, ont été réalisées avec une attention

particulière. Personnellement, j'ai traduit moi-même certains entretiens dans des dialectes que je maîtrise, tandis que pour le reste, j'ai fait appel à une personne de confiance, parfaitement bilingue et connaissant plusieurs langues, qui a traduit l'intégralité des entretiens restants.

4.1. Entretiens avec les migrants allophones ²⁴

Un des migrants interviewés a décrit en détail son expérience au sein du système hospitalier de la région du Hainaut. Dès son arrivée à l'hôpital, il a immédiatement ressenti la barrière linguistique comme un obstacle majeur. « *Je ne comprenais pas les formulaires qu'ils me demandaient de remplir* », a-t-il expliqué. Cette difficulté initiale a été exacerbée par l'absence de documents traduits dans sa langue maternelle, compliquant la prise de rendez-vous. Il a souligné que, souvent, les interprètes n'étaient pas disponibles, ce qui l'a contraint à se débrouiller avec quelques mots de français pour se faire comprendre. En plus des barrières linguistiques, il a mentionné les retards fréquents des rendez-vous comme un autre obstacle significatif. « *Il y a eu des moments où j'attendais des heures* », a-t-il ajouté. « *Ce manque de communication efficace a souvent conduit à des situations de stress et de confusion* ». Il a également évoqué des difficultés avec les procédures administratives, décrivant comment la complexité des documents et des processus avait ralenti son accès aux soins. « *J'ai dû fournir les mêmes papiers plusieurs fois. Cela n'a pas de sens* », a-t-il conclu.

De plus, plusieurs migrants ont souligné une préoccupation commune concernant la durée des rendez-vous médicaux. Comme l'a mentionné l'un d'eux : « *La durée des rendez-vous est souvent très courte. Parfois, les médiateurs sont contraints de mettre fin aux consultations prématurément car ils doivent respecter un timing imposé. Cela rend la communication difficile et ne permet pas de traiter tous les aspects de notre situation.* » Cette observation met en lumière un problème significatif : les contraintes de temps imposées aux médiateurs peuvent impacter négativement la qualité de la prise en charge. Les migrants ressentent cette pression comme un obstacle supplémentaire à une consultation complète et satisfaisante.

Un autre participant a ajouté : « *Si nous avions plus de professionnels disponibles, cela pourrait réduire la pression liée aux horaires serrés. Des rendez-vous plus longs permettraient de discuter en détail des problèmes de santé, d'assurer une meilleure compréhension des besoins, et de réduire le nombre de consultations trop courtes.* » Il est clair que la possibilité d'avoir

²⁴ Voir annexes numéros : VIII, IX, X, XI. Chaque annexe reprend un entretien spécifique.

davantage de médiateurs et de professionnels de santé permettrait non seulement de prolonger la durée des rendez-vous, mais aussi d'améliorer la qualité des consultations. En augmentant le nombre de professionnels disponibles, il serait possible d'offrir des créneaux plus adaptés, garantissant ainsi une prise en charge plus complète et une meilleure réactivité aux besoins des migrants.

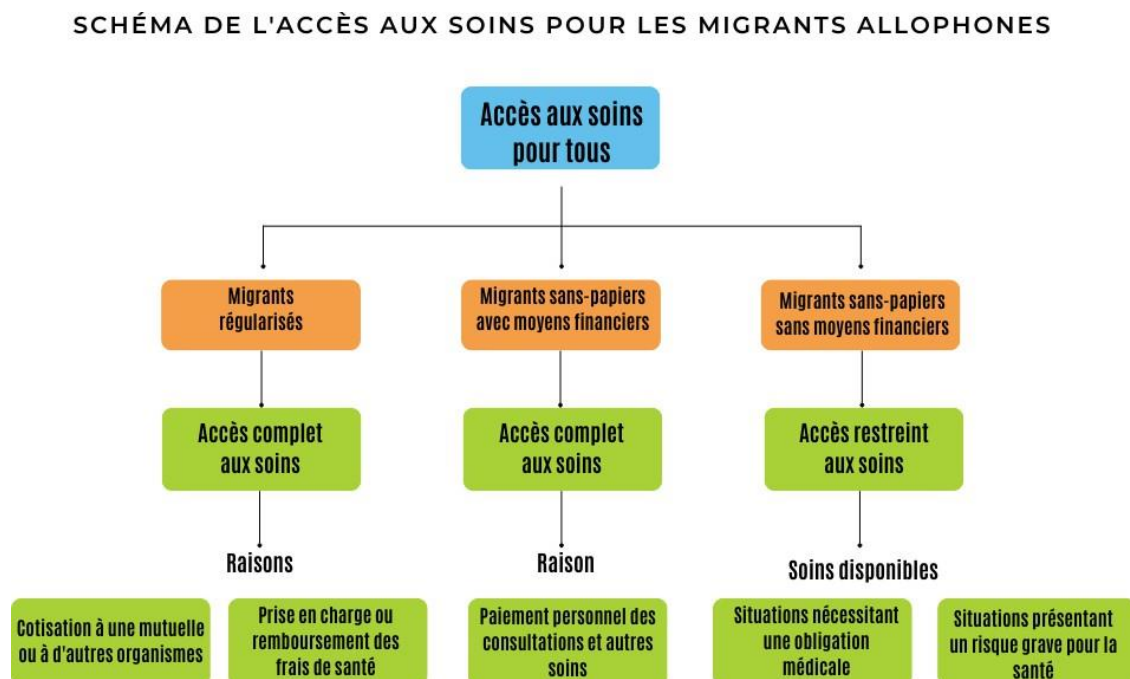
Une autre migrante a décrit ses diverses expériences avec les services de santé. Dans ses interactions, elle a rencontré des attitudes variées de la part du personnel. Elle a mentionné une situation frustrante avec une secrétaire lorsqu'elle a manqué un rendez-vous, malgré son arrivée en avance, illustrant les difficultés auxquelles elle a été confrontée en raison des barrières linguistiques et culturelles. Cependant, elle a également vécu des moments positifs où le personnel a fait preuve de compréhension et de soutien. « *Ils me donnent juste un sourire et un salut et me disent : "Cela n'a pas d'importance et ça résout tout"* ». Ce genre d'attitude a facilité son accès aux soins et a atténué le stress lié aux démarches administratives. En termes d'accès aux soins urgents, elle n'a pas rencontré de difficultés majeures. Néanmoins, les barrières linguistiques persistent, rendant l'expérience parfois déroutante et stressante. Elle souligne l'importance des traducteurs pour améliorer la communication entre les patients migrants et les professionnels de santé. « *Pourquoi ne pas désigner un endroit spécifique dans l'hôpital avec un traducteur dédié ? Une seule personne ne suffit pas, deux traducteurs au même endroit seraient plus efficaces. Pourquoi doivent-ils se déplacer partout ou être contactés par téléphone portable ou d'autres moyens ? Il serait préférable d'avoir des traducteurs sur place en permanence. Nous sommes des migrants, nous voulons apprendre et progresser* », a-t-elle déclaré.

Un autre migrant, qui vivait dans un pays voisin avec un titre temporaire avant de revenir dans son pays d'origine, a été conseillé de venir en Belgique, car il aurait de meilleures chances d'être servi. Il souligne les défis qu'il a rencontrés avec le service médical, mentionnant un problème avec la barrière linguistique. Il parle aussi de l'absence de conseils et de soutien : « *Je n'avais pas d'informations, ni aucun conseil, car je ne parlais pas la langue* ». Il continue en décrivant une expérience positive lors d'une urgence, où il a reçu de l'aide rapidement. Cependant, il revient sur les nombreuses difficultés rencontrées, notamment le manque de connaissance des gens et des administrations locales : « *Je ne connaissais pas les gens ici, je ne connaissais pas non plus les administrations et je ne savais pas comment me débrouiller* ». Enfin, il parle de la difficulté à obtenir un traitement adéquat à cause des barrières linguistiques : « *Ce fut une*

grande difficulté qu'ils m'acceptent », et exprime son souhait que les institutions soient mieux équipées pour aider les personnes qui ne connaissent pas la langue locale : « Je n'avais pas la langue, donc je ne savais pas ce qu'était ce papier, tout était écrit en français ».

Pour la dernière personne venue en Belgique avec un visa médical pour faire un don d'organe, la situation est devenue encore plus complexe une fois son visa expiré. Après avoir effectué le don et reçu les soins nécessaires, il a eu une période de repos pour permettre à la plaie de guérir. Cependant, à l'expiration de son visa, il lui a été demandé de quitter le territoire belge. Refusant de partir pour des raisons personnelles, il s'est retrouvé confronté à de nombreux obstacles financiers et administratifs lorsqu'il a tenté d'obtenir des soins psychologiques. « *Quand mon visa a expiré, tout est devenu très compliqué* », a-t-il expliqué. « *J'avais besoin de soutien psychologique après le don d'organe, mais sans documents en règle, c'était impossible* ».

4.2. Schéma numéro I - Accès aux soins pour les migrants allophones



²⁵ Ce schéma a été réalisé par moi-même en utilisant l'application Canva.

4.3. Analyse des résultats des entretiens avec les migrants allophones

Les entretiens réalisés avec des migrants allophones mettent en lumière une série de défis et de perceptions concernant l'accès aux soins de santé. Ces entretiens permettent d'évaluer les hypothèses formulées et d'analyser l'impact des barrières linguistiques et culturelles. Ils confirment que les obstacles linguistiques sont perçus comme une difficulté majeure par les migrants. Ceux-ci rencontrent des problèmes importants pour comprendre les documents administratifs, les instructions médicales et pour communiquer avec le personnel de santé. L'absence de traduction et le manque d'interprètes engendrent des coûts cognitifs élevés, augmentant le temps nécessaire pour obtenir des soins appropriés. Cette observation confirme l'hypothèse 1, qui démontre que les barrières linguistiques entraînent des coûts cognitifs et temporels importants pour les migrants allophones.

De plus, les migrants doivent souvent multiplier les interactions pour obtenir des informations claires, ce qui ralentit le processus de prise en charge et engendre des frustrations. Ils expriment également une insatisfaction face aux contraintes de temps lors des consultations médicales. La perception que les rendez-vous sont trop courts et que les professionnels de santé sont sous pression renforce l'hypothèse 1. Ces contraintes conduisent à une prise en charge fragmentée et insuffisante, exacerbant le stress et la confusion. Les participants suggèrent que la durée des consultations devrait être prolongée pour permettre une communication plus approfondie et une meilleure compréhension des besoins de santé.

Les témoignages révèlent aussi l'impact des différences culturelles sur l'accès aux soins. Les migrants rapportent des expériences variées avec le personnel médical, allant de la compréhension et du soutien à des attitudes frustrantes dues à des malentendus culturels. Ces observations valident partiellement l'hypothèse 2, qui avance que les barrières culturelles entraînent des coûts psychologiques, tels que l'isolement et la frustration. Les différences culturelles influencent la perception des soins appropriés et peuvent altérer la confiance des migrants dans le système de santé.

Les migrants sans-papiers font face à des obstacles financiers importants, limitant leur accès aux soins aux situations d'urgence. Cette situation soutient l'hypothèse 3, qui suggère que les obstacles financiers, exacerbés par le manque de statut légal, engendrent des coûts additionnels. Les migrants sans-papiers doivent souvent supporter des frais élevés pour les consultations et

les traitements, ce qui restreint leur accès aux soins et les pousse à se concentrer uniquement sur les urgences médicales.

4.4.Conclusion

En conclusion, les témoignages des migrants allophones mettent en lumière une série de défis significatifs auxquels ils font face pour accéder aux soins de santé. Ces obstacles incluent des barrières linguistiques, culturelles et financières, qui compliquent leur interaction avec le système de santé.

Tout d'abord, les difficultés linguistiques sont un obstacle majeur. Les migrants rencontrent des problèmes pour comprendre les documents médicaux et administratifs, ainsi que pour communiquer efficacement avec les professionnels de santé. Cette situation est exacerbée par la durée limitée des consultations, qui restreint la qualité des interactions et peut entraîner une prise en charge fragmentée. En parallèle, les différences culturelles ajoutent une couche supplémentaire de complexité. Les migrants rapportent des expériences variées, allant de l'empathie à des frustrations dues à des malentendus culturels. Ces obstacles culturels engendrent des coûts psychologiques importants, tels que l'isolement et la méfiance, affectant ainsi la confiance des migrants dans le système de santé.

Enfin, concernant les aspects financiers, la situation des migrants sans-papiers est particulièrement préoccupante. Tandis que les migrants régularisés ont accès à une couverture complète, les migrants sans-papiers sont souvent contraints de limiter leur accès aux soins aux seules urgences, en raison de leur statut précaire et de leurs contraintes financières. Ceux qui disposent de moyens financiers suffisants peuvent, en revanche, accéder aux soins en payant directement. Cependant, cette option est loin d'être accessible à tous.

CHAPITRE VI : ANALYSE COMPARATIVE ENTRE LES ENTRETIENS AVEC LES MIGGRANTS ALLOPHONES ET LES PROFESSIONNELLES DE LA SANTÉ

Cette analyse comparative se penche sur les opinions et expériences des migrants allophones et des professionnels de la santé en ce qui concerne l'accès aux soins. Elle met en évidence les convergences et divergences qui se manifestent dans leurs témoignages. Les entretiens réalisés auprès des migrants allophones révèlent des défis importants liés aux barrières linguistiques, culturelles et administratives. Simultanément, les perspectives des professionnels de la santé offrent un aperçu de l'impact de ces défis sur la médiation interculturelle et l'accès aux soins.

1. Convergences

- A. **Barrières linguistiques et administratives** : Les migrants allophones soulignent que les barrières linguistiques constituent un obstacle majeur à l'accès aux soins. Ils rapportent des difficultés à comprendre les documents administratifs et les procédures médicales, ce qui entraîne frustrations et retards. Les professionnels de la santé corroborent ces observations, indiquant que les difficultés de communication peuvent prolonger le temps nécessaire pour fournir des soins adéquats et compliquer les processus administratifs.
- B. **Difficultés liées à la disponibilité des médiateurs** : Les migrants expriment des préoccupations quant à l'insuffisance des services de traduction et à la difficulté d'obtenir des informations claires lors des consultations médicales. Les professionnels de la santé partagent ces inquiétudes, reconnaissant le manque de traducteurs disponibles sur place et les complications associées aux services de traduction externalisés.
- C. **Impact des contraintes de temps sur la qualité des soins** : Les migrants mentionnent la pression des contraintes de temps sur la qualité des consultations, avec des rendez-vous souvent trop courts pour aborder tous leurs problèmes de santé. Les professionnels de la santé confirment cette observation, soulignant que la gestion du temps et les contraintes logistiques peuvent restreindre la profondeur des consultations et influencer négativement la prise en charge.

2. Divergences

- a. **Perception des barrières culturelles :** Les migrants allophones ressentent souvent un isolement et une frustration dus aux différences culturelles, perçus comme des obstacles à une interaction efficace avec les professionnels de la santé. Ils rapportent des expériences variées, allant de bienveillantes à distantes. En revanche, les professionnels de la santé peuvent sous-estimer l'impact des barrières culturelles, se concentrant davantage sur les solutions techniques et administratives plutôt que sur une sensibilisation culturelle approfondie.
- b. **Réactions aux obstacles financiers et au statut légal :** Les migrants sans-papiers expriment des difficultés financières accrues et une peur de la détection, ce qui limite leur accès aux soins. Ces obstacles les contraignent à privilégier les soins urgents et à éviter les consultations régulières. Les professionnels de la santé, bien que conscients des défis financiers, peuvent ne pas toujours saisir pleinement l'ampleur de ces obstacles, souvent en raison de la séparation entre les aspects administratifs et médicaux de leur travail.
- c. **Approches de médiation interculturelle :** Les migrants valorisent la présence de médiateurs interculturels pour faciliter la communication et l'accès aux soins. Cependant, ils soulignent que ces médiateurs ne sont pas toujours disponibles ou suffisamment nombreux. Les professionnels de la santé reconnaissent l'importance des médiateurs, mais font état de contraintes organisationnelles et budgétaires qui limitent leur capacité à fournir un soutien adéquat.

3. Conclusion

L'analyse comparative des entretiens révèle un alignement limité entre les perceptions des migrants allophones et les observations des professionnels de la santé. Bien que les deux groupes reconnaissent l'impact des barrières linguistique et des contraintes de temps sur l'accès aux soins, leurs perceptions des obstacles culturels et financiers varient. Les divergences soulignent la nécessité de renforcer la sensibilisation culturelle parmi les professionnels de la santé et d'améliorer les services de traduction et de médiation interculturelle. Cette analyse met en lumière l'importance d'une approche combinée et empathique pour surmonter les défis rencontrés par les migrants dans le système de santé.

CHAPITRE VII : CONCLUSION FINALE

1. Conclusion générale

Mon travail répond de manière satisfaisante aux hypothèses que j'ai formulées concernant les obstacles rencontrés par les migrants allophones dans l'accès aux soins de santé. En examinant chaque hypothèse en relation avec les éléments de mon mémoire, j'ai pu réaliser une analyse approfondie et cohérente.

Tout d'abord, l'hypothèse selon laquelle les barrières linguistiques engendrent des coûts cognitifs et temporels importants est confirmée. Mon mémoire montre clairement que les difficultés de communication avec les professionnels de santé augmentent le temps nécessaire pour comprendre et naviguer dans les systèmes de soins. La complexité du langage médical crée des coûts cognitifs élevés, avec des malentendus fréquents qui prolongent les consultations et compliquent la prise de décision. Cette situation est accentuée par le besoin de médiation interculturelle, qui facilite la communication et atténue les effets des barrières linguistiques. Les résultats soulignent donc la nécessité d'un soutien linguistique adapté.

Ensuite, mon analyse valide également l'hypothèse concernant les barrières culturelles et les coûts psychologiques associés. Mon mémoire révèle que les différences culturelles engendrent des coûts psychologiques significatifs, tels que l'isolement et la frustration, réduisant ainsi la confiance des migrants dans le système de santé. Les témoignages montrent que ces barrières culturelles peuvent entraîner un sentiment de désespoir, rendant les migrants moins susceptibles à rechercher des soins médicaux. Cette dimension psychologique est cruciale pour comprendre les comportements des migrants face aux services de santé et met en évidence l'importance de la médiation interculturelle pour adapter les pratiques de soins aux croyances et aux attentes culturelles des patients.

Bien que l'hypothèse sur les obstacles financiers des migrants soit moins développée, elle n'est pas négligée. Mon mémoire aborde les défis financiers liés au statut illégal des migrants, notamment le manque de ressources financières et la peur de la détection, qui limitent l'accès aux soins.

Enfin, mon travail confirme les hypothèses tout en les nuanciant à travers une approche analytique basée sur des données empiriques. Il offre une vue d'ensemble cohérente des pratiques de médiation interculturelle et de leur impact sur l'accès aux soins de santé pour les migrants allophones. En me concentrant principalement sur les obstacles linguistiques, culturels et financiers, j'ai mis en lumière les défis spécifiques rencontrés par cette population. Cependant, une analyse plus détaillée des obstacles financiers pourrait enrichir la compréhension des contraintes financières et du statut de séjour du migrant sur son accès aux soins et compléterait donc l'exploration des trois hypothèses. De plus, une analyse comparative avec d'autres régions ou pays pourrait également enrichir la discussion et offrir de nouvelles perspectives sur les pratiques de médiation interculturelle.

Pour conclure, ce mémoire non seulement répond à ma question de recherche et aux hypothèses posées, mais ouvre aussi la voie à de nouvelles recherches sur les défis d'accès aux soins de santé pour les migrants allophones. Il propose également des recommandations concrètes pour garantir des soins équitables et de qualité pour tous, présentées dans le dernier chapitre.

2. Limites et perspectives

Lors de ma recherche pour ce travail de fin d'études, j'ai identifié plusieurs limites. Tout d'abord, lors de la revue de littérature, le nombre limité d'articles scientifiques traitant ce sujet a restreint ma réflexion. Il manque considérablement de sources avec des auteurs européens traitant cette thématique, et même dans un contexte mondial, ce qui constitue un inconvénient majeur.

De plus, la collecte de données a révélé une absence de données quantitatives spécifiques, comme des statistiques sur le nombre de migrants allophones cherchant à accéder aux services de santé. Cette lacune a limité ma capacité à fournir une analyse chiffrée des obstacles rencontrés. De même, le manque de perspectives alternatives ou de solutions proposées par d'autres chercheurs ou praticiens a potentiellement restreint la richesse du débat et des recommandations formulées pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les migrants allophones.

Enfin, ces ajustements auraient permis une meilleure compréhension des défis spécifiques rencontrés par cette population, facilitant ainsi la formulation de solutions plus ciblées et efficaces pour améliorer leur accès aux soins de santé.

3. Réflexion personnelle

Ce travail de recherche a représenté un véritable défi, exigeant un engagement total et une persévérance soutenue. Chaque étape a été surmontée grâce à une rigueur méthodologique et une passion inébranlable pour le sujet. J'ai profondément enrichi mes connaissances, non seulement sur les migrations et la médiation interculturelle, mais aussi sur la résilience et l'importance de la recherche académique. J'ai également beaucoup appris aux côtés de toutes les personnes que j'ai interviewées, et le processus d'entretien m'a rappelé mes années de Bachelier en communication, option journalisme. Cependant, les contraintes de temps et les exigences de sélection et de synthèse des données m'ont contraint à faire des choix difficiles. J'aurais souhaité développer un travail plus approfondi et significatif. Malgré ces obstacles, je suis fière de la finalité de mon travail et des efforts fournis. De plus, les directives strictes d'un mémoire de Master 60 en sciences politiques, en termes de mots, de caractères et de pagination, limitent la portée mais sont avantageuses pour certains. Peut-être dans le futur, si je reprends mes études, j'aurai l'opportunité d'approfondir davantage ce travail.

Enfin, je sors grandi de cette expérience. Initialement hésitante à reprendre des études universitaires, j'ai appris qu'avec une détermination sans faille, aucun obstacle n'est insurmontable. Je continue de réfléchir à cette expérience personnelle avec gratitude et reconnaissance pour les leçons apprises. Chaque défi surmonté a renforcé ma conviction que la recherche et l'étude approfondie sont essentielles pour comprendre les complexités de chaque domaine.

CHAPITRE VIII: STRATÉGIE D'AMÉLIORATION

Ce dernier chapitre propose des recommandations concrètes pour améliorer l'accès et la qualité des soins de santé pour les migrants allophones, qu'ils soient en situation régulière ou irrégulière, dans les hôpitaux de la région du Hainaut. Ces recommandations reposent sur les témoignages recueillis et les obstacles identifiés lors des entretiens avec les migrants et les professionnels (médiatrices, responsables de services).

Pour améliorer l'accès aux soins de santé pour les migrants, plusieurs ajustements administratifs et recommandations générales peuvent être envisagés. **Premièrement, il est essentiel de simplifier les procédures administratives en introduisant des formulaires simplifiés et disponibles en plusieurs langues.** Cela faciliterait la compréhension et l'accès aux services de santé, par exemple, en mettant en place des formulaires électroniques multilingues pour la prise de rendez-vous et la gestion des dossiers médicaux. **Il est également nécessaire de réduire les démarches bureaucratiques inutiles qui n'améliorent pas directement les soins aux migrants.** Simplifier les exigences documentaires pour les consultations médicales de routine permettrait de diminuer les délais et les obstacles liés à l'accès aux soins.

De plus, les migrants sans papiers peuvent hésiter à rechercher des soins de santé par peur d'être signalés aux autorités. **Il est donc important de permettre à ces migrants d'accéder aux soins de santé primaires sans preuve de statut légal. Il est aussi crucial de garantir une couverture de santé de base pour tous les migrants, quel que soit leur statut migratoire.** Par exemple, élargir l'accès à l'aide médicale urgente et aux services de prévention permettrait une prise en charge équitable. Il faut s'assurer que les frontières administratives ne deviennent pas des obstacles à l'accès aux soins, ce qui peut être réalisé par la sensibilisation et la formation du personnel hospitalier à la diversité culturelle et linguistique.

Pour mieux informer les migrants sur les services de santé disponibles et leurs droits, **il est important de mener des campagnes d'information multilingues accessibles via des plateformes numériques. La mise en place d'un service d'interprétation médicale sur place pour traduire les documents médicaux et administratifs est également essentielle.** En outre, **développer un service de médiation disponible la nuit et le week-end, encore inexistant en Belgique,** permettrait d'assurer une prise en charge rapide et efficace des migrants nécessitant des soins urgents.

Réaliser des statistiques pour identifier les langues les plus demandées afin de prioriser le recrutement d'interprètes parlant ces langues est également crucial pour répondre aux besoins linguistiques spécifiques des migrants et assurer une communication claire.

Il est aussi nécessaire d'augmenter les effectifs de professionnels de la santé pour réduire les délais d'attente pour les consultations. Cela permettrait une prise en charge plus rapide et efficace des patients, garantissant des rendez-vous suffisamment longs et rapprochés. Enfin, **le délai d'obtention de la carte de santé doit être réduit à moins de 30 jours**, afin que les migrants puissent accéder rapidement aux soins nécessaires sans attendre longtemps pour obtenir leur couverture santé.

Pour conclure, ces mesures visent à garantir que tous les migrants, indépendamment de leur statut, puissent bénéficier d'une couverture de santé de base et d'un accès équitable aux soins. Cela renforcerait la cohésion sociale, améliorerait le bien-être général, réduirait le stress et les erreurs potentielles, et faciliterait un traitement plus rapide des demandes, augmentant ainsi la satisfaction des patients. Les migrants bénéficieraient ainsi d'une meilleure prise en charge médicale adaptée à leurs besoins, tandis que les services de médiation hospitalière seraient améliorés, réduisant les erreurs de communication et augmentant l'efficacité des soins. De plus, les hôpitaux optimiseraient leurs ressources et amélioreraient leur réputation en tant qu'établissements accueillants et inclusifs.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUE ²⁶

1. Articles

- Alaoui, M. H., & Nacu, A. (2010). Soigner les étrangers en situation irrégulière. *Hommes & migrations*, 1284, 163-173.
- Andersson, K., & Nygren-Krug, H. (2018). Financial barriers to healthcare access for irregular migrants in Sweden: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 591.
- Azam, J.-P., & Berlinschi, R. (2009). L'aide contre l'immigration. *Revue d'économie du développement*, 17(4), 81-108. <https://www.cairn.info/revue-d-economie-du-developpement-2009-4-page-81.htm>
- Chamak, B. (2016). Accompagnement d'enfants et d'adolescents autistes : un SESSAD innovant en Moselle. *Revue française des affaires sociales*, 2016(2), 141-156. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2016-2-page-141.htm>
- Daigneault, P.-M., Defacqz, S., & Dupuy, C. (2024). Le fardeau administratif dans tous ses états : Saisir les interactions entre les individus et les institutions publiques. UCLouvain - ISPOLE.
- Dupont, A., & Leclair, P. (2015). Impact des barrières linguistiques sur l'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière. *Revue de Santé Publique*, 25(3), 312-325.
- Genonceau, C. (2018). La protection du migrant « non-éloignable » en raison de son état de santé dans la jurisprudence européenne. [*Revue européenne des migrations internationales*, 34(2-3), 319-333].
- Grelley, P. (2016). Contrepoint - L'accès aux soins des migrants. *Informations sociales*, 2016(3), 95. <https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2016-3-page-95.htm>
- Herd, P., & Moynihan, D. (2019). L'impact du fardeau administratif sur l'efficacité de la gouvernance publique n'est pas une fatalité, et les moyens d'y remédier. *Action publique. Recherche et pratiques*, 2019(5), 16-25. Éditions Institut de la gestion publique et du développement économique (IGPDE).
- Hernandez, P., & Rodriguez, M. (2020). Disparités de santé mentale chez les immigrants sans papiers : Le rôle de la stigmatisation sociale. *Psychiatrie sociale et épidémiologie psychiatrique*.

²⁶ Pour rédiger cette bibliographie, j'ai utilisé le site Scribbr, qui m'a fourni des outils précieux pour assurer la précision et la cohérence de certaines références.

- Houdaille, J., & Sauvy, A. (1974). L'immigration clandestine dans le monde. *Population*, 29(4/5), 725. <https://doi.org/10.2307/1530397>
- Influences et définitions de l'immigration illégale Le rôle des médias et de la recherche. (s. d.). Dans *Migrations Société*, 2007/3-4((N° 111-112)) , pages 91 à 109.
- Madoux, M., & De Santopta, H. (2018). Comment maîtriser l'identification des patients. Santopta. https://www.santopta.fr/wp-content/uploads/2018/03/Comment-ma%C3%A0Etriser-l_identification-des-patients-Santopta.pdf
- Parlement européen, Conseil de l'Union européenne. (2011). Directive 2011/24/UE du Parlement européen et du Conseil du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers. *Journal officiel de l'Union européenne*, L 88/45, 4 avril 2011.
- Rossi, E., & Conti, L. (2019). Cultural barriers to healthcare access for irregular migrants in Italy: a critical review. *Journal of International Migration and Integration*, 20(2), 471-488.
- Smith, J., & Doe, M. (2017). Accès aux soins de santé pour les migrants sans papiers : Comprendre le paysage juridique et éthique. *Journal de l'éthique médicale*.

2. Livre

- Institut national d'assurance maladie-invalidité. (2020). Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique. Hans Suijkerbuijk (Ed.). <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/livre-vert.pdf>

3. Mémoire

- Herroudi, L. (2022). Parcours post-migratoire : asile, traumatisme et résilience, différentes trajectoires. Comparaison de la santé mentale et des difficultés post-migratoires des migrants réguliers et des migrants irréguliers en Belgique (Master's thesis, Université de Liège). <https://hdl.handle.net/2268.2/15332>

4. Rapports

- Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (FRA). (2011). Solidarité: L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres.
- Lorant, V., Derluyn, I., Dauvrin, M., Coune, I., & Verrept, H. (2011). Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques.
- RIZIV - INAMI 2023 en Chiffres

- Verrept, H. (2023). Rapport de synthèse du réseau de preuves en santé 64 : Quels sont les rôles des médiateurs interculturels dans les soins de santé et quelles sont les preuves de leurs contributions et de leur efficacité dans l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins pour les réfugiés et les migrants dans la Région européenne de l'OMS?

5. Sites internet

- Asile et migration en Europe : faits et chiffres. (2017, 13 juillet). Thèmes | Parlement Européen. <https://www.europarl.europa.eu/topics/fr/article/20170629STO78630/asile-et-migration-en-europe-faits-et-chiffres>
- Barrières linguistiques et problèmes de communication dans les milieux de la santé: Some lessons from research. (2017). ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/315442558_Barrieres_linguistiques_et_problemes_de_communication_dans_les_milieux_de_la_sante_Some_lessons_from_research_Les_enseignements_de_la_recherche/fulltext/58d016bf458515b6ed8c4f4c/Barrieres-linguistiques-et-problemes-de-communication-dans-les-milieux-de-la-sante-Some-lessons-from-research-Les-enseignements-de-la-recherche.pdf
- Belgique en bonne santé. (2024, 31 janvier). Médiation interculturelle dans les soins de santé. <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/donnees-phares-dans-les-soins-de-sante/soins-en-sante-mentale/qualite-et-innovation/mediation-interculturelle>
- Canada.ca. (2001, novembre). Barrières linguistiques. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/accessibilite-soins-sante/barrieres-linguistiques.html>
- Canada.ca. (2016, 10 novembre). Exigences en matière d'élaboration et de gestion des règlements. <https://www.canada.ca/fr/gouvernement/systeme/lois/developpement-amelioration-reglementation-federale/exigences-matiere-elaboration-gestion-examen-reglements/base-reference-fardeau-administratif/denombrement-exigences-reglementaires.html>
- Canada.ca. (2022, 3 mars). Populations sans papiers. <https://www.canada.ca/fr/immigration-refugies-citoyennete/organisation/transparence/comites/cimm-03-mars-2022/populations-sans-papiers.html>
- Code d'éthique et de déontologie applicable aux utilisateurs et utilisatrices du système d'information de l'UCLouvain. (s. d.). UCLouvain.

<https://uclouvain.be/fr/decouvrir/code-d-ethique-et-de-deontologie-applicable-aux-utilisateurs-du-systeme-d-information-de-l-uclouvain.html>

- Comment maîtriser l'identification des patients. (2018). Santopta. https://www.santopta.fr/wp-content/uploads/2018/03/Comment-ma%C3%AAtreiser-l_identification-des-patients-Santopta.pdf
- Community Care Setting Definition | Law Insider. (s. d.). Law Insider. <https://www-lawinsider-com.translate.goog/dictionary/community-care-setting? x tr sl=en& x tr tl=fr& x tr hl=fr& x tr pto=rq#:~:text=Community%20Care%20Setting%20means%20any,Sample%201>
- Conseil de l'Union européenne. (s.d.). Flux migratoires : routes de l'Est, du Centre et de l'Ouest : Arrivées irrégulières annuelles (2015-2024). <https://www.consilium.europa.eu/fr/infographics/migration-flows-to-europe/>
- Consilium Europa. (s.d.). EU migration policy: Migration timeline. <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/eu-migration-policy/migration-timeline/>
- EU health policy. (s.d.). Consilium Europa. <https://www.consilium.europa.eu/fr/policies/eu-health-policy/>
- Herd, P., & Moynihan, D. P. (2018). Administrative burden. <https://doi.org/10.7758/9781610448789>
- International Labour Organization. (2004). Report VI: Migrant workers. <https://www.ilo.org/public/french/standards/relm/ilc/ilc92/pdf/rep-vi.pdf>
- La grande migration de l'homo sapiens. (s.d.). National Geographic France. <https://www.nationalgeographic.fr/sciences/la-grande-migration-de-lhomo-sapiens>
- La médiation interculturelle dans les soins de santé. (2022, 18 octobre). Health Belgium. <https://www.health.belgium.be/fr/news/la-mediation-interculturelle-dans-les-soins-de-sante>
- Larousse, É. (s. d.). migrations humaines - LAROUSSE. https://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/migrations_humaines/186949
- Laws-lois.justice.gc.ca: Fardeau administratif. (2024, 19 juin). [https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/r-4.5/TexteCompleet.html#:~:text=fardeau%20administratif,fardeau%20administratif%20S'entend%20de%20tout%20ce%20qu'il%20est,\(administrative%20burden\)](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/r-4.5/TexteCompleet.html#:~:text=fardeau%20administratif,fardeau%20administratif%20S'entend%20de%20tout%20ce%20qu'il%20est,(administrative%20burden))
- Les chiffres clés de l'immigration vers l'UE en 2022. (2023, 14 mars). Euronews. <https://fr.euronews.com/my-europe/2023/03/14/les-chiffres-cles-de-limmigration-vers-lue-en->

[2022#:~:text=L'immigration%20irr%C3%A9guli%C3%A8re&text=Ce%20chiffre%20marque%20une%20augmentation,de%20136%20%25%20et%20108%20%25](#)

- L'UE dans le monde: Asile et migrations dans l'Union européenne. (2024, 11 avril). <https://www.touteleurope.eu/l-ue-dans-le-monde/asile-et-migrations-dans-l-union-europeenne/#:~:text=Au%20regard%20de%20la%20population,de%208%20%25%20de%20la%20population>
- Médiation interculturelle dans les soins de santé. (2023, 6 décembre). SPF Santé Publique. <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/mediation-interculturelle-dans-les-soins-de>
- Médimmigrant. (2021, 20 août). L'aide médicale urgente. <https://medimmigrant.be/fr/infos/intervenants-pour-le-paiement-des-soins/cpas/l-aide-medicale-urgente?lang=fr#:~:text=Les%20conditions%20d'acc%C3%A8s%20%C3%A0,elle%20Dm%C3%A0me%20ses%20soins%20m%C3%A9dicaux>
- Mental health and forced displacement. (2021, 31 août) World Health Organization. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>
- Migratory map. (2024, juin) <https://www.frontex.europa.eu/what-we-do/monitoring-and-risk-analysis/migratory-map/>
- Myria. (2015, décembre). Citoyens du Monde: L'histoire de nos migrations [Dossier pédagogique]. https://www.myria.be/files/Citoyens_du_Monde-DOSSIER.pdf
- Navigating irregularity: The impact of national policies on the rights of undocumented migrants. (2021). PICUM. https://picum.org/wp-content/uploads/2021/03/Navigating-Irregularity_FR.pdf
- Plagiat. (s. d.). UCLouvain. <https://uclouvain.be/fr/facultes/espo/psad/6-plagiat.html>
- Point de contact français du Réseau européen des migrations. (2020). Réponses aux migrants en situation irrégulière de longue durée : pratiques et défis en France. Direction générale des étrangers en France du ministère de l'Intérieur. https://home-affairs.ec.europa.eu/system/files/2021-11/france_lt_irregular_migrants_fr.pdf
- Reportage 5 SPILF: Accès aux soins des personnes migrantes. (2022, septembre). Infectiologie.com. <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/grand-public/reportage-5-spilf-acces-aux-soins-des-personnes-migrantes.pdf>
- Statistiques sur la migration vers l'Europe. (2023, octobre). Commission Européenne. <https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting->

[our-european-way-life/statistics-migration-europe_fr#migration-%C3%A0-destination-et-en-provenance-de-lue](#)

- The Council adopts the EU's pact on migration and asylum. (2024, 14 mai). Consilium Europa. <https://www.consilium.europa.eu/fr/press/press-releases/2024/05/14/the-council-adopts-the-eu-s-pact-on-migration-and-asylum/>
- Toute l'Europe. (2024, 11 avril). Asile et migrations dans l'Union européenne. Touteleurope.eu. <https://www.touteleurope.eu/l-ue-dans-le-monde/asile-et-migrations-dans-l-union-europeenne/>
- Union européenne adopte le nouveau pacte sur la migration. (2024, 14 mai.). EMN Belgium. <https://emnbelgium.be/fr/nouvelles/le-conseil-de-lunion-europeenne-adopte-formellement-le-nouveau-pacte-sur-la-migration-et>
- Villegas, F. (2023, 5 septembre). La recherche-action : Qu'est-ce que c'est ; est, étapes et exemples. QuestionPro. https://www.questionpro.com/blog/fr/recherche-action/#what_is_action_research?

ANNEXES

Les annexes ont été déposées séparément et l'accès y est strictement interdit, car elles contiennent l'intégralité des retranscriptions confidentielles des entretiens.

RÉSUMÉ

Les fardeaux administratifs, un concept qui désigne l'ensemble des règles et procédures bureaucratiques compliquant l'accès aux services publics, sont particulièrement problématiques pour les migrants allophones. La littérature existante souligne que ces fardeaux peuvent se manifester sous plusieurs formes, telles que des exigences de documentation complexes, des procédures d'identification rigoureuses, et des barrières linguistiques et culturelles. Ces obstacles créent des coûts variés pour les migrants, allant des dépenses financières aux efforts psychologiques, tels que le stress et l'anxiété, liés à la navigation dans un système administratif souvent perçu comme oppressant. Un aspect crucial abordé dans ce mémoire est l'analyse du rôle des services de médiation interculturelle. Ces services visent à faciliter l'accès aux soins de santé en surmontant les barrières linguistiques et culturelles, contribuant ainsi à une meilleure intégration des migrants dans le système de santé.

Dans cette étude, je compte approfondir l'analyse des fardeaux administratifs en examinant comment ils affectent spécifiquement l'accès aux soins de santé pour les migrants allophones dans la région du Hainaut. Je m'intéresserai à la manière dont ces fardeaux se manifestent dans la vie quotidienne des migrants et à l'impact des services de médiation sur leur expérience. À travers des entretiens et des enquêtes, je chercherai à recueillir des témoignages qui mettront en lumière les défis rencontrés par cette population vulnérable. Mon objectif est de formuler des recommandations pratiques et basées sur des données empiriques pour améliorer l'accès et la qualité des soins de santé pour les migrants allophones.

MOTS-CLÉ

Fardeaux administratifs ; accès aux soins de santé ; migrants allophones ; politiques de santé ; médiation interculturelle.