

# Education **Santé**

Février 2006

**209**

Un mensuel au service  
des intervenants francophones en promotion de la santé



**UNI-SOL : l'accueil socio-sanitaire des familles primo-arrivantes**

Ne paraît pas en juillet • Bureau de dépôt : Bruxelles X - ISSN 0776-2623 • Numéro d'agrégation : P401139

Editeur responsable : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579 - boîte postale 40 - 1031 Bruxelles. Photo © Didier Lebrun / Photo News

# UNI-SOL, des universités solidaires

Le projet UNI-SOL est né de la volonté commune de quatre des plus importantes universités de la Communauté française de Belgique de s'associer avec le Fonds Houtman (ONE) pour explorer les caractéristiques des outils d'accueil de populations récemment immigrées dans les réseaux qui leur sont accessibles, censés leur octroyer des soins préventifs et un enseignement régulier pour eux et leurs enfants. L'intérêt représenté par ces populations, dans le cadre de cette recherche-action, était fondé sur leur importance numérique dans les pays de l'Union européenne, mais aussi sur la volonté de l'Etat belge de procéder à une régularisation d'un certain nombre de familles en situation illégale dans notre pays, en 2002.

Le moment semblait donc opportun de mettre en route ce projet ambitieux qui se donnait comme objectif de créer de nouveaux modèles d'intervention en réseau, plus efficaces, afin de découvrir ce que l'on pourrait appeler des « tuteurs de résilience », facilitateurs de compréhension interculturelle et d'appropriation des démarches ouvrant l'accès à une citoyenneté minimale compatible avec les droits de l'homme et la charte de l'UNESCO.

Cette recherche-action a pris racine lors d'un colloque en Arizona en 1999 sous l'auspice de l'OMS et de l'UNESCO invitant les universités dans le monde à mobiliser leurs ressources dans des recherches-actions citoyennes en faveur de la santé des populations défavorisées. Les principaux points de la Charte d'Arizona intitulée « *Les universités et la santé des défavorisés* » sont les suivants :

1. Les universités disposent du **potentiel unique** de stimuler les progrès et de participer au progrès social. Leur longue tradition d'humanisme et d'attachement aux valeurs démocratiques doit les inciter à s'engager à optimiser leur potentiel, particulièrement à l'égard des populations les plus défavorisées. Cette Charte définit les populations les plus défavorisées en tant que groupes ayant une capacité réduite à profiter d'opportunité pour améliorer leur santé (au sens de l'OMS).

2. Les universités devraient jouer le rôle de **catalyseur** mobilisant les ressources nécessaires pour promouvoir des plans d'actions multidimensionnelles, pour contribuer à l'amélioration du bien-être des populations défavorisées. Les universités peuvent faciliter la convergence d'intérêts disparates et créer des coalitions ou mieux encore des réseaux entre personnes et institutions faisant partie de gouvernements locaux, de services de santé et les communautés elles-mêmes.

3. Les universités pourraient, pendant les décennies à venir, orienter une partie de leur développement vers les **attentes de la société** et



Photo © Fedasil / Layla Aerts

renforcer leurs rôles en ce qui concerne les activités visant à éliminer la pauvreté, l'intolérance, la violence, l'analphabétisme, la faim, la dégradation de l'environnement, les maladies et autres facteurs affectant prioritairement les populations défavorisées.

4. Pour que la recherche-action, l'éducation et l'action sociale soient efficaces et pertinentes, un grand **mouvement de collaboration**, à l'état d'ébauche, doit se développer de façon impérative, non seulement à l'intérieur des universités elles-mêmes mais aussi entre celles-ci et les communautés, les pouvoirs publics, les responsables politiques et tous les acteurs sociaux concernés. Dans ce contexte, entrer dans un projet UNI-SOL nécessite :

- de bien cibler les populations défavorisées. Le groupe doit être caractérisé par sa vulnérabilité ainsi que par sa représentativité;
- que les universités mobilisent plusieurs facultés et départements investis notamment dans les sciences de la santé;
- que l'approche développée dans cette activité soit globale;
- qu'un partenariat durable soit établi entre les acteurs-partenaires et le groupe défavorisé spécifique, et que cela contribue à des changements institutionnels concrets.

Un an plus tard, l'Université de Tucson en Arizona lançait un projet de recherche au niveau international cadrant avec les recommandations de la Charte de l'OMS. Ce fut l'occasion pour le Fonds Houtman d'envisager une réflexion de grande envergure avec quatre universités afin d'organiser un programme de recherche-action sur ce thème que nous avons naturellement baptisé UNI-SOL, acronyme de université-solidarité.

Ce fut l'enthousiasme sans retenue, dès le départ, des chercheurs et des interprètes désignés par les universités pour se mettre à la tâche dans un projet original, qui avait également pour but d'apprécier ce que l'intervention des universités en elles-mêmes pouvait apporter comme bénéfice aux réseaux en place, et, d'autre part, ce qui aurait pu aider à sensibiliser les grandes institutions académiques à contribuer davantage à l'avenir aux problèmes de la vie des hommes, des femmes et des enfants dans ce qu'on appelle improprement le champ social.

L'importance du travail accompli sera reconnue dans les temps qui arrivent, pour une meilleure approche de cet immense phénomène occulté par le désintérêt et les considérations d'ordre politique, où fait encore défaut une information scientifique qui rime avec humanité et dignité.

**Professeur Marc Vaincel**, Administrateur général du Fonds Houtman

Adresse de l'auteur : Fonds Houtman, ONE, chée de Charleroi 95, 1060 Bruxelles.

Bureaux : av. de la Toison d'Or 60 c, 1060 Bruxelles. Tél/ 02 543 11 71.

Courriel : houtman@skynet.be.



Les photos illustrant ce numéro nous ont été aimablement fournies par Fedasil, l'agence fédérale belge pour l'accueil des demandeurs d'asile. Elles sont de Layla Aerts.



# Interaction entre familles récemment immigrées et services : une recherche-action pour le bien-être des enfants

## Contexte général

**L'Europe communautaire attire un flux continu de migrants et de demandeurs d'asile même si, comparé à d'autres régions du monde, ce flux reste dans des proportions modestes. En ce qui concerne la Belgique, la décennie 1990-2000 a permis de compter une moyenne de 42.000 entrées par an.**

Parmi ces personnes, 23.000 sont des citoyens d'autres pays de l'Union européenne et ne représentent donc qu'une immigration intérieure, le solde étant constitué d'immigrants provenant de l'extérieur de l'Union. On estime à 5 à 6000 le nombre d'immigrants bénéficiant d'un regroupement familial, de mariages, ou de contrats d'emploi justifiant l'installation en Belgique.

Les 13 à 14.000 personnes restantes constituent, pour la décennie citée, la moyenne annuelle de demandes de droit de séjour enregistrée en Belgique. Si le début de la décennie 2000 a vu ce chiffre monter à une moyenne d'environ 2000 personnes par mois (effet de la guerre du Kosovo), avant de reprendre son rythme de croisière de 1000 à 1500 personnes par mois, le mouvement de retour des réfugiés s'est lui-même accéléré, soutenu par un taux de non recevabilité important de ces demandes (90 %).

On estime que 75 % des primo-arrivants (personnes présentes en Belgique depuis moins de cinq ans) sont des demandeurs d'asile. Les observations impressionnistes réalisées localement durant la recherche UNI-SOL laissent entendre que 40 % de cet ensemble provient de régions du monde qui sont en conflit armé. La plupart des personnes qui arrivent en Belgique avec une demande d'asile ont ainsi en commun la recherche d'un monde meilleur, l'envie de recommencer une nouvelle vie, de se reconstruire, de se donner, ainsi qu'à sa famille, de meilleures chances pour l'avenir.

Tout demandeur d'asile est porteur d'un drame personnel qui peut avoir comme origine des situations sociopolitiques inhérentes à son pays de naissance. Ce drame est souvent amplifié par la trajectoire migratoire faite de séparations, et les dangers et ruptures qu'elle recèle.

Une des violences potentielles subies sur ce chemin est l'incrédulité des membres de la société d'accueil face au récit du drame du candidat réfugié. Le déni des difficultés éventuelles qui ont motivé la demande d'asile politique est manifeste, il est notamment visible dans le taux très important de refus de droit de séjour qui tend

à montrer que toute détresse n'est pas également reconnue par l'appareil juridique ou administratif et l'opinion publique du pays d'accueil. Il est indéniable également que la plupart des migrants sont insérés dans une filiation dont la plupart des membres se trouvent dans le pays d'origine et à qui tôt ou tard il faut porter assistance. Dans bien des cas, le migrant est un « envoyé » qui doit ouvrir son groupe d'origine à un monde meilleur.

Si partir est un fait accompli, c'est une autre histoire que d'arriver. L'attente d'un « positif » peut se faire longue et fixe les demandeurs d'asile dans un « no man's land » qui les empêche de se projeter dans l'avenir. Or cette projection de soi-même dans l'avenir est le moteur du développement personnel.

Certains demandeurs d'asile qualifient ainsi la procédure de demande de droit de séjour de violente et la comparent ouvertement aux violences subies dans leur pays d'origine, en précisant que la violence et la destruction de leur être est ici menée de manière plus déguisée et peut-être plus dangereuse. Les réactions habituelles à ce contexte sont connues et signalées par les intervenants : réactions d'agressivité ou de revendication, chez certains réfugiés, retournement de l'agressivité contre soi par la somatisation, ainsi que par des symptômes dépressifs. Comment faire pour donner un sens à la vie en pareil contexte d'attente, d'impuissance et d'angoisse ?

Toute tentative d'aide aux réfugiés doit tenir compte de la spécificité de la situation des demandeurs d'asile et l'intégrer dans sa démarche méthodologique. Le récit de légitimation de la migration a sa propre validité qui doit être considérée comme telle. Il peut être le terrain de rencontre sur lequel une communication de confiance doit pouvoir s'établir. C'est à ce prix que l'intervenant peut construire le projet d'installation ou tout autre projet d'avenir qui donne sens à l'histoire migratoire de l'individu et de la famille en demande d'aide.

C'est également à travers cette pratique de construction de projet et de précision d'intentions, compte tenu des contextes sociaux et administratifs dans lesquels les familles réfugiées sont plongées, que l'intervenant chargé de l'accueil et de l'orientation peut donner sens à sa propre démarche professionnelle.

## La recherche UNI-SOL

Dans l'espoir de mieux comprendre et de mieux identifier les aspects problématiques de l'accueil

socio-sanitaire des familles primo-arrivantes, et ainsi d'optimiser ce processus afin d'accroître le bien-être des familles et de leurs enfants, le projet UNI-SOL du Fonds Houtman de l'ONE a été lancé en Belgique francophone début 2003 et s'est prolongé jusqu'à aujourd'hui.

Le travail vise à développer une approche pratique et positive de la problématique à travers les différentes disciplines des universités, mais aussi en collaboration avec les institutions œuvrant au mieux-être de ces populations, et enfin, avec toutes les structures locales des quartiers investis à titre pilote.

En effet, chaque université engagée dans le projet œuvre dans une commune donnée qu'elle connaît et où elle a déjà développé un projet, auquel pourront s'ancrer les diverses problématiques du projet UNI-SOL.

Parmi les populations récemment immigrées, il existe de nombreuses familles à haut risque de difficultés d'intégration, difficultés pouvant entre autres avoir des répercussions importantes sur le plan du bien-être et de la santé sociale, psychique et physique de leurs membres. La majorité de ces familles possède des ressources propres (ce sont leurs capacités de résilience). Si ces familles pouvaient s'appuyer sur des « tuteurs de résilience », sous forme de services sociaux, services de santé, réseaux sociaux, lieux de paroles « bienveillants », elles seraient plus à même de développer leurs propres capacités, souvent mises à mal par les épreuves traversées.

*Le but de la recherche-action est ainsi de déterminer, décrire, tester des processus opérationnels visant, à travers une démarche proactive, à favoriser la rencontre, la connaissance, l'adaptation réciproque entre ces familles et les différents « tuteurs de résilience » dans le pays d'accueil, et singulièrement dans le secteur socio-sanitaire et scolaire.*

La contribution liégeoise à cette recherche-action s'enracine dans trois interrogations de base : quelles sont les ressources et les difficultés inhérentes aux familles primo-migrantes ? Quels sont les besoins et les ressources des professionnels qui les prennent en charge ? Comment l'université peut-elle se rendre utile et « solidaire » pour développer les compétences des acteurs de terrain ?

Les objectifs principaux de la recherche liégeoise sont les suivants :

- identifier auprès des services et des familles concernées, ainsi qu'à travers la consultation de spécialistes et de la littérature afférente, les problèmes socio-sanitaires des familles avec enfants récemment immigrées en Belgique

ainsi que les ressources et contraintes de ces dernières;

- analyser le parcours migratoire et le projet de vie des familles;
- repérer les facteurs intrinsèques de résilience des enfants et de leurs familles;
- favoriser leur expression concernant les besoins de santé et l'accessibilité aux structures existantes;
- créer des réseaux intra- et inter-universitaires;
- favoriser la création de réseaux avec et entre les structures locales de prise en charge des familles;
- produire une information et une impulsion favorisant la compréhension et la solidarité entre les familles de demandeurs de droit de séjour et les intervenants socio-sanitaires.

Les zones d'intervention de la recherche-action liégeoise sont, d'une part, le quartier S<sup>te</sup>-Marguerite au centre de Liège et, d'autre part, le centre d'accueil de réfugiés de Nonceveux en province de Liège. Le choix du quartier s'explique par le caractère populaire de cet espace, qui accueille depuis plusieurs décennies les vagues successives de familles de réfugiés qui se présentent dans la cité ardente.

Les services sociaux du quartier, le centre local de consultations ONE, ainsi que l'hôpital de la Citadelle tout proche ont développé des stratégies d'accueil et d'intervention adaptées au caractère d'installation récente et temporaire de ce type de public. Le centre de Nonceveux dispose d'équipements scolaires appelés à accueillir des familles avec enfants en bas âge. Le concept « *public primo-arrivant* » est assez large. Il est surtout lié à une dimension subjective dépendant du parcours migratoire, du capital culturel et des facilités d'intégration des familles récemment immigrées. Ainsi, il nous a paru important de couvrir un échantillon composé tant de familles tout juste arrivées en Belgique que d'autres déjà en place depuis trois, quatre ou cinq ans.

Afin de pousser plus avant les investigations et de rencontrer différentes réalités, un échange avec des familles installées dans la région depuis dix ans et plus a également été réalisé.

## La démarche

La première étape du travail consiste en l'identification et la synthèse de la littérature portant sur les difficultés de santé des populations immigrées, y compris les productions récentes d'associations de migrants ou travaillant avec les immigrants. Cette synthèse a donné lieu à la rédaction d'un outil d'entretien qui oriente la rencontre avec les professionnels de la santé, ainsi qu'avec les familles concernées. Des institutions, partenaires potentiels de la recherche-action, ont également été identifiées grâce à cette synthèse. Les différentes investigations

empiriques ont également été l'occasion d'initier trois groupes d'étudiants de maîtrise en sciences humaines à la problématique des primo-arrivants dans les institutions scolaires et de santé.

Une quarantaine de professionnels de la santé (médecins d'hôpitaux, travailleurs socio-médicaux, responsables d'associations travaillant dans le quartier, psychologues, enseignants, etc.) ont été rencontrés au moyen du guide d'entretien.

Il s'agissait de dresser un tableau des principales problématiques rencontrées sur le terrain. Par la suite, des réunions régulières ont été organisées entre les membres de l'équipe de recherche et les intervenants en santé rencontrés. Il s'agissait, d'une part, de produire une information sur le sujet et, d'autre part, de recueillir les pratiques apparaissant comme utiles dans l'accueil et l'intégration socio-sanitaire des familles récemment immigrées.

Les rencontres ont également permis une plus grande cohésion et collaboration entre les partenaires présents autour de la table, ainsi que le développement de réseaux d'intervenants. En fonction des problématiques évoquées, des personnes ressources ont été invitées afin d'éclairer les participants en rapport avec les différents thèmes abordés.

Parmi les personnes rencontrées, 12 sont des intervenants scolaires (directeurs d'écoles, enseignants, psychologue, assistante sociale, animatrice d'école de devoirs) répartis dans 7 établissements de l'enseignement primaire et secondaire de la région liégeoise. La plupart des établissements visités se situent dans le quartier S<sup>te</sup>-Marguerite.

Le but de ces rencontres était d'établir un état des lieux de l'accueil scolaire et des conditions d'apprentissage de la langue française au sein de ce système pour le public non-francophone. Un travail d'observation dans les institutions a également vu le jour au cours de la recherche. L'objectif d'une telle démarche est de permettre aux chercheurs de s'imprégner de l'ambiance de l'institution et de parvenir à illustrer et/ou nuancer l'ensemble des discours qui ont été recueillis au cours des différentes rencontres avec les professionnels de la santé et les familles. La nature des comportements observés et leur localisation exacte évolueront en fonction de l'importance des priorités thématiques dégagées par les tables de discussion et la négociation entre les partenaires. Ce travail d'observation s'est déroulé dans les locaux de la consultation ONE du quartier S<sup>te</sup>-Marguerite, ainsi qu'auprès du service de médiation interculturelle de l'hôpital de la Citadelle.

Des familles ont également été rencontrées. La sélection a été possible grâce à l'implication de diverses associations qui desservent le quartier

investi. L'inquiétude de ne pas toucher les familles qui fréquentent très peu le monde sociomédical s'est dissipée grâce à l'implication du public fréquentant les Médecins sans frontières où les familles, même les plus isolées, passent régulièrement. L'échantillon sélectionné offre donc la garantie de couvrir la plupart des réalités observables dans la population cible, tant du point de vue de la durée de séjour en Belgique que du point de vue de l'intensité des relations avec les institutions socio-sanitaires, ou encore du point de vue de la stabilité du séjour en Belgique.

Douze familles primo-arrivantes, installées en Belgique depuis moins de cinq ans et ayant des enfants de moins de douze ans, dont certaines hébergées au centre d'accueil de Nonceveux, ont été rencontrées de façon longitudinale durant les deux années de recherche. Tous les membres des familles sont concernés par l'interview. Pour les adultes et les adolescents, les interviews sont basées sur la grille d'entretien établie à partir des informations obtenues suite aux enquêtes auprès des professionnels de la santé. Un bilan des données démographiques et sociales liées à la situation familiale des personnes rencontrées est dressé durant l'entretien. Celui-ci sera suivi par l'établissement du récit de vie des personnes concernées.

Afin de mieux comprendre la dynamique dans laquelle fonctionnent les familles, un bilan des causes qui pourraient amener des problèmes liés à la santé est établi avec les adultes et adolescents rencontrés. Les thèmes abordés ont rapport à l'insécurité de séjour, financière et de logement, les actes d'exclusion subis, le sentiment d'inutilité, le sentiment d'isolement psychosocial, les problèmes liés à l'apprentissage de la langue, le stress acculturatif, l'aliénation des enfants, la difficulté d'emploi, les problèmes éducatifs par rapport aux enfants, la culpabilité de l'immigré, et enfin, le tiraillement culturel.

La parole est également donnée aux enfants de moins de 12 ans. Le dessin d'enfant permet d'entamer le dialogue avec ces derniers. Les épreuves sélectionnées portent sur le dessin du bonhomme et de la famille, sans oublier un dessin représentant le plus grand rêve des enfants. Les résultats obtenus grâce à cette technique seront présentés dans un autre travail.

En cours de recherche, il est apparu intéressant d'ajouter à l'échantillon de familles primo-migrantes vivant en Belgique depuis un maximum de cinq ans, la rencontre de familles vivant en Belgique depuis plus de dix ans et ayant, lors de la migration, des enfants en âge scolaire. Cette extension des critères de sélection du public cible permet dès lors de se faire une meilleure idée du vécu de la migration dans la durée et donne plus d'informations sur les per-

sonnes qui ont « réussi » la migration et qui sont enfin « installées » en Belgique.

Dans le dernier trimestre de la recherche, 36 adolescents primo-arrivants de l'enseignement secondaire ont également été interviewés sur base d'un guide d'entretien. Ces rencontres ont permis de cerner les difficultés qu'ils rencontrent, mais également les éléments qui leur permettent de s'intégrer et de vivre au mieux leur installation au pays d'accueil.

En fonction des problématiques et des pratiques dégagées, l'organisation d'une animation-discussion avec des résidents a été réalisée au centre d'accueil de Nonceveux. Cette rencontre a permis aux participants de s'exprimer et de fournir des informations de nature à nuancer les propos et à illustrer les pratiques positives qu'ils mettent éventuellement en place pour déjouer les problèmes liés à la santé qui ont été constatés lors de la rencontre avec les professionnels et les familles.

Dernière étape, un programme de diffusion des résultats et d'interpellation des décideurs a également été mis en place à travers la publication d'articles de synthèse destinés aux travailleurs socio-sanitaires et à travers la tenue de séminaires, de formations et de rencontres avec les intervenants travaillant avec le public réfugié.

## Synthèse des constatations et perspectives

Les résultats des investigations renforcent le sentiment selon lequel le traitement de la question du droit d'asile en Belgique est lui-même producteur de désordres relevant de la santé psychosociale. Les personnes qui arrivent en Belgique avec la volonté d'y trouver un monde meilleur se trouvent face à un système défensif qui les cantonne dans un entre-deux et une instabilité de séjour qui les met dans l'impossibilité de projeter une quelconque action visant à leur intégration dans le pays. Cette situation floue favorise dans certains cas des décompensations psychiques et autres somatisations.

Il se dégage une impression d'incohérence de la politique d'asile qui, d'une part, tente d'accueillir et de répondre aux besoins primaires des demandeurs et, d'autre part, les cantonne dans des espaces physiques tels que les centres, ou un espace social tel que le statut de personnes assistées, d'autant plus que ce cantonnement peut durer de longues années. Les familles réfugiées ont ainsi tout le loisir de se déstructurer et de consommer une rupture avec leur milieu d'origine sans pouvoir se réinsérer dans leur nouveau monde. La situation des enfants naissant et grandissant dans de telles familles est alors préoccupante dans la mesure où les conditions nécessaires pour favoriser un développement psychologique sain sont compromises, y compris au sein des écoles qui les



Photo © Fécassil / Loyla Aerts

accueillent. Même après avoir obtenu le droit d'asile, les difficultés se prolongent : discrimination, racisme, impossibilité de trouver du travail, etc.

Il est donc important de reconsidérer la politique d'asile. Si ce point de vue est partagé par de nombreux autres interlocuteurs depuis longtemps et nécessite encore bien des développements, il n'en reste pas moins que la lenteur des démarches administratives et juridiques a des conséquences évidentes sur la santé des familles en demande d'asile. Bien souvent le refus d'octroyer une stabilité de séjour aboutit à pousser la famille concernée dans une clandestinité totale. Cette situation n'est pas sans incidences majeures sur l'état de santé des groupes de réfugiés. Cette constatation fait inmanquablement songer à l'hypocrisie du rapport aux demandeurs d'asile qui sont d'une part refoulés mais, d'autre part, exploités notamment dans des réseaux de travail bon marché. La réponse musclée d'exclusion et de fermeture des frontières qui est actuellement donnée au phénomène de demande d'asile politique semble destinée à calmer les angoisses d'une partie de l'opinion publique. Une réponse plus positive serait d'imaginer une politique d'immigration pro-active à l'échelle européenne qui pourrait adoucir la pression migratoire sud-nord, charriant des flux importants de personnes à la recherche d'une vie meilleure.

Cependant, ces considérations générales, bien qu'elles soient fondamentales, ne doivent pas nous distraire de la nécessité d'envisager des problématiques spécifiques liées à la santé et à l'accueil des familles dont certaines finissent tout de même par être stabilisées dans leur droit

de séjour dans le pays. Aussi, un autre des enjeux est d'imaginer des actions contribuant à une prise en charge autonomisante des familles en voie d'intégration en Belgique. En effet, il est paradoxal de constater que les familles rencontrées jugent extraordinaire l'accueil sanitaire dont elles font l'objet, d'autant plus que leurs références sont les systèmes sanitaires du pays d'origine. Mais, cette prise en charge totale ne les prépare pas à la réalité de la vie en Belgique si un droit de séjour leur est accordé.

Les démarches du parcours migratoire des familles rencontrées génèrent en elles de nombreuses souffrances. Ces personnes ont dû déployer une énergie incroyable pour arriver vivantes en Belgique. Leur histoire est remplie de traumatismes : tortures, fuite, séjours en prison, guerre, corruption, etc. Elles sont sans cesse confrontées à leur histoire ce qui complique d'autant plus leur intégration. De plus, elles dépensent une grande énergie pour les besoins primordiaux que sont le logement, les problèmes administratifs, les réactions de rejet, le racisme, la scolarisation des enfants, etc. C'est ce qui crée un repli sur elles-mêmes dû à la fatigue physique et psychique.

Les personnes immigrées passent par une longue période d'incertitude et de démarches administratives (de un à trois ans en moyenne) avant d'obtenir leur statut de résident. Tant qu'elles n'ont pas le statut de réfugié, elles n'arrivent pas à faire le deuil de ce qu'elles ont perdu, à se refaire une vie. La majorité des demandeurs d'asile (90 %) se verront confrontés par la suite à un ordre de quitter le territoire. La majorité d'entre eux choisiront de vivre dans

la clandestinité. Ce sera le temps de la perte complète d'espoir, de la vie sans projet, du « no man's land ». Ceux qui auront la chance d'obtenir le droit d'asile ne seront pourtant pas sortis d'affaire. Ils devront souvent accepter une perte de statut social.

Un des grands facteurs facilitateurs du parcours migratoire est de prendre appui sur des personnes ressources, des tuteurs de résilience, ceci aussi bien pour les parents qui s'appuieront sur quelqu'un qui propose son aide que pour les enfants qui rencontreront des amis, des membres du personnel de l'école, d'autres parents d'élèves... Ces personnes accompagnent les familles immigrées pour leurs démarches, les procédures administratives, l'obtention d'un logement ou d'un travail, l'accès aux soins de santé, ainsi que l'éducation des enfants. Elles peuvent être de la famille, des amis, une rencontre fortuite, des fonctionnaires mais aussi des personnes rencontrées dans un lieu de culte, la foi étant un élément important pour garder courage.

Depuis que ces personnes ont vécu les événements qui les ont poussées à quitter leur pays, elles ont rencontré des obstacles qui ont rendu leur parcours perturbant. Dans un premier temps, leur résilience a été rendue possible grâce à un premier réseau d'aide constitué de proches de la famille; dans un second temps, c'est un second réseau constitué de professionnels du monde de l'enfance qui les aident à voir la lumière au bout du tunnel. Il est également important de souligner le rôle joué par l'enfant dans le processus d'intégration. En effet, il « oblige » ses parents à avoir des contacts avec des professionnels de la santé, de l'éducation, ou simplement les parents de ses camarades de jeux.

Dans ce contexte général, les aspects qui méritent le plus d'attention et qui doivent s'inscrire dans une démarche pragmatique sont principalement : les besoins des immigrants à leur arrivée, les questions de communication lors des soins et des actions de prévention, ainsi que les difficultés d'accès aux systèmes sanitaires et scolaires. Les investigations menées afin d'identifier les problématiques majeures et les solutions qui se dégagent en matière d'accueil socio-sanitaire et socio-scolaire des familles et enfants primo-arrivants permettent de noter l'existence de dispositifs utiles rencontrant la majeure partie des difficultés listées.

Ainsi, les services socio-sanitaires centralisés et spécifiques comme les « relais-santé » ou les services de médiation interculturelle, les dispositifs de logement subventionnés et les classes passerelles sont parmi les exemples que nous pouvons rappeler.

Toutefois, les travailleurs de terrain rencontrés déclarent que ces solutions ne répondent pas à l'ensemble des problèmes auxquels ils sont

confrontés. Notamment, ces pistes restent très insuffisantes en termes quantitatifs et ne couvrent que certains points centraux, laissant de vastes zones géographiques excentrées sans moyens. Ainsi, une série d'orientations restent encore à envisager et à organiser. Il s'avérerait intéressant notamment de mettre en place un service d'interprétariat permettant à la fois des traductions à proprement parler, mais aussi des interventions de médiation interculturelle lorsque cela s'avère nécessaire. Ce service devrait être localisé dans un lieu précis et accessible à tous, notamment par les moyens de télécommunication.

Il est important de souligner la nécessité de favoriser les liens entre différentes cultures, de s'ouvrir à l'autre, de communiquer et surtout de bien comprendre la difficulté qu'il y a pour un enfant étranger à trouver sa place dans notre système scolaire. Tous les acteurs sur le terrain font un travail important, mais il serait bon qu'ils soient encouragés et soutenus par les pouvoirs publics en recevant les moyens nécessaires à leur action. Une des solutions qu'il nous semble bon d'encourager est le recours à des professeurs spécialisés en français langue étrangère dans tous les établissements qui accueillent des élèves primo-arrivants. Cela permettrait de réduire le séjour dans les classes passerelles et une intégration plus rapide dans les classes ordinaires.

Les professionnels rencontrés dans le cadre de l'investigation soulignent également leur intérêt quant à la mise au point d'une chaîne de relais, de collaborations, de partenariats où eux-mêmes, tout comme les personnes étrangères, pourront trouver rapidement les ressources nécessaires à une problématique déterminée. Ils soulignent également l'importance d'établir une liste de personnes ressources qui permettrait d'organiser aisément des formations au niveau interculturel et santé.

Un grand intérêt est également porté au fait de trouver des pistes afin d'informer au mieux les personnes étrangères sur le fonctionnement du système socio-sanitaire et scolaire belge. L'utilité de la création de lieux de paroles et d'expression pour les personnes étrangères est également soulignée par un grand nombre de travailleurs sociaux. Dans ce cadre, les exemples sont peu nombreux et devraient intégrer des techniques créatives pour atteindre un maximum d'efficacité en termes d'expression et de prévention de l'incommunication.

Un autre des besoins identifiés par les intervenants du secteur socio-sanitaire et scolaire vise le soutien à apporter aux professionnels eux-mêmes face aux difficultés soulevées par la présence des familles et enfants issus de l'immigration. Les acteurs rencontrés semblent préconiser la constitution et le développement des réseaux d'échanges entre professionnels

qui dépassent le simple fait de partager des informations à caractère technique.

Cette recherche peut être un exemple type de ce genre d'initiatives qui permet à un ensemble d'intervenants de se rencontrer régulièrement afin d'échanger informations et points de vue sur l'incidence de la présence des familles primo-arrivantes sur leurs pratiques professionnelles. Ces rencontres servent à diffuser des pratiques positives et éprouvées au sein de ce réseau. Elles servent également à se délester de certaines expériences difficiles à travers la confrontation aux autres. Les professionnels gagnent ainsi en estime d'eux-mêmes et en sentiment d'efficacité. La production et la distribution de documents utiles aux professionnels entrent dans la même stratégie.

Au vu de toutes ces constatations, il devient évident qu'un des enjeux majeurs est d'imaginer et de valider des modalités d'accueil, de soutien, de soins et d'accompagnement qui soient autonomisantes et positives pour les personnes en voie d'intégration en Europe ou, tout au moins, en transit avant un transfert vers un autre territoire. L'objectif d'une future action sera ainsi d'accompagner les professionnels socio-éducatifs et socio-sanitaires chargés d'orienter les familles demandeuses d'asile. Cette démarche permettra de travailler à l'identification, au maintien et au soutien, ainsi qu'au développement, à la validation - évaluation, à la modélisation et à la dissémination de pratiques existantes ou à inventer, qui soient soucieuses d'investir et de valoriser le « temps d'attente » des demandeurs d'asile de façon à ce que cet espace-temps ne constitue pas une violence institutionnelle à l'égard de ces candidats au séjour et des professionnels.

Les travaux menés dans le cadre de la recherche UNI-SOL permettent également de constater que les contextes favorisant l'expression du vécu, des projets et rêves, et l'humour auprès des candidats réfugiés en situation d'instabilité de droit de séjour et d'attente exercent un effet favorable sur leur estime d'eux-mêmes, leur sentiment d'efficacité personnelle, leur renforcement identitaire, ainsi que sur leur inscription sociale au sein de leur groupe d'appartenance et de la société en général. Aussi, il apparaît opportun de proposer la conduite d'actions socio-éducatives à caractère ludique et créatif au public de candidats réfugiés et à leurs enfants dans les contextes d'accueil dans lesquels ils évoluent.

Les résultats attendus de ces actions sur le terrain seront de permettre :

- aux personnes participantes une expression libératrice sur leur vécu migratoire et trajet de demandeur d'asile, une prise de distance sur ce vécu et une valorisation personnelle à travers la maîtrise de techniques, de réseaux sociaux, et de connaissances nouvelles;



- aux enfants et à leurs parents de se rencontrer à travers les activités proposées de façon à tendre vers un équilibre intergénérationnel dans le contexte difficile du temps d'attente;
- le développement de nouvelles dynamiques relationnelles positives et de la cohésion sociale au sein des centres d'accueil et des quartiers où résident les familles réfugiées à travers le développement et la diffusion des activités récréatives et de leur produit;
- aux intervenants socio-éducatifs travaillant avec des familles réfugiées de développer de nouvelles connaissances et techniques d'animation avec le public cité, de développer également de nouveaux réseaux d'échanges transdisciplinaires entre professionnels impliqués par ce même public. Il s'agira enfin de produire des contenus de publications et de formations à diffuser plus largement auprès de la communauté, des travailleurs sociaux et des décideurs chargés de l'accueil des familles réfugiées.

Altay Manço, IRFAM<sup>1</sup>, Michel Born et Sylvie Petit, Université de Liège  
*Dans le cadre de la Recherche-action UNI-SOL menée en collaboration avec le Fonds Houtman et l'ONE*  
 Adresses de l'IRFAM : rue Agimont 17, 4000 Liège. Tél.: + 32 (0)4 221 49 89.

*Haie le Comte 47 App. 3/1, 5001 Belgrade.*  
 Tél.: + 32 (0)81 74 66 27.  
 Courriel : [amanco@irfam.org](mailto:amanco@irfam.org).  
 Internet : [www.irfam.org](http://www.irfam.org).  
 Adresse de l'ULg : Service de psychologie du développement social, Sart Tilman B 33, 4000 Liège. Tél.: + 32 (0)4 366 22 71.  
 Courriel : [mborn@ulg.ac.be](mailto:mborn@ulg.ac.be).

### Bibliographie sélective

- Agenda Interculturel, (2005). Pas dans mon jardin. Numéro spécial demandeurs d'asile, janvier, n° 229, 35 p.
- Asensi, H., & Le Du, C. (2003). Savons-nous accueillir les réfugiés en France ?
- Baubet T. et al. (éds) (2003). Soigner malgré tout. Grenoble : La Pensée sauvage.
- Baubet, T., & Moro M-R. (éds), (2003). Psychiatrie et migrations. Paris : Masson.
- Collectif, (1999). Intégration : la politique d'immigration à la croisée des chemins. Osmoses, avril.
- Collectif, (2000). Santé. Traitement de la différence. H&M, mai-juin, n° 1225.
- Crutzen, D., & Manço, A., (2003). Compétences linguistiques et sociocognitives des enfants de migrants turcs et marocains en Belgique. Paris : L'Harmattan. Compétences interculturelles.

- Cyrułnik, B. (2001). Les vilains petits canards. Odile Jacob : Paris.
- Manço, A. (1999). Intégration et identités. Stratégies et positions des jeunes issus de l'immigration. De Boeck : Bruxelles.
- Manço, A. (2001). Violences et médiation dans les familles immigrées. Les politiques sociales, n° 3-4, 23-37.
- Manço, A. (2002). Compétences interculturelles des jeunes issus de l'immigration, perspectives théoriques et pratiques. Paris : L'Harmattan, compétences interculturelles.
- Manço, A. et Amoranitis, S. (1999). Délégation par abandon : un nouveau concept opératoire. Les Politiques Sociales, n° 3-4, 4-12.
- Moro, M. (1994). Parents en exil : psychopathologie et migration. Paris : PUF.
- Rousseau, C., & Nadeau, L. (2003). Migration, exil et santé psychosociale. Paris : Masson.
- Schiff, C., (2001). Les élèves nouveaux arrivants : obstacles linguistiques et motivation scolaire. VEI Enjeux hors séries, vol. 3.
- Vatz Laaroussi, M., & Manço, A. (2003). Jeunesses, citoyennetés, violences. Réfugiés albanais en Belgique et au Québec. L'Harmattan : Paris.

<sup>1</sup> IRFAM = Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations - [www.irfam.org](http://www.irfam.org)

## Comment les services PSE et les écoles peuvent-ils favoriser la résilience et promouvoir la santé des enfants et des adolescents primo-arrivants ?

### La vulnérabilité des enfants et des adolescents de familles migrantes

**La migration est généralement vécue par les familles qui arrivent dans nos pays comme un grand bouleversement de l'existence. La décision de quitter le pays d'origine est toujours difficile à prendre et lourde de conséquences. L'installation en Belgique mobilise énormément d'énergie et s'accompagne souvent de pertes importantes.**

La famille primo-arrivante est amenée à faire face à un certain nombre de changements inhérents à la migration, changements qui ont des effets sur l'équilibre familial et sur l'insertion sociale de ce noyau familial. Parmi ces changements, notons :

- le biculturalisme et le bilinguisme;
- une baisse fréquente du niveau socio-économique par rapport au statut antérieur dans le pays d'origine;

- les remaniements familiaux secondaires aux nouvelles conditions de vie (séparation, regroupement familial...).
- Les démarches administratives et professionnelles, nombreuses et souvent longues, représentent un parcours difficile et obligé. Les attitudes publiques défavorables, la séparation de la famille de la collectivité, l'incapacité de parler le français, l'impossibilité de trouver un emploi approprié et la méconnaissance du réseau de soins de santé sont autant de facteurs qui contribuent à la vulnérabilité des groupes de nouveaux immigrants.
- Cependant, si les difficultés rencontrées sont nombreuses, certains travaux mettent en évidence chez les familles migrantes des ressources importantes liées au projet migratoire, notamment une grande espérance dans l'avenir.
- Tous les changements liés à la migration vont avoir un impact sur le processus d'adaptation de chacun des membres de la famille, sur sa

santé et son bien-être. L'enfant, par sa fragilité même, par sa dépendance envers ses parents, par sa socialisation en cours au travers de la scolarisation, est au centre des questions soulevées par la migration. L'adolescence en particulier semble être une période de grande vulnérabilité, situant le jeune au carrefour de deux âges et de deux cultures.

### Les services PSE offrent une opportunité d'action envers les élèves en situation de vulnérabilité

Les populations primo-arrivantes confrontent les professionnels médico-sociaux à un paradoxe, puisqu'il s'agit d'un public très spécifique nécessitant une prise en charge adaptée, mais que par ailleurs ce public est trop peu nombreux pour véritablement susciter la mobilisation des acteurs.

Dans le contexte de la médecine scolaire en

Communauté française de Belgique, la systématisation des bilans de santé des enfants primo-arrivants constitue une opportunité d'action sur leur santé, qui est renforcée par la possibilité donnée par le décret relatif à la promotion de la santé à l'école de mener des activités au sein des classes.

Les services PSE devraient pouvoir jouer un rôle privilégié dans le maintien et l'amélioration de la santé de ces enfants, puisqu'ils offrent un service gratuit et universel, et touchent, en ce sens, les enfants et les jeunes de toutes catégories sociales, y compris ceux de milieux défavorisés ou immigrés qui recourent généralement moins aux services de soins préventifs.

Tous les enfants et les adolescents primo-arrivants rencontrent l'équipe PSE lors du bilan de santé gratuit et obligatoire organisé la première année de leur arrivée. Pour les professionnels, le contact avec ces enfants et leurs familles est difficile, étant donné l'obstacle de la langue notamment. Les informations fournies par les questionnaires de santé adressés préalablement aux parents (en français) sont souvent manquantes. La communication avec les élèves n'est pas facile pour le médecin et l'infirmière.

Le bilan de santé risque bien souvent de se résumer à un examen somatique sommaire ne reflétant pas tous les aspects de la santé des enfants, et par là de passer à côté de l'identification d'éventuels besoins qui nécessiteraient la mise en place d'une réponse préventive efficace (conseils et informations, recours à l'aide médicale urgente, référence vers un spécialiste ou un centre de guidance, suivi par l'équipe PMS). Ces enfants et adolescents subissent le même bilan de santé que leurs pairs belges (examens biométrique et clinique, évaluation de l'état vaccinal), mais ont également spécifiquement un examen de dépistage de la tuberculose.

Les enfants récemment immigrés présentent, selon les études, des problèmes de santé divers : ophtalmologiques, dentaires, dermatologiques, de vaccinations ; ils font des angines et otites à répétition, présentent des troubles du sommeil et des troubles psychiques. Chez les plus jeunes, la rupture avec le milieu familial (par exemple la séparation avec la fratrie ou avec la mère) peut provoquer un manque de repères et un isolement fréquents.

Comment les services de promotion de la santé à l'école peuvent-ils identifier plus justement les besoins de santé globaux des élèves primo-arrivants ? Quelles réponses peuvent-ils apporter ? Quels partenariats sont-ils possibles avec les écoles ?

## Comprendre les facteurs en jeu dans le parcours des enfants immigrés et de leurs familles

Le modèle écosystémique de la résilience de Tousignant (Tousignant, Ehrensaft, 1998) appli-

## La résilience de l'enfant

« La résilience nous invite à poser un regard plus positif sur les êtres humains et sur l'existence » (Stefan Vanistendael)

La résilience est un processus individuel permettant à quelqu'un de faire preuve de capacités hors du commun, capacités qui semblent se révéler, s'accroître, se développer, du fait même de la traversée des épreuves.

Après avoir centré leur attention pendant quelques décennies sur les risques, la vulnérabilité et la psychopathologie, de plus en plus de chercheurs et d'intervenants en santé mentale s'interrogent sur la capacité de nombreux enfants de surmonter les obstacles majeurs à leur développement.

L'étude de la résilience implique la prise en compte des interactions directes et indirectes entre les facteurs de risque et les facteurs de protection. Les facteurs de risque et les facteurs de protection peuvent être reliés soit à l'individu (facteurs internes), soit à son environnement (facteurs externes), ou plutôt aux interactions entre les différents niveaux de cet écosystème. Ce sont les interactions relevant des différents niveaux de l'écosystème qui peuvent conduire l'individu à une situation d'échec ou au contraire à être résilient.

qué à la migration permet de comprendre la diversité et l'interaction des facteurs associés à la santé et au bien-être des enfants et des adolescents primo-arrivants. Ce modèle part du postulat que le développement résulte d'une interaction entre divers niveaux de systèmes régissant l'individu, soit l'*ontosystème* (qui inclut les caractéristiques internes de l'individu), le *microsystème* (la famille), le *mésosystème* (la communauté), l'*exosystème* (les institutions et associations, l'école) et le *macrosystème* (la culture, le système politique).

## Objectifs et méthodes

Dans le cadre du projet UNI-SOL, le travail mené par l'équipe de l'UCL visait à améliorer la prise en compte des besoins de santé globaux des enfants et des adolescents lors des bilans de santé scolaire et dans la mise en place d'activités menées dans les écoles.

Les moyens fournis par le projet (financé par le Fonds Houtman et par les universités partenaires du projet) ont permis l'engagement d'un chercheur parlant différentes langues (l'arabe, l'anglais et le swahili), ainsi que la traduction dans leur langue maternelle de documents destinés aux élèves et à leurs parents.

Selon le modèle de santé « global » et les éclairages fournis par les travaux portant sur la rési-

lience, le concept de « besoins de santé » incluait, selon l'équipe UCL, non seulement le repérage objectif de problèmes de santé physique, mais également les besoins subjectifs, individuels et familiaux, de nature tant affective que psychosociale et/ou comportementale.

L'identification de besoins de santé, des difficultés et des ressources des enfants et des familles rencontrées s'est faite selon des approches complémentaires.

Concernant les **enfants des classes primaires et leurs familles**, une *étude qualitative et longitudinale* conduite sur deux ans, par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés réalisés tous les 3 mois, a été menée auprès de 12 familles primo-arrivantes d'Afrique et du Moyen-Orient (dont 9 étaient réfugiées de guerre) pour approfondir la compréhension de l'influence des facteurs protecteurs pré- et post-migratoires, des tuteurs de résilience potentiels dans l'environnement familial, des relations famille/école, sur le processus de résilience.

Des *rencontres d'intervenants* auprès de ces familles ont eu lieu, afin d'identifier les obstacles rencontrés et les solutions trouvées. Les associations de Schaerbeek fréquentées par les familles, les associations ayant des structures d'accueil spécifiques pour les primo-arrivants, les acteurs scolaires (directeurs d'écoles, éducateurs, médiateurs et enseignants) ont été rencontrés.

Concernant les **adolescents**, une *recherche documentaire* a été effectuée, visant à faire le point des connaissances actuelles sur l'état de santé des *jeunes immigrants de « première génération »*. Il s'agit, par définition, des jeunes nés dans un pays étranger qui ont vécu eux-mêmes la migration, contrairement aux adolescents de « deuxième génération » qui sont nés en Belgique de parents nés à l'étranger.

Une *étude prospective* auprès de 158 adolescents de 37 nationalités a été menée la première et la deuxième année de leur arrivée en Belgique, visant à évaluer leur santé et leur qualité de vie. Les jeunes étaient issus de classes passerelles<sup>1</sup>. En plus des données de la visite médicale, ils ont été interrogés directement par un questionnaire traduit en différentes langues. Ce questionnaire a notamment permis de déceler l'état de santé mentale de ces adolescents (bien-être psychologique), donnée qui n'est habituellement pas recherchée dans les bilans de santé

1 Une structure d'enseignement adaptée a été mise en place pour les élèves primo-arrivants étant amenés à entamer ou à continuer leur scolarisation en Communauté française, alors qu'ils ne possèdent pas une connaissance suffisante de la langue française : il s'agit des « classes passerelles » (décret du 14 juin 2001 visant à l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française). La classe passerelle vise à assurer l'accueil, l'orientation et l'insertion optimale des élèves primo-arrivants dans l'enseignement fondamental ou secondaire. On en dénombre actuellement 21.



## Les facteurs en jeu dans le processus de résilience des enfants primo-arrivants

Les facteurs pré-migratoires défavorables au processus de résilience :

- la méconnaissance de la langue du pays d'accueil;
- l'âge plus avancé lors de la migration;
- une diminution de statut socio-économique par rapport au pays d'origine;
- un état de déséquilibre familial avant la migration;
- le fait d'être originaire d'un pays en guerre;
- le fait d'avoir subi des persécutions ou des pertes humaines en tant que réfugié de guerre.

Les facteurs post-migratoires favorables au processus de résilience :

- l'idéologie politique, les croyances religieuses et les attitudes envers la violence (la capacité de pardon);
- l'accès à une masse critique de personnes du même groupe ethnique;
- la satisfaction des besoins de base grâce à l'aide sociale;
- le fait que le père puisse trouver un travail assez rapidement pour préserver son estime de soi et sa place dans la famille;

- la possibilité de trouver des tuteurs de résilience dans le pays d'accueil;
- des attitudes favorables du pays d'accueil face à la migration;
- le fait d'avoir le droit de séjourner légalement dans le pays d'accueil.

Les facteurs défavorables à la résilience des enfants :

- la présence de troubles de l'identité;
- le fait d'avoir vécu des traumatismes de guerre;
- un niveau scolaire différent;
- la méconnaissance de la langue du pays d'accueil;
- un changement d'écoles fréquent.

Les facteurs favorables à la résilience des enfants :

- une grande motivation à apprendre;
- une grande capacité de mémorisation;
- l'attitude des enseignants : être souple et donner aux enfants le temps de se reconstruire en fixant des objectifs scolaires à leur portée; mettre en valeur la culture d'origine des enfants; redonner l'autorité aux parents devant l'enfant.

organisés par les services PSE, ainsi que les dimensions sociales de leur bien-être (amitiés, école, famille, loisirs). La santé perçue et la qualité de vie ont été réévaluées à un an.

La réponse aux besoins identifiés s'est faite pour les familles par des actions d'accompagnement de proximité menées durant deux ans dans leurs démarches au sein de leur environnement social, et pour les adolescents par une expérience-pilote de mise en place d'un nouveau modèle de consultation médicale scolaire, tenant d'abord compte des déterminants psycho-sociaux et comportementaux de la santé et basé sur un travail en réseau interdisciplinaire.

## Synthèse des travaux

### Le vécu des familles et le regard des professionnels

Bien que les facteurs en jeu puissent être très différents d'un enfant à l'autre, et d'une famille à l'autre, la recherche menée a permis de définir un certain nombre de caractéristiques dans le vécu de ceux-ci, qui représentent des facteurs de risque ou au contraire des facteurs de protection.

Pour les familles réfugiées, l'arrivée en Belgique est vécue différemment par rapport aux migrants économiques. En effet, pour les réfugiés, la migration n'est généralement pas une

promotion de statut; le traumatisme a débuté dans le pays d'origine; le réfugié ne maîtrise pas les événements et n'a pas développé de « projet migratoire ».

L'école s'est avérée être le lieu par excellence où l'enfant et sa famille pouvaient rebâtir un avenir de confiance. Les relations entre l'école et les parents ont un effet sur la résilience de leurs enfants. Encourager la mise en place de programmes qui favorisent la résilience à partir de l'école et du quartier permet aux enfants et adolescents, ainsi qu'à leurs familles, d'avoir à nouveau confiance en l'avenir et de prévenir l'apparition de traumatismes supplémentaires par la mise en place de facteurs protecteurs.

## Santé et qualité de vie des adolescents

La recherche documentaire a mis en évidence l'importance d'identifier précocement les besoins de santé des adolescents de première génération pour mettre en place des actions de promotion de la santé et de prévention visant à préserver leur capital santé.

Les résultats de l'étude portant sur la santé et la qualité de vie des adolescents ont montré que :

- les adolescents primo-arrivants étaient en très bonne santé physique, selon les indicateurs généralement utilisés en médecine scolaire

## Le cas des réfugiés

Les enfants réfugiés de guerre peuvent sembler perdus dans de grands moments de silence, de nostalgie. L'enfant peut, à cause des violences subies, avoir un comportement agressif en classe ou au contraire, devenir la victime des autres et adopter un rôle de bouc émissaire.

Il est essentiel qu'une fois dans son pays d'accueil, l'enfant réfugié de guerre puisse exprimer ses traumatismes et se soulager de ses souffrances.

Les stratégies pour aider l'enfant réfugié :

- donner la possibilité de trouver des tuteurs de résilience dans l'école pour les enfants les plus fragilisés (avant de penser à une psychothérapie);
- susciter la parole de l'enfant sans l'imposer par des *stratégies de contournement*;
- favoriser l'attachement à des animaux, un moyen non onéreux pour l'école;
- permettre à l'enfant de vaincre sa propre agressivité;
- introduire la notion de pardon comme alternative à ce cercle vicieux de la violence;
- offrir à l'enfant qui a perdu confiance dans les adultes la possibilité de ressentir la restauration d'un ordre moral.

## La santé des adolescents immigrants de première génération

Les adolescents de première génération présentent un état de santé physique et des comportements de santé généralement meilleurs que les adolescents de deuxième génération : un mode de vie moins sédentaire (ils pratiquent plus d'activité physique, regardent moins la TV et utilisent moins les jeux vidéos), une alimentation plus équilibrée, moins de comportements à risque (consommation d'alcool, de drogues, sexua-

lité) que ceux de deuxième génération. Mais on observe une détérioration de la santé des jeunes de première génération avec la durée de séjour dans le pays d'accueil, qui se manifeste essentiellement par une augmentation de la prévalence des comportements à risque.

Les données concernant la santé mentale sont rares et contradictoires.



Photo © Fedasil / Loyla Aerts

(poids, taille, vue, audition) : 12 % seulement présentaient des troubles de la vue non traités (contre 30 % chez les adolescents en population générale);

- leur qualité de vie globale diminuait avec le temps depuis leur arrivée en Belgique, surtout pour les dimensions « psychologique » (le score passe de 62 à 54 en un an, sur une échelle de 0 à 100) et « école » (diminution de 66 à 56);
- le score de qualité de vie à l'arrivée était nettement inférieur chez les adolescents n'ayant pas de soutien social (c'est-à-dire « personne sur qui compter »); notons que 9 % des jeunes ne vivent ni avec le père, ni avec la mère, mais avec un oncle ou une tante, un frère ou une sœur ou encore un tuteur;
- les préoccupations de santé des adolescents étaient nombreuses, et de nature tant physique (acné, poids, exercice physique...) que psycho-sociale (découragement, tristesse, difficultés relationnelles...) ou psycho-somatique (troubles du sommeil, maux de tête, stress...);
- l'avenir est une préoccupation importante pour près de la moitié des adolescents la première année de leur arrivée;
- plus de la moitié des adolescents étaient perdus de vue dans les écoles la deuxième année (certains seraient rentrés au pays, beaucoup auraient changé d'école).

D'après ces résultats, une approche spécifique de la santé des adolescents récemment immigrés s'est avérée nécessaire. Nous avons pu identifier trois nouveaux rôles pour les services de santé scolaire.

1. Le **dépistage** : outre les mesures de santé biométriques (poids, taille, vue, audition, caries dentaires...), l'examen clinique, l'examen de la carte de vaccinations et le dépistage systématique de la tuberculose organisé au FARES, le bilan de santé doit davantage s'intéresser aux aspects comportementaux et subjectifs de la santé, pour un repérage précoce des adolescents qui nécessiteraient un accompagnement renforcé.

Au terme du bilan de santé, une concertation entre les différents intervenants de la santé scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social ou éducateur) serait utile pour une prise de décision conjointe de suivi médical ou psychosocial des adolescents en difficulté.

2. L'**information** : grâce au questionnaire qui sert de guide d'entretien lors du bilan de santé, le médecin peut répondre aux préoccupations de santé identifiées et encourager le recours aux structures d'aide disponibles. Une information devrait être donnée sur les modalités d'accès aux soins et de remboursement en Belgique. Des brochures d'information traduites en différentes langues complèteraient utilement ces conseils.

3. L'attention particulière aux **adolescents réfu-**

**giés** et à ceux qui n'ont pas de soutien social (notamment les mineurs étrangers non-accompagnés, appelés « MENA »). Un accompagnement psychosocial renforcé de ces enfants lors de l'arrivée en Belgique pourrait contribuer à la prévention du mal-être possible.

Au Centre PMS de Saint-Gilles, qui accueille un nombre élevé d'adolescents issus de classes passerelles, un nouveau modèle de consultation médicale a été mis en place, davantage conçu comme un examen préventif et éducatif que comme un examen de dépistage clinique. La place accordée à l'entretien avec le jeune était grande (en français, anglais ou espagnol et/ou grâce à leurs notions de français). Le bilan de santé était adapté aux besoins mis en évidence par le questionnaire, incluant éventuellement un examen clinique orienté. Ce bilan était suivi d'une concertation systématique avec les intervenants psycho-médico-sociaux de l'équipe de santé scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social).

Selon ces intervenants, au terme d'un an, cette démarche novatrice a permis :

- pour les adolescents, une meilleure réponse à leurs besoins, une amélioration du suivi des recommandations médicales faites à l'issue du bilan de santé et un recours accru au service PMS (permanences de l'infirmière et de l'assistant social);

- pour eux-mêmes, une meilleure connaissance des adolescents primo-arrivants et de leurs difficultés, une motivation et une valorisation du travail importantes, une amélioration des relations partenariales.

Notons que la dégradation de la qualité de vie des adolescents après un an était moindre dans ce groupe d'adolescents que dans le groupe ne bénéficiant pas de ce nouveau modèle.

Dans le courant de l'année 2005-2006, une diffusion de l'expérience et des outils de dépistage et de prévention à d'autres centres de santé scolaire bruxellois est prévue.

**Florence Renard, Emmanuelle Martin, Alain Deccache**, Université catholique de Louvain, Unité RESO d'éducation pour la santé  
*Dans le cadre de la Recherche-action UNI-SOL menée en collaboration avec le Fonds Houtman et l'ONE*

*Adresse des auteurs : RESO UCL, Av. Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél.: + 32 (0) 2 764 50 70.  
 Courriel : florence.renard@reso.ucl.ac.be.*

## Bibliographie

- Marcelli D. (1996), L'enfant migrant, Enfance et psychopathologie, Abrégés Masson, Paris-Milan-Barcelone, pp.482-9.
- Martin E., Steyaert M., Deccache A. Favoriser la résilience de l'enfant migrant primo-arrivant et de sa famille, Projet UNI-SOL UCL – rapport de recherche (I), Juin 2005, 136p.
- Moro M.R., Nathan T. (1995), Ethnopsychiatrie de l'enfant, Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Presses Universitaires de France, Paris, pp.423-46.
- Moro M.R. (1993), L'enfant de famille migrante, Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, pp.250-61.
- Pêchevis M. (1995), Les enfants de migrants,

Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Presses Universitaires de France, Paris, pp.2285-301.

- Renard F., Deccache A. Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique, Projet UNI-SOL UCL – rapport de recherche (II), Juin 2005, 57p.
- Renard F., Doumont D. Immigration et santé des adolescents, Dossier technique RESO/UCL, octobre 2004.
- Renard F., Martin E., Cueva C., Deccache A. Santé et qualité de vie des adolescents récemment immigrés en Belgique : dépistage et prévention en médecine scolaire. Archives de Pédiatrie, in press.
- Tousignant M., Ehrensaft E., L'écologie humaine et sociale de la résilience, 66ème congrès de l'ACFAS, Canada, 1998.
- Vanistendael, S., Lecomte J., Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience. (2000)

# Travailler avec des familles primo-arrivantes et sans papier : quelles implications pour les professionnels ?

**Les quartiers fragilisés des grandes villes de Belgique connaissent depuis quelques années une nouvelle réalité: les familles primo-arrivantes. Nombre de celles-ci sont souvent en situation d'extrême précarité due en grande partie à leur situation administrative. Encore en procédure pour l'obtention du droit d'asile ou ayant épuisé tous les recours, clandestins ne s'étant jamais déclarés, ces personnes craignent l'expulsion de notre pays dans lequel, dans le même temps, elles s'installent. Pour les travailleurs des services des quartiers où se rencontre de façon aiguë cette réalité, cela représente un nouveau défi.**

Dans le cadre de la recherche-action UNI-SOL, l'équipe de l'ULB a choisi de faire une intervention dans le quartier de Cureghem (à Anderlecht, en région bruxelloise) en s'appuyant sur les institutions y existant et sur les ressources locales.

A Cureghem, les familles primo-arrivantes sont nombreuses : un enfant sur dix à un enfant sur quatre présent dans les écoles de ce quartier est en Belgique depuis moins de trois ans. Beaucoup de familles sont en séjour irrégulier en Belgique et donc dans un état de grande précarité. La recherche-action a principalement consisté en un travail avec les professionnels de Cureghem. Les services destinés aux jeunes enfants sont nombreux dans cette zone.

Certains s'adressent principalement à la population cureghemoise, d'autres sont destinés plus largement à la population anderlechtoise ou même de la région. Parmi ces services, on peut compter les écoles fondamentales et secondaires, les consultations ONE, les prestataires de soins, indépendants ou organisés en maisons médicales et en polycliniques, les centres de planning familial, le service de santé mentale, la ludothèque, la maison de quartier, les associations de femmes, la mission locale, les services sociaux organisés par la commune et ceux émanant d'organisations caritatives, etc. Ce travail mené avec les professionnels<sup>1</sup> a mené à un certain nombre de constats et de réflexions.

## Le cadre de travail des professionnels

Le **contexte belge** n'est guère favorable aux primo-arrivants : la politique de l'immigration est gelée depuis plus de trente ans et la politique relative aux réfugiés réduit considérablement

l'accès à l'asile en Belgique. Pourtant, les professionnels qui travaillent dans le quartier depuis de longues années constatent que la présence des primo-arrivants est une réalité assez récente et qui tend à s'accroître. Ils s'étonnent d'ailleurs de la contradiction entre les discours officiels et leurs propres observations. Alors que l'Office des Etrangers affirme que le nombre de demandeurs d'asile est en baisse, on observe à Cureghem une augmentation du nombre de primo-arrivants, notamment en situation de grande précarité. Certains en concluent que la politique belge actuelle en matière d'asile est surtout une « machine à produire des clandestins ». Cette analyse rejoint les conclusions d'une recherche menée auprès de personnes sans papiers<sup>2</sup>.

Le **contexte** est également **professionnel**. Chaque travailleur des secteurs médical, social, scolaire, extrascolaire, etc. relève de législations propres, définissant ses mandats, ses missions, sa déontologie et le public visé, ou tout au moins autorisé à bénéficier de ses services.

Ce contexte peut être explicite – cadré par des législations et des circulaires – ou implicite – régulé par exemple par des règles de subsidiarité. Tous les professionnels n'ont dès lors pas la même légitimité, la même assise pour travailler avec des familles primo-arrivantes et surtout avec des familles sans papiers.

<sup>1</sup> Pour plus de détails sur la méthodologie et sur le travail fait avec les professionnels de Cureghem, voir Dusart A.-E., Mottint J., Humblet P., Travailler ensemble : vers un réseau de professionnels pour un meilleur service aux familles primo-arrivantes. Genèse et cheminement d'une recherche-action à Cureghem (Anderlecht), in Born M., Deccache A., Desmet H., Humblet P., Pourtois J.-P. (directeurs), Recomposer sa vie ailleurs, recherche-action auprès de familles primo-arrivantes, à paraître prochainement chez L'Harmattan dans la collection 'Compétences culturelles'.

<sup>2</sup> Adam I, Ben Mohammed N, Kagné B, Martiniello M, Rea A. Histoires sans-papiers. Editions Vista; 2002.



Ainsi, certains sont mandatés pour travailler avec tout le monde, indépendamment du statut. C'est le cas entre autres de la consultation ONE, du service de santé mentale, de l'antenne scolaire et des écoles. Mais dans les faits, ces dernières sont pénalisées dans la mesure où les enfants sans papiers ne sont pas pris en compte pour le calcul de l'encadrement pédagogique les trois premiers mois où ils fréquentent l'enseignement<sup>3</sup>. Pour d'autres services, la situation est plus floue. Ainsi, les milieux d'accueil extrascolaire sont tenus, par l'obligation de respecter le Code de qualité de l'accueil, à un principe de non-discrimination<sup>4</sup>.

Mais d'autres réglementations peuvent tempérer ce principe général. Ainsi, les milieux d'accueil extrascolaire sont souvent subventionnés. Certains fonds de subvention comme le FESC exigent des documents attestant de la situation familiale. Sans ces documents, le milieu d'accueil ne perçoit pas de subvention pour les enfants concernés, ce qui contribue à l'exclusion de ceux-ci. Cela a pour conséquence que certains milieux d'accueil refusent l'inscription d'enfants sans papiers. D'autres par contre font un autre choix : un milieu d'accueil extrascolaire à Cureghem accueille des enfants sans papiers et systématiquement met leur nom sur la liste envoyée au FESC, bien que ces enfants ne donnent droit à aucun subside.

« Pour signaler qu'ils ne s'agit pas d'enfants fantômes et parce que cela peut servir de preuve pour montrer leur attachement au pays d'accueil, en cas de nouvelle campagne de régularisation » (responsable d'un milieu d'accueil extrascolaire). De même, le mandat des services sociaux n'est pas toujours clair. Ainsi, il arrive que certains refusent l'aide matérielle aux familles en situation irrégulière<sup>5</sup>. Par contre, certains travailleurs dans des services sociaux luttent pour pouvoir développer des actions envers ce public.

Le **contexte** est également **local**. Les professionnels du quartier ont la profonde conviction que Cureghem a longtemps souffert d'un désintérêt total de la part des mandataires politiques. Si la situation actuelle semble s'être améliorée,

l'amertume des professionnels est toujours là et toute initiative de la part de la commune est accueillie avec méfiance et scepticisme.

Il existe des ruptures entre la commune et le monde associatif. Le dialogue entre écoles libres et écoles communales semble encore plus qu'ailleurs difficile. Au sein même de la commune, il y a des fractures.

Le pessimisme des professionnels est également de mise face à de nouveaux projets, car nombre d'entre eux n'aboutissent jamais. D'autres sont de courte durée et finalement l'énergie investie est sans commune mesure avec les résultats obtenus. Nous avons été frappées par la multitude de projets temporaires en cours sur le quartier et le peu, voire l'inexistence de concertations entre ces différents projets.

Dans ces conditions, il est difficile d'encourager l'implication, tant des professionnels que de la population dans un projet, si celui-ci est de toute façon condamné à disparaître. C'est donc une logique de consommation qui va prédominer. Certains ont néanmoins réussi des partenariats tout à fait intéressants. C'est le cas par exemple de la ludothèque qui collabore avec les écoles tous réseaux et régimes linguistiques confondus, ainsi qu'avec certains milieux d'accueil extrascolaire. Mais si certains services établissent des collaborations de longue durée basées sur la confiance et la complémentarité, il semble que ce soit plutôt l'exception que la règle à Cureghem.

Les projets dépendant de plusieurs compétences sont extrêmement difficiles à mettre en place. Or, dans un contexte aussi complexe que Cureghem, dans des réalités aussi multiples que celles vécues par les primo-arrivants et les professionnels en contact avec ceux-ci, la convergence des actions et le croisement des compétences sont essentiels.

### Le travail avec les familles primo-arrivantes

De nombreux professionnels insistent sur la **richesse** du travail à Cureghem, richesse accrue par l'arrivée de primo-arrivants.

« La « donnée » - je dis « donnée » car ce n'est pas une problématique mais bien une donnée – la donnée des enfants primo-arrivants est relativement nouvelle dans le quartier – environ cinq ans. C'est une richesse, pour l'équipe et pour les enfants [non primo-arrivants]. C'est une opportunité de ne pas devenir un accueil « ghetto ». Car si l'équipe est depuis toujours multiculturelle, cela n'a pas toujours été le cas pour les enfants, qui sont surtout issus de l'immigration marocaine » (responsable d'un accueil extrascolaire).

Néanmoins, le travail avec cette population ne se fait pas toujours sans **difficultés** pour les professionnels. Ainsi, une partie des problèmes rencontrés par les primo-arrivants concerne des

besoins vitaux : manger, s'abriter, avoir chaud, se laver, se soigner. La plupart des professionnels ne sont pas mandatés pour répondre à ces problèmes et même ceux qui le sont se trouvent démunis face à l'ampleur de la tâche, aggravée par la situation administrative de la plupart des familles qui les prive de fait d'une série de droits. Le sentiment d'impuissance est donc parfois bien présent chez les professionnels par rapport aux problèmes des familles.

Par ailleurs, certains soulignent qu'à Cureghem, le travail est toujours à recommencer car la population est changeante. Certaines familles disparaissent sans prévenir et sans donner de nouvelles, ce qui peut aussi être frustrant pour les professionnels qui se sont investis auprès d'elles.

Certaines difficultés ont plutôt trait à des **aspects culturels**. Plusieurs professionnels ont exprimé leur malaise par rapport à la condition de certaines femmes primo-arrivantes ou à certains aspects identifiés comme religieux. Ainsi certains services s'adressant entre autres à des adultes insistent sur le fait qu'ils proposent seulement des activités mixtes.

D'autres organisent des groupes exclusivement féminins avec le souci d'en permettre l'accès au plus grand nombre possible de femmes.

### Les demandes des familles

Les familles adressent de nombreuses demandes aux professionnels. Outre leur nombre élevé, ces demandes se caractérisent par leur grande multiplicité, qui vont des problèmes de communication à des questions concernant l'éducation et la scolarité, en passant par des problèmes de logement ou des difficultés psychologiques. Il faut aussi souligner le fait que bon nombre d'entre elles ne sont pas faites de manière explicite mais se cachent derrière d'autres demandes exprimées, nécessitant un décodage de la part des professionnels.

Tous les professionnels sont confrontés à des demandes des familles qui dépassent le cadre de leur mandat. Il apparaît que celles-ci n'adressent pas nécessairement leurs demandes aux personnes les plus adéquates pour y répondre mais à celles avec qui elles ont tissé des relations de confiance. Il faut souligner aussi que la plupart des professionnels sont confrontés à des demandes similaires ou qui se rejoignent.

### Les réponses des professionnels

Les professionnels ne sont pas forcément outillés pour répondre à ces demandes, ce qui peut engendrer chez eux un sentiment de découragement, voire d'impuissance, surtout quand les demandes portent sur des besoins vitaux (comment se centrer sur la scolarité d'un enfant alors que celui-ci a faim ?).

Les professionnels doivent souvent faire face à des « conflits internes »; ainsi, par exemple,

3 Ce qui, dans les faits, pénalise le plus souvent les écoles plus de trois mois, puisqu'il faut attendre le prochain décompte (les comptages sont faits à date fixe) pour que la situation soit régularisée.

4 « Le milieu d'accueil évite toute forme de comportement discriminatoire basé sur le sexe, la race ou l'origine socioculturelle et socio-économique à l'encontre des enfants, des personnes qui les confient et des accueillant(e)s » (Art. 9 de l'Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant le code de qualité de l'accueil du 17/12/2003).

5 Ainsi, lors de la phase exploratoire, nous avons rencontré dans une autre commune un service social privé qui refusait de distribuer des colis alimentaires aux personnes sans papiers, arguant qu'il ne faut pas les encourager à rester puisqu'il n'y a de toute façon pas d'avenir pour elles en Belgique.



Photo © Feduski / Loyla Aerts

comment gérer le fait de se trouver en situation d'échec par rapport aux démarches entreprises en faveur des familles ?

Le professionnel, pour ne pas se maintenir dans des illusions de fantasme, devra accepter l'idée qu'il ne pourra résoudre tous les problèmes et qu'il sera amené à « renvoyer certaines familles à leur désespoir ».

Concernant le rapport aux familles et les pratiques envers celles-ci, il est parfois difficile, pour le professionnel, de comprendre la demande réelle des familles, celles-ci n'ayant pas nécessairement la volonté ou la capacité d'exprimer leurs sentiments profonds, en raison notamment de la complexité des situations qu'elles vivent et des traumatismes subis dans leur pays d'origine. Comment dès lors apporter une aide efficace à ces familles en demande ? De même, donner des repères éducatifs aux familles primo-arrivantes qui en font la demande amène souvent le professionnel à se remettre en question par rapport à ses propres conditionnements culturels. Comment répondre à la demande des familles en veillant à prendre en compte les spécificités culturelles de celles-ci ?

Le **temps** est un élément crucial. L'ensemble des professionnels s'accordent à dire toute l'importance de **prendre du temps** avec les familles pour trouver « un terrain d'entente ». Mais

accorder beaucoup de temps aux familles n'est pas toujours possible, vu la quantité de travail de chacun, et présente en outre le risque de voir les familles « s'accrocher », s'empêchant dès lors de voir d'autres professionnels peut-être plus compétents pour répondre à leur demande. Par ailleurs, chacun estime qu'il est important que les familles aient affaire à des intervenants variés afin d'accroître leur réseau social. Comment assurer un relais efficace tout en évitant discontinuités et ruptures ? Et que signifie exactement « **faire relais** » ?

Relayer une demande peut prendre la forme d'interventions plus ou moins importantes en temps et en investissement de la part des professionnels, en fonction des besoins des familles; ainsi, pour telle famille, fournir les coordonnées du ou des service(s) compétent(s) suffira pour que cette famille accède à ce ou ces service(s), alors que pour telle autre, un contact préalable (par exemple par téléphone) entre service « destinataire » et service « destinataire » sera nécessaire pour que la famille se sente sécurisée et accepte de se rendre de l'un à l'autre.

Dans bien des cas, le contact entre services permettra également de faciliter le travail du service « destinataire », en transmettant à celui-ci les informations contextuelles relatives à la famille nécessaires pour traiter la demande de celle-ci.

Pour certaines familles, enfin, un accompagnement physique d'un service à l'autre s'avérera indispensable, du moins dans un premier temps. Il n'est pas toujours simple, pour les professionnels, d'estimer l'importance de l'accompagnement à apporter; certains d'entre eux ont ainsi pu constater, a posteriori, qu'ils avaient surestimé le besoin d'accompagnement d'une famille, celle-ci ayant exprimé sa frustration et sa gêne d'être assistée à ce point dans des démarches qu'elle se sentait tout à fait apte à effectuer elle-même.

Cette situation reflète le fait que les professionnels disposent rarement du temps nécessaire pour faire connaissance avec la famille préalablement aux démarches qu'ils entreprennent pour celles-ci. Elle peut aussi être liée à la représentation que se font les professionnels des familles primo-arrivantes.

Pour résumer, quand une famille a une demande :

- soit le professionnel a un mandat pour répondre à cette demande. Dans ce cas, il y répond par une action directe. Il faut toutefois souligner l'insuffisance des moyens par rapport à la charge de travail : les familles primo-arrivantes sont de plus en plus nombreuses dans le quartier, et plus particulièrement celles qui sont dans des situations de grande précarité. De plus, malgré son man-

dat, le professionnel peut malgré tout être dans l'impossibilité de répondre à la demande, surtout dans les situations d'urgence;

- soit le professionnel n'a pas le mandat pour répondre à la demande. Dans ce cas, il peut choisir d'y répondre quand même, au cas par cas. Il peut aussi mettre en place un dispositif lui permettant d'élargir son mandat. C'est le cas de deux écoles, qui dans le cadre des subventions de discrimination positive, ont engagé une assistante sociale dont le rôle est entre autres de proposer un accompagnement social aux familles primo-arrivantes. Le professionnel peut également faire relais vers un service mandaté pour traiter la demande. Ici se pose à nouveau la question des moyens insuffisants : pour le professionnel qui fait relais et qui n'a pas forcément du temps pour le faire; pour le service qui prend le relais et qui peut se trouver surchargé de demandes.

### Des identités professionnelles en tension

L'identité professionnelle apparaît donc morcelée, écartelée entre différentes logiques, liées aux contextes (global, professionnel et local) et au public. Chaque travailleur va devoir ajuster les différentes facettes de son identité professionnelle et faire un travail intérieur, procéder à des arbitrages lui permettant un équilibre satisfaisant pour lui.

Ainsi, on peut proposer le modèle suivant : le travail des professionnels avec les familles primo-arrivantes se combine entre deux continuums liés aux contextes politiques d'une part, aux familles d'autre part. Le travail des professionnels avec ces dernières oscille entre l'enthousiasme et l'épuisement.

Par rapport aux contextes, les professionnels se situent entre l'acceptation / la collaboration des contextes politiques local et fédéral et la résistance à ce contexte. On peut croiser ces deux continuums.

Il y a une tension entre le respect des lois et réglementations et les réalités vécues par les familles primo-arrivantes avec lesquelles travaillent les professionnels.

Les actes de résistance à un contexte défavorable aux migrants sont nombreux. Il s'agit par exemple d'accepter les enfants non subsidiés car sans papiers dans le milieu d'accueil.

Par contre, l'acceptation du contexte politique peut aller jusqu'au refus d'inscription des enfants sans papiers dans un milieu d'accueil extrascolaire, ou encore jusqu'au refus d'aide matérielle aux familles en situation irrégulière.

Le contexte professionnel peut faire office de régulateur dans les tensions entre le contexte politique et le public. Tous les services ne sont en effet pas freinés par le contexte politique de la même manière. Certains, comme la consultation ONE, sont mandatés pour travailler avec tout le monde, indépendamment du statut des personnes. Dans ce cas, le travail avec les sans-papiers n'est pas un acte de « résistance ».

La résistance peut également se faire au niveau du contexte local. A Cureghem, celui-ci est peu favorable aux partenariats. Aussi, les services ayant réussi à créer des collaborations à long terme peuvent être qualifiés de « résistants » ou à tout le moins de pionniers.

### Pourquoi un travail en réseau

Le travail de réflexion collectif a permis d'amorcer un processus d'élaboration d'une identité collective. Tout comme les identités professionnelles spécifiques, l'identité professionnelle collective est liée aux contextes et au public. La construction de cette identité résulte aussi d'un arbitrage, d'un exercice d'équilibre entre les tensions dues aux différentes logiques pesant sur l'identité professionnelle. Mais dans ce cas, cet arbitrage pourra se faire de façon collective et donc être davantage exprimé et conscient. L'identité collective qui commence à s'amorcer chez les professionnels ayant participé aux ren-

contres est clairement liée au public commun à tous et au contexte local. Les professionnels se reconnaissent mutuellement comme travaillant avec un public similaire, composé en partie de primo-arrivants en situation de grande précarité, dans un espace commun qui est la zone de Cureghem, qu'ils voient comme un contexte local avec ses spécificités propres. Ils partagent la vision d'une zone longtemps désinvestie par les pouvoirs politiques locaux et la difficulté d'y faire aboutir des projets communs. L'identité professionnelle collective qui est en train de s'élaborer s'oriente vers « plus de résistance » aux contextes politiques et « plus d'enthousiasme » vis-à-vis des familles (voir ci-dessus).

Par ailleurs, l'identité professionnelle collective est un moteur pour l'élaboration d'un travail de **réseau**, celui-ci renforçant à son tour cette identité.

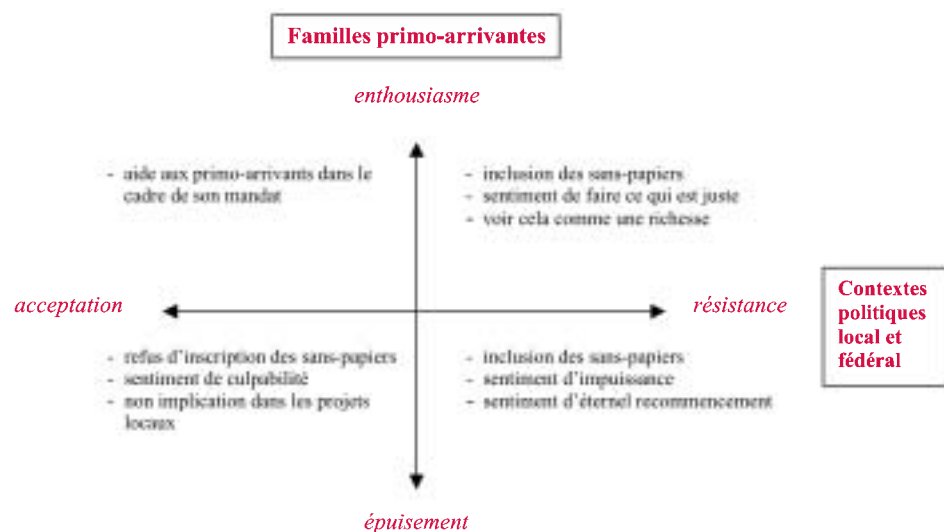
Pour certaines populations très fragilisées, connaître ses droits ne suffit pas toujours, il faut pouvoir « manier ceux-ci », les faire valoir, les revendiquer; ceci demande des compétences particulières que les individus n'ont pas toujours ou qu'ils perdent momentanément lors de ruptures, lors de périodes de grande fragilisation; dans ces moments-là, ils ont besoin de *bases de soutien*, de supports autres qu'administratifs pour utiliser leurs droits <sup>6</sup>.

Pour une famille, accéder à un service ne se limite pas à localiser celui-ci et à en identifier les conditions d'accès, mais suppose que l'on s'engage sur un parcours bénéficiant d'un minimum de repères, en particulier ceux constitués par les personnes proches, susceptibles de guider cette famille, la conseiller, la soutenir. Beaucoup de ces familles ont besoin d'aborder les services en étant soutenues par d'autres services en qui elles ont confiance, au sein desquels elles ont pu établir préalablement des relations inter-personnelles sécurisantes.

Travailler en réseau permet de renforcer ces bases de soutien en constituant une multiplicité de liaisons sécurisantes entre services, augmentant ainsi le support social à l'égard des familles fragilisées (primo-arrivantes, notamment) et améliorant leur accès aux services disponibles.

Au fil des réunions, les professionnels ont pris la pleine mesure de l'intérêt de travailler en réseau. Le réseau permet en effet d'optimiser l'enthousiasme et la résistance des professionnels; d'élaborer des projets collectifs porteurs de sens; de témoigner, interpellier, être porte-parole des sans-voix.

De plus, le réseau constitue aussi de façon collective un « filet de résilience », un soutien pour les familles et pour les professionnels. Le réseau permet de partager le « souci » que l'on se fait



<sup>6</sup> Joubert M. Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins. Prévenir 1995; 28.



pour les familles et de le transmettre à celles-ci. Par le travail en réseau, chaque professionnel n'est plus seul avec son sentiment d'impuissance, celui-ci est partagé. Les familles sont portées par l'ensemble des professionnels et non plus par chacun d'entre eux.

La confiance partagée entre professionnels peut également être transmise aux familles. Celles-ci, dont on a pu montrer l'isolement, sont dès lors incitées à constituer leur propre réseau. Elles peuvent sentir que plusieurs personnes « se soucient » d'elles, cherchent des solutions pour les aider, ce qui peut les aider à augmenter leurs capacités de résilience. Le réseau lui-même est un filet de résilience soutenant les professionnels (potentiellement tuteurs de résilience) et les familles (potentiellement résilientes).

Enfin, une autre des conséquences d'un travail

collectif est de développer un contrôle social des pratiques. En effet, les participants ont présenté leur travail à travers des situations concrètes. Ces présentations peuvent être considérées comme une expérience sociale à risque dans la mesure où chaque professionnel est amené à rendre ses propres pratiques visibles et donc à s'exposer aux regards des autres.

Pour réduire ce risque, le travail mené à Cureghem s'est effectué dans un cadre déontologique strict – tant vis-à-vis des familles que des travailleurs – élaboré avec les professionnels.

Le contrôle social des pratiques devrait à terme améliorer celles-ci. En effet, en s'exposant au regard d'autres professionnels, même dans un cadre déontologique, on tend à mettre en avant ses forces et donc à renforcer celles-ci.

Dans le contexte de Cureghem, le contrôle

social des pratiques permet par exemple de valoriser la résistance aux contextes politiques fédéral et local : les professionnels résistants ne sont plus seuls, ils sont portés par un ensemble, un réseau. Celui-ci est donc porteur de valeurs et créateur d'une culture professionnelle dépassant les identités professionnelles spécifiques.

**Joëlle Mottint, Anne-Françoise Dusart, Perrine Humblet**, Ecole de Santé Publique, ULB.

*Dans le cadre de la Recherche-action UNI-SOL menée en collaboration avec le Fonds Houtman et l'ONE*

*Adresse des auteurs : Ecole de Santé publique, ULB, route de Lennik 808 CP 597, 1070 Bruxelles. Tél.: + 32 (0)2 555 40 62.*

*Courriel : joelle.mottint@ulb.ac.be.*

## Vies en exil

### Une approche ethnographique du vécu de demandeurs d'asile en Communauté française de Belgique

**La recherche-action UNI-SOL en Communauté française de Belgique a débuté en 2003, à l'initiative du Fonds Houtman et de l'Office de la Naissance et de l'Enfance<sup>1</sup>. Quatre universités se sont impliquées dans une aventure originale: réaliser, ensemble, une recherche-action sur l'immigration récente.**

L'originalité ne s'est cependant pas arrêtée à cette démarche. En effet, non contents de collaborer étroitement à un projet d'une grande ampleur, les différents acteurs initiaux ont « osé » la différence. D'un objectif initial commun – l'amélioration du bien-être des enfants primo-arrivants et de leur famille – sont nées des **approches diversifiées** : diversité des méthodologies, diversité des théories, diversité des acteurs concernés.

La recherche-action UNI-SOL est donc extrêmement métissée. Cependant, ce **métissage** n'empêche aucunement une **réelle solidarité** entre universités, mais aussi entre les universités et « le terrain », une construction commune où interviennent conjointement chercheurs universitaires, intervenants sociaux (travailleurs psycho-sociaux, médicaux, scolaires, etc.), et familles immigrées.

### Demandeurs d'asile : quel vécu ?

Il existe de nombreuses formes d'immigration : regroupement familial, étudiants, demande d'asile, etc. L'équipe de l'Université de Mons-Hainaut a décidé de s'intéresser aux demandeurs d'asile en première phase de la procédure de régularisation vivant dans un centre ouvert fédéral et dans une Initiative locale d'accueil (ILA)<sup>2</sup>. Un demandeur d'asile est une personne ayant introduit une demande auprès de l'Office des étrangers afin de bénéficier du statut de réfugié, « *parce qu'elle craint, avec raison, d'être persécutée à cause de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social, ou ses opinions politiques*<sup>3</sup> ». Cependant, la procédure de régularisation demande du temps : chaque demandeur d'asile doit en effet pouvoir attester que ses craintes sont justifiées, mais souvent, les « preuves » attendues sont inaccessibles. La procédure elle-même, extrêmement com-

plexe, propose de multiples recours. Plusieurs mois, souvent plusieurs années, sont nécessaires pour aboutir à une décision définitive. Et, pour neuf personnes sur dix, cette décision leur refuse le statut de réfugié et les enjoint de retourner dans leur pays d'origine.

Dès lors, des questions se posent : comment vit-on, lorsqu'on arrive dans un pays étranger, qu'on a tout perdu, qu'on dépend d'une décision sur laquelle on ne peut peser ? Comment construit-on **sa vie de famille**, lorsqu'on est accueilli dans une structure d'accueil communautaire ? De quoi est fait le **quotidien** ? Quels projets peut-on faire pour l'**avenir** ? Est-il encore possible d'investir dans l'avenir ?

L'espace et le temps si particuliers des familles en procédure d'asile ont ainsi été approchés, pendant plus de deux ans et demi.

Une **visée de changement** ayant été retenue comme objectif principal de la recherche-action<sup>4</sup>, nous avons souhaité favoriser la réflexivité personnelle et sociale de chaque acteur impliqué dans le domaine de la demande d'asile : les intervenants sociaux travaillant dans l'accueil des personnes et les demandeurs d'asile eux-mêmes. Cette **stimulation de la réflexivité** de chacun avait un objectif double :

2 Les centres ne sont pas le seul mode d'accueil existant.

L'OCIV (Overlegcentrum voor Integratie van Vluchtelingen, "centre de consultation pour l'intégration des réfugiés") et le CIRE (Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers) sont des organisations-coupoles non gouvernementales qui organisent aussi l'accueil des demandeurs d'asile. Les Initiatives Locales d'Accueil (ILA) sont un autre type d'accueil, à petite échelle, proposé par certains CPAS. Ces structures accueillent les demandeurs d'asile pour le temps de la durée de la procédure. Elles offrent une aide matérielle (nourriture, logement, soins de santé, etc.).

3 Convention de Genève des Nations Unies, 1951.

4 Amélioration du bien-être des familles primo-arrivantes. Nous entendons par « primo-arrivante » toute personne étrangère présente sur le territoire belge depuis moins de cinq ans.

1 L'équipe de l'Université de Mons-Hainaut a également bénéficié du soutien du Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne.

- favoriser une prise de distance par rapport aux habitudes quotidiennes ;
- faire émerger des pistes d'actions concrètes de changement émanant du terrain même de la recherche-action.

Dans cette optique, les chercheurs ont adopté un regard étonné et positif, assurant le rôle de « passeurs de parole », « passeurs de pensées ». Ce regard particulier émane de l'anthropologie. L'anthropologie utilise différentes méthodes de recueil de données : l'entretien, l'observation participante, les procédés de recension et les sources écrites.

Des entretiens ont été menés, individuellement ou en groupe, formellement ou « autour d'un petit café ».

L'observation participante consiste, pour le chercheur, à se confronter à la réalité qu'il observe, en effectuant un séjour prolongé auprès des personnes (Olivier de Sardan, 1995). Il participe ainsi à la vie sociale, culturelle, voire rituelle des personnes qu'il observe (Copans, 1999). C'est dans cette optique que les chercheurs ont passé des séjours fréquents, répétés, prolongés au sein des structures d'accueil, partageant les repas et divers moments du quotidien.

Les chercheurs n'ont cependant pas été les seuls « observateurs » de ce vécu. Les regards experts des demandeurs d'asile eux-mêmes ainsi que ceux des intervenants sociaux ont été sollicités, favorisant une triangulation des observateurs. En outre, une approche originale, issue de l'ethnographie, est venue corroborer, compléter, nuancer et illustrer les données recueillies : la photographie.

### Voir : l'usage de la photographie

L'ethnographie consiste à « voir, mais aussi faire voir » (Laplantine, 2000). Le média utilisé pour « faire voir » (écriture, photographie) permet à chacun de se distancier de l'observation initiale. Cependant, il est essentiel de se livrer à un perpétuel mouvement de va-et-vient entre le sensible et l'intelligible, entre le concret et l'abstrait. Afin de favoriser cette médiatisation du vécu, et d'obtenir un maximum de renseignements sur leur vie quotidienne, sur leurs satisfactions et insatisfactions affectives, cognitives et sociales, nous avons donné à quarante demandeurs d'asile des appareils photographiques. Les photographes étaient libres de photographier ce qu'ils désiraient, comme ils le désiraient, au moment et à l'endroit choisis par eux. L'usage d'appareil photographique nous semble intéressant, et ce pour diverses raisons. Première-

5 Les intervenants sociaux, comme les demandeurs d'asile, consacrent peu de moments à une réflexion sur leur travail, leur vie. Trop souvent pris dans « l'urgence de l'agir », ils ne peuvent que difficilement prendre du recul afin de penser – ou repenser – leur quotidien.

ment, ce média permet, dans une certaine mesure, d'entrer dans une autre forme de communication. Les personnes ne sont pas placées dans une situation d'intervu passif, mais vont être les acteurs-experts, les photographes de leur vie, qui parlent de ce qu'ils vivent à des non-initiés, en commentant leurs œuvres.

Leur rôle social est ainsi valorisé, dans une perspective d'empowerment, les acteurs ayant pleinement conscience d'avoir un rôle majeur à jouer dans l'élaboration et l'évolution de l'étude. Cet outil a en outre permis d'éviter d'orienter la recherche avec certains a priori culturels. Enfin cela nous a permis de discuter des besoins sociaux réels formulés par ceux qui n'ont généralement pas le pouvoir de s'exprimer (Grell, 1981).

Suite à la prise des photographies et au développement des films photographiques, des entretiens ont été menés avec ces photographes amateurs afin de bien saisir le sens de ce qu'ils ont voulu montrer.

### Comprendre : explorer le sens des photographies

Ces entretiens portant sur les photographies ont permis non seulement de dégager le sens que les personnes attribuaient à chacune de leurs productions, mais aussi d'identifier de nombreuses dimensions du quotidien.

En effet, si certaines personnes ont choisi de photographier leur famille, leurs amis, illustrant ainsi un volet plus affectif et social de leur quotidien, d'autres ont photographié leurs plateaux repas, leur lit, une fenêtre, etc. D'autres encore ont photographié les cicatrices des tortures subies dans leur pays d'origine...

Des centaines de photographies ont été développées. Chaque image est porteuse d'un message, parfois très fort, frappant, voire heurtant pour celui qui la regarde. Cependant, afin de se préserver d'interprétations abusives, chaque photographie a été commentée par son auteur. Une catégorisation des dimensions du quotidien photographiées par les demandeurs d'asile a été effectuée après l'analyse des discours de tous les photographes. Les vingt-sept dimensions relevées dans les entretiens ont été catégorisées en cinq grands axes, un axe physique et quatre axes psychosociaux (dimensions affective, cognitive, sociale et idéologique <sup>6</sup>).

Dans la dimension « besoins physiques », les demandeurs d'asile ont souligné certains aspects très positifs de leur vie. Par exemple, pouvoir bénéficier d'une assistance médicale de qualité et gratuite, pouvoir pratiquer des exercices physiques, être logés. Cependant, sur le plan physique, d'autres éléments du quotidien sont pénibles.

6 Ces quatre dimensions psychosociales sont issues du Modèle des douze besoins de J.-P. Pourtois et H. Desmet (2004).

Ainsi, de nombreux demandeurs d'asile illustrent leur sentiment de dégoût face au manque d'hygiène de certains de leurs « cohabitants » <sup>7</sup>.

Les troubles du sommeil sont récurrents dans les discours des photographes. Ainsi, un jeune homme désigne son lit comme « mon lit de misères ». Un autre souligne la couleur choisie pour les montants du lit : « le rouge, c'est la couleur du sang, c'est le danger ». Beaucoup évoquent les ruminations mentales qui provoquent des insomnies « la nuit, je pense à là-bas, je me demande ce qui va arriver ».

Enfin, la nourriture est un élément très souvent décrié par les personnes vivant en structure d'accueil communautaire : ils soulignent le manque de variété et d'équilibre des repas, la manière de présenter les mets (pas sur des assiettes, mais sur un plateau compartimenté en plastique). Ces diverses considérations sont toutefois toujours nuancées. Un homme nous annoncera, en montrant la photographie qu'il a prise de son plateau-repas : « Ce n'est pas bon, mais je n'ai pas dit que c'était mauvais ». En effet, « on a à manger, c'est déjà ça... On ne peut pas se plaindre », précisent certains adultes.

La première dimension psychosociale est intitulée « affiliation ». L'affiliation désigne l'attachement d'un individu à son groupe d'appartenance. Ainsi, certains soulignent l'importance de pouvoir s'appuyer sur la famille, sur des amis, sur un conjoint, afin d'obtenir du soutien. Mais apparaissent également dans cette dimension la souffrance, le chagrin de la perte des membres de sa famille, des amis, etc., les deuils à faire, les personnes dont on n'a aucune nouvelle. La vie communautaire engendre des difficultés particulières : le manque d'intimité, la promiscuité permanente <sup>8</sup>, le règlement d'ordre intérieur extrêmement strict, limitant l'autonomie de chacun. Un sentiment d'infantilisation est fort présent chez la plupart des adultes.

La deuxième dimension psychosociale porte sur l'accomplissement, c'est-à-dire la possibilité de s'accomplir au quotidien, de pouvoir agir sur son environnement. Cette dimension concerne la formation, la scolarité pour les enfants, les activités quotidiennes et le travail au sein de la structure d'accueil <sup>9</sup>.

7 Lorsqu'un demandeur d'asile arrive seul au sein d'une structure d'accueil de type communautaire, il est logé dans une chambre avec cinq autres « isolés », dans des lits superposés.

8 Les chambres sont communes à six personnes pour les demandeurs d'asile isolés, et une chambre est attribuée par famille (père, mère, enfants, parfois même grands-parents). Les douches sont communes, situées dans les couloirs.

9 Les demandeurs d'asile ne bénéficient pas d'un permis de travail. Ce qui est dénommé ici « travail » concerne des tâches ménagères d'entretien des locaux communs ou de vaisselles. Les demandeurs d'asile volontaires s'engagent à travailler pendant deux semaines. Une rétribution est octroyée à l'issue de ces quinze jours, de l'ordre de 32 euros.

La scolarité est un élément d'intense satisfaction pour les parents. Les enfants ont ainsi l'occasion de suivre une scolarité jugée « de qualité » par les parents. En outre, ils peuvent rencontrer d'autres enfants, et apprendre très vite le français. Les formations sont perçues comme un moyen utile de « passer le temps ». Cependant, les demandeurs d'asile précisent les difficultés énormes qu'ils rencontrent afin de faire valoir leurs formations antérieures. Par exemple, il n'est pas rare de voir un médecin s'inscrire dans un graduat en infirmerie, parce qu'il n'a pu prouver qu'il avait ce diplôme au pays, ou parce qu'aucune équivalence n'a été établie entre le diplôme belge et celui qu'il détient.

L'«**inscription sociale**» est la troisième dimension psychosociale. Cette inscription sociale des demandeurs d'asile au sein de la société d'accueil semble difficile, pénible. Elle dépend beaucoup de la décision qui sera prise au niveau de la demande d'asile. Ce frein majeur de la procédure d'asile engendre chez certaines personnes une **inhibition de l'action**, une **indisponibilité cognitive** et une **lassitude** immense. Les personnes sont donc très souvent dans une situation d'attente, ne sachant si elles peuvent s'investir dans ce nouveau pays, dans de **nouveaux tissages affectifs**. Cependant, certains s'appuient sur de nouvelles rencontres, des amitiés, des relations amoureuses. Cela renforce leur sentiment de pouvoir un jour «**repren dre racine**» sur le sol belge. Ces soutiens sociaux deviennent même pour certains un tremplin pour un engagement social, une participation active à des groupes de réflexion, à des groupes de parole, voire à des groupes de revendication.

La dernière dimension, l'«**enculturation**», définie par Pourtois et Desmet (2004) comme la transmission des valeurs et des représentations collectives, concerne les valeurs et les croyances religieuses ou philosophiques des demandeurs d'asile.

La **religion** est un élément essentiel pour les personnes croyantes. Elles puisent dans leur foi des **ressources** qu'elles se disent incapables de puiser ailleurs : « *Prier Dieu pour garder le courage, pour trouver des réponses, pour parler dans ma langue avec quelqu'un qui me comprend* ». Apparaissent dans cette dimension toutes les difficultés que rencontrent les parents au niveau de **l'éducation**.

Les parents doivent faire face à des pratiques éducatives parfois extrêmement éloignées des leurs. Or, vivant au sein d'une structure communautaire, ils sont confrontés aux assignations sociales véhiculées par les travailleurs sociaux. Par exemple, une mère disait « *ils m'ont dit : tu tapes pas ton enfant. Alors, je tape plus. Mais comment je le punis, alors ? Ils m'ont dit : tu parles doucement, tu expliques. Je parle, mais ça ne va pas* ». Cette mère est confrontée à un dilemme



Photo © Fedasil / Loyla Aerts

grave : elle ne peut plus punir son enfant comme elle le faisait avant, mais n'a aucun moyen pour remplacer le comportement éducatif rejeté par la société d'accueil. Elle ne signifie plus à son enfant les limites qu'il ne peut dépasser. Dès lors, elle conclut « *Je ne suis plus sa mère. C'est le centre qui est sa mère* ».

### **Agir : pour un mieux-être au quotidien**

Les **pratiques** actuelles des **intervenants sociaux** tendent vers le **bien-être** des personnes primo-arrivantes. Cependant, malgré leur **compétence** et leur **humanité**, les intervenants sociaux sont limités dans leurs actes par les innombrables contingences liées aux lois actuellement en vigueur et aux institutions.

Il ne nous appartient pas de proposer des changements profonds dans les démarches liées à la demande d'asile. Par contre, certains éléments peuvent être aménagés de façon à **assurer un vécu moins difficile** pour chaque personne.

Emanant des acteurs de la recherche-action, les pistes suivantes pourront déboucher sur des **pratiques visant un mieux-être** des personnes demandeuses d'asile.

### **Favoriser l'affiliation aux groupes d'origine**

Il importe de favoriser la **reliance** entre chaque individu et son environnement. Développer les possibilités de nouer des liens au sein d'un groupe de la communauté d'origine, ou au sein d'un groupe de même croyance religieuse, ou de personnes qui parlent la même langue est

essentiel. Pour parvenir à répondre au besoin d'**attachement** de chacun, les voies d'entrée sont nombreuses : associations de fait, asbl, lieux de culte, etc. sont autant de lieux où de tels liens peuvent s'établir. Une information complète et détaillée sur les lieux de rencontres disponibles autour du lieu de résidence serait extrêmement précieuse.

Mais il est également primordial pour certains demandeurs d'asile de pouvoir bénéficier d'informations sur les membres de leur famille restés au pays. La Croix-Rouge parvient parfois à localiser certaines personnes. Souvent, cependant, les recherches sont longues et infructueuses.

### **Créer des opportunités d'accomplissement personnel et collectif**

Chaque individu possède en lui des ressources et des richesses provenant de ses **expériences passées** et de ses formations formelles et informelles. Cependant, dans bien des cas, les savoirs et savoir-faire antérieurs des demandeurs d'asile sont niés ou non considérés. Ce constat est dommageable pour au moins deux raisons : premièrement, c'est une atteinte profonde à la **considération** et à **l'estime de soi** d'une personne; deuxièmement, c'est gâcher les possibilités d'un **enrichissement mutuel**. Mettre en place une forme de «**réseau d'échanges de savoirs**» serait intéressant pour pallier les manques actuels en la matière. Ce réseau permettra à chacun d'expérimenter de nouvelles connaissances et pratiques. De plus, celui qui possède un « savoir » se verra considéré par ses pairs.



## Favoriser l'inscription sociale

Chacun doit pouvoir trouver « sa » place au sein de la société d'accueil. Pour y parvenir, il importe de respecter le degré d'implication de chacun et de laisser à chaque personne du temps pour « prendre ses marques », explorer le **nouvel environnement** et enfin se poser. Certains demandeurs d'asile apprennent très rapidement le français, alors que d'autres mettent des mois, voire des années. Cet exemple n'est cependant pas le reflet d'une volonté chez ces personnes de « s'intégrer » ou au contraire de vivre dans une forme de repli communautaire. Les demandeurs d'asile perçoivent parfois une assignation sociale extrêmement pesante et pressante de « s'intégrer ». Mais il existe presque autant de **formes d'inscription sociale** qu'il existe d'individus.

## Favoriser l'historicité

Chaque personne est porteuse d'une histoire personnelle, culturelle, sociale. La migration, véritable **bouleversement** dans les habitudes de vie de la personne, entraîne une rupture, une déconnexion avec son passé et donc avec son histoire. Favoriser l'historicité des demandeurs d'asile permettra d'**assurer un enracinement et une continuité identitaires**. Il importe que la personne prenne conscience de la façon dont elle porte en elle son histoire, et dont cette histoire influe sur ses stratégies actuelles. Cette conscientisation permet à la fois d'ancrer le **sentiment d'appartenance** de l'individu à son groupe d'origine et de créer des stratégies pouvant réorienter son histoire, la modifier afin de **faire face aux situations nouvelles**.

## Pour une politique de l'humain...

Les demandeurs d'asile ont montré, au cours de cette recherche-action, les problèmes majeurs auxquels ils sont confrontés quotidiennement. Leur bien-être est sans cesse menacé par la précarité de leur situation.

Face au désarroi, aux souffrances mentales et sociales, aux épreuves d'une quotidienneté subie, il est indispensable d'attacher la plus grande vigilance aux difficultés liées à l'affiliation, à l'inscription sociale, à l'accomplissement et à l'historicité de chaque personne primo-arrivante. L'attention doit également porter sur les aspects physiques liés à ces conditions de vie particulières.

Puissions-nous espérer que les politiques à venir sachent s'engager dans les voies ici évoquées et les concrétiser dans des pratiques dynamiques et efficaces. Afin, d'une part, de tirer le meilleur parti des ressources que l'on peut déceler chez ces personnes et, d'autre part, de réduire la souffrance humaine qui accompagne ces parcours qui n'ont été ni voulus ni désirés.

Les demandeurs d'asile que nous avons rencontrés démontrent aussi qu'il est toujours possible de contourner les déceptions et les déliances, pour bâtir progressivement un monde où la reliance prédomine. Ces acteurs de terrain, véritables piliers de leur propre reconstruction, ont besoin, au cours de leur cheminement, de pouvoir s'appuyer sur des tuteurs de développement et sur des tuteurs de résilience (Cyrulnik, 2005). Les intervenants sociaux devraient pouvoir agir en tant que tels : devenir, pour certains demandeurs d'asile traumatisés, des tuteurs de résilience, et pour tous, des tuteurs assurant un développement optimal.

La triangulation interuniversitaire des données a permis de mettre en évidence les points communs et les divergences propres à chaque « terrain » de la recherche-action UNI-SOL. Un constat est cependant récurrent : le temps d'attente d'une régularisation est extrêmement long et préjudiciable pour la santé psychosociale des demandeurs d'asile.

Dès lors, il s'agit non seulement de veiller à circonscrire ces atteintes au bien-être des enfants, des femmes et des hommes qui arrivent sur le territoire belge, mais aussi d'investir ce temps comme un temps de développement identitaire et social.

A un autre niveau, il est nécessaire de sensibiliser la population autochtone à ces réalités de vie souvent peu ou mal connues, afin d'introduire un changement dans les regards posés sur la demande d'asile et sur ses « bénéficiaires ». Oser penser une politique de l'humain, une politique innovante et à la hauteur des défis que nous lancent les civilisations d'aujourd'hui, est un objectif essentiel pour une Europe métissée.

**Benoît Demonty et Delphine Jouret,**

Université de Mons-Hainaut. Directeurs de recherche : **Jean-Pierre Pourtois et Huguette Desmet**

*Dans le cadre de la Recherche-action UNI-SOL menée en collaboration avec le Fonds Houtman et l'ONE*

*Adresse des auteurs : Département de Développement familial et communautaire, Université de Mons-Hainaut, Place du Parc 18, 7000 Mons. Tél.: + 32 (0)65 37 31 12. Courriel : delphine.jouret@umh.ac.be.*

## Bibliographie

- Copans J. (1999). *L'enquête ethnologique de terrain*. Paris : Nathan.
- Cyrulnik B. (2005). *Le murmure des fantômes*. Editions Odile Jacob.
- Grell P. (1981). Problématiques de la recherche-action. Dans *Revue de l'Institut de Sociologie*. 1981 – 3. Université Libre de Bruxelles, 605-614
- Laplantine F. (2000). *La description ethnographique*. Paris : Nathan (2<sup>e</sup> édition).
- Olivier de Sardan J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. Dans : *Enquête 1, Les terrains de l'enquête*, pp.71-112.
- Pourtois J.-P. et Desmet H. (2004). *L'éducation postmoderne*. Paris, PUF (4<sup>e</sup> édition).

## DOCUMENTATION

# Des ressources documentaires

**La consommation des soins de santé diffère bien souvent en fonction de la catégorie sociale: plus on est élevé dans la hiérarchie sociale, plus on a recours aux divers types de soins offerts. En revanche, on constate chez les plus démunis une propension au cumul complexe des symptômes, des maladies et des facteurs de risque, avec notamment la réapparition de certaines maladies que l'on ne rencontrait pour**

**ainsi dire plus dans les pays développés, comme la tuberculose par exemple.**

Le statut des primo-arrivants, des migrants, des réfugiés... entraîne bien souvent un état de santé précaire. En effet, confrontés aux difficultés de trouver un travail et un logement salubre, ces populations doivent faire face aux aléas administratifs (permis de séjour, permis de travail...) qui représentent, dans certains cas, un autre obstacle, celui de l'incertitude et de l'attente de recevabilité engendrant ainsi la peur d'être

refusés ou éventuellement expulsés. Ces sentiments d'insécurité ajoutés à la solitude, aux conditions de vie incertaines, au choc des cultures, aux éventuels problèmes de langue, ne favorisent ni leur intégration, ni leur santé.

Profitant de ce numéro spécial consacré au projet UNI-SOL, le RESOdoc a voulu présenter une sélection de 8 mémoires – défendus à l'Unité d'éducation pour la santé RESO de l'UCL – traitant des problèmes de santé et de l'accès aux soins de ce type de population.

Ces mémoires sont consultables et/ou empruntables pour une durée de 15 jours (moyennant une caution de 3 euros par ouvrage) auprès du service de documentation RESOdoc<sup>1</sup>.

STENUIT I. (2005), *Etude des facteurs de résilience de réfugiés africains, originaires de la Région des Grands Lacs, en vue de promouvoir leur santé mentale : recherche exploratoire* (RESO A.07.02.298).

Peu d'études ont été consacrées au processus de résilience chez les réfugiés africains, raison pour laquelle cette recherche se veut exploratoire. L'auteur s'intéresse à la migration des réfugiés africains originaires de la Région des Grands Lacs, à leur histoire, aux épreuves qu'ils ont dû surmonter mais surtout aux capacités dont ils ont fait preuve pour affronter leur nouvelle vie. L'approche de cette problématique s'est donc faite par une compréhension du vécu des réfugiés et par une recherche des facteurs de résilience.

Ensuite, après avoir fait le lien entre la résilience et la promotion de la santé, quelques pistes ont été dégagées afin de promouvoir la résilience et ainsi, la santé mentale, des réfugiés arrivant en Belgique. Cette recherche souligne la nécessité d'accompagner, d'aider les réfugiés, de croire en leurs capacités.

LAMBIN S. (2004), *Etude des facteurs de compliance des primo-arrivants au traitement de la tuberculose* (RESO A.07.02.276).

En parcourant la littérature, on constate que le statut des primo-arrivants entraîne souvent un état de santé plus précaire. De plus ces personnes sont souvent confrontées à des représentations de la maladie et de la santé qui ne sont pas les leurs.

La recherche exploratoire a consisté à analyser la perception qu'ont les primo-arrivants tuberculeux de leur maladie et de leur traitement et de la place qu'elle occupe dans leur quotidien. Les résultats de cette recherche ont permis d'apporter des éléments de réponse au questionnaire général : comment améliorer l'accompagnement des primo-arrivants tuberculeux en Belgique ? Suite aux résultats obtenus par entretiens semi-dirigés, on s'est aperçu que les facteurs liés aux primo-arrivants et les facteurs d'accessibilité au traitement sont des obstacles majeurs à la compliance. La non-maîtrise de la langue et l'isolement sont également une barrière non négligeable.

HOTSTETTER M. (2004), *Prévention du diabète de type II dans la population marocaine à risque, immigrée de deuxième génération du quartier des Marolles* (RESO A.07.02.274).

Le diabète de type II reste un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Les personnes immigrées vivant dans les pays développés constituent des populations particulièrement sensibles pour les intervenants de santé en raison de la prévalence très élevée de la maladie. Ces personnes sont également sensibles dans leur relation avec les soignants. Une recherche exploratoire a été réalisée par une approche qualitative en effectuant des entretiens semi-dirigés, analysés par la méthode catégorielle, ce qui a permis de mieux comprendre ce qui pose certaines difficultés en matière de prévention du diabète et en ce qui concerne la relation. Ce mémoire a fait l'objet d'un article paru dans la revue Santé Conjuguée d'avril 2005.

STIENS F. (2003), *La construction de l'estime de soi en classe ? Analyse des perceptions des enfants et des institutrices concernant l'adoption par l'institutrice d'attitudes éducatives favorables à la construction de l'estime de soi* (RESO A.07.02.244).

Cette recherche exploratoire à visée d'action avait comme objectif de mettre en évidence les perceptions qu'ont les élèves de l'influence que l'enseignante peut avoir, au travers de l'adoption de certaines pratiques éducatives, sur les quatre composantes de l'estime de soi, à savoir : le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment de compétence et le sentiment d'appartenance. Pour cela, deux classes de 3<sup>e</sup> primaire dans une école à discrimination positive ont été sélectionnées et ont fait l'objet d'entretiens auprès des enseignantes et auprès des enfants. Diverses pistes d'actions sont proposées dans le cadre d'un projet en éducation pour la santé.

SEPULCHRE F. (2002), *Des enfants violents ? Analyse des perceptions de situation de conflit auprès des enfants d'une association de quartier* (RESO A.07.02.229).

Une association de promotion sociale, située à Bruxelles, travaille avec une population spécifique constituée de réfugiés politiques d'origine chaldéenne, arménienne... La visée est d'accompagner ces personnes dans leur processus d'intégration à la société belge. En 2001, de jeunes animateurs ont quitté l'association, rebutés disaient-ils par la violence des jeunes : leurs insultes, leurs disputes, leurs attitudes arrogantes. Cette recherche poursuit ainsi trois buts : mieux connaître et comprendre la situation à partir de l'enfant ; trouver des éléments d'explication de la conduite à transmettre aux animateurs et justifier ou non leur perception de violence ; dégager des pistes pour l'association afin de construire une pédagogie adaptée aux besoins, au langage et aux préoccupations de l'enfant.

HUBENS V. (2002), *Médecine scolaire et écoles à discrimination positive : vers un renforcement d'un partenariat avec les familles et les autres institutions* (RESO A.07.02.232).

La santé des enfants dans les écoles à discrimination positive est moins bonne que celles des élèves des autres écoles. De plus, le suivi des recommandations suite au dépistage est très faible. Expliquer ce mauvais suivi et rechercher des solutions font l'objet de ce mémoire. Les pistes d'action envisagées sont : l'orientation des familles ; le partenariat avec d'autres institutions, les familles et leur réseau social informel ; et d'autres actions en éducation pour transformer les besoins latents en besoins ressentis. La visite médicale au sein de l'établissement scolaire et la présence d'un parent à cette visite constituent une opportunité d'agir à ces différents niveaux.

MOUJTAHID K. (2001), *Analyse des besoins de santé d'un groupe de femmes immigrées et analphabètes dans la perspective d'une intégration de l'éducation pour la santé à la formation d'alphabetisation* (RESO A.07.02.209)

L'objectif de ce mémoire est d'analyser les besoins en matière d'éducation pour la santé des femmes immigrées afin de promouvoir l'intégration de cette activité dans le cadre de l'alphabetisation. Pour ce faire, une recherche qualitative a été réalisée auprès d'un groupe de femmes analphabètes et de l'équipe des formateurs en alphabetisation. L'analyse des entretiens semi-dirigés et effectués par photolangage met en évidence les besoins de santé exprimés par les femmes et ceux perçus par les formateurs. Les possibilités d'intégration de l'éducation pour la santé à la formation d'alphabetisation ont également été analysées.

NCAMURWANKO D. (2000), *La santé et le milieu scolaire des enfants de migrants : rôle de l'éducation pour la santé* (RESO A.07.02.174)

Les enfants de migrants fréquentant l'école rencontrent pas mal d'obstacles non seulement dans leur apprentissage scolaire, mais aussi dans leur mode et qualité de vie. Des facteurs socio-sanitaires, culturels et environnementaux feraient qu'ils adoptent des comportements inadaptés, observés ou vécus, plus que leurs pairs autochtones. Pour s'en sortir, les enfants de migrants tant à l'école qu'en famille, auraient besoin d'être encadrés et visités par différents intervenants. Les questions-problèmes de ce mémoire ont particulièrement été axées sur les facteurs centraux générateurs des problèmes de santé des enfants de migrants en milieu scolaire interculturel et sur la nécessité d'une action préventive.

**Yvette Gossiaux et Karine Verstraeten**

Adresse des auteurs : RESOdoc, Av. E. Mounier 50, 1200 Bruxelles. Tél. 02 764 50 37 ou 38.

1 D'autre part, la liste et le résumé de tous les mémoires défendus à l'Unité RESO-UCL sont consultables sur Internet à <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso> (38.000 références), à la base de données d'organismes actifs en promotion de la santé



Photo © Fedasil / Layla Aerts

# Sommaire

## Introduction

Universités solidaires,  
par *Marc Vainse*, Fonds Houtman 2

## Initiatives

Interaction entre familles récemment immigrées et services : une recherche-action pour le bien-être des enfants, par *Altay Manço*, Irfam, *Michel Born* et *Sylvie Petit*, Université de Liège 3

Comment les services PSE et les écoles peuvent-ils favoriser la résilience et promouvoir la santé des enfants et des adolescents primo-arrivants ?, par *Florence Renard*, *Emmanuelle Martin* et *Alain Deccache*, Unité RESO UCL 7

Travailler avec des familles primo-arrivantes sans papier : quelles implications pour les professionnels ?, par *Joëlle Mottint*, *Anne-Françoise Dusart* et *Perrine Humblet*, Ecole de Santé publique ULB 11

Vies en exil, une approche ethnographique du vécu des demandeurs d'asile en Communauté française de Belgique, par *Benoît Demonty* et *Delphine Jouret*, Université de Mons-Hainaut 15

## Documentation

Ressources documentaires, par *Yvette Gossiaux* et *Karine Verstraeten*, RESODOC UCL 18

**Mensuel (11 numéros par an. ne paraît pas en juillet).**

**Abonnement** : gratuit pour la Belgique, 25 € pour 11 numéros pour l'étranger. Paiement par virement bancaire sans frais. RIB : BACBBEBB. IBAN : BE60 7995 5245 0970. Si paiement par chèque, ajouter 20 € pour les frais bancaires.

**Réalisation et diffusion** : Infor Santé, Alliance nationale des mutualités chrétiennes, dans le cadre de la Cellule de Coordination intermutualiste ANMC-UNMS.

**Rédacteur en chef, secrétaire de rédaction** : Christian De Bock (02-246 48 50, christian.debock@mc.be).

**Secrétaire de rédaction adjoint** : Catherine Spièce (02-515 05 85, catherine.spiece@mutsoc.be).

**Journalistes** : Véronique Janzyk, Carine Maillard.

**Rédaction** : Maryse Van Audenhaege, Carole Feulien.

**Documentation** : Maryse Van Audenhaege (02 246 48 51, maryse.vanaudenhaege@mc.be).

**Site internet** : Maryse Van Audenhaege.

**Contact abonnés** : Carole Feulien (02 246 48 52, carole.feulien@mc.be)

**Comité stratégique** : Martine Bantuelle, Luc Berghmans, Benoît Dadoumont, Christian De Bock, Alain Deccache, Sophie

Fiévet, Véronique Janzyk, Charlotte Lonfils, Roger Lonfils, Carine Maillard, Paul Sonkes, Catherine Spièce, Bernadette Taeymans, Patrick Trefois, Maryse Van Audenhaege, Chantal Vandoorne, Christian Van Rompaey.

**Comité opérationnel** : Alain Cherbonnier, Christian De Bock, Jacques Henkinbrant, Véronique Janzyk, Thierry Poucet, Maryse Van Audenhaege.

**Editeur responsable** : Edouard Descampe, chaussée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles.

**Maquette et mise en page** : Muriel Logist.

**Impression** : Hayez.

**Tirage** : 3.300 exemplaires.

**Diffusion** : 2.900 exemplaires.

**ISSN** : 0776 - 2623.

Les articles publiés par *Education Santé* n'engagent que leurs auteurs. Les articles non signés sont de la rédaction. La revue n'accepte pas de publicité.

Les textes parus dans *Education Santé* peuvent être reproduits après accord préalable de la revue et moyennant mention de la source.

**Pour tous renseignements complémentaires** :

Education Santé, chée de Haecht 579/40, 1031 Bruxelles. Tél.: 02-246 48 52. Fax : 02-246 49 88 (indiquer ANMC-Education Santé comme destinataire).

Internet : [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be)  
Courriel : education.sante@mc.be

**Pour découvrir les outils francophones en promotion de la santé, une seule adresse** : [www.pipsa.org](http://www.pipsa.org)

Revue membre de l'A.R.S.C., Association des revues scientifiques et culturelles – [www.arsc.be](http://www.arsc.be)

Les textes de ce numéro seront prochainement disponibles sur notre site [www.educationsante.be](http://www.educationsante.be) (sous réserve d'acceptation des auteurs).



La revue *Education Santé* est réalisée avec l'aide du Ministère de la Communauté française de Belgique Département de la Santé.