



# *Accès à la santé et Parcours d'Exil*

DE LA RECONNAISSANCE À L'AGIR

**Actes des journées  
d'échanges et de réflexion  
des 8 et 9 décembre 2016 à Bruxelles**



Cultures  
& Santé

Réalisation : Cultures & Santé



Éditeur responsable : Denis Mannaerts, 148 rue d'Anderlecht  
1000 Bruxelles (Cultures & Santé)  
PS 2017

Crédit photo : Michele Spagnolo

Illustration couverture : Alain de Pierpont / echangegraphic.be

D/2017/4825/6

Ce livret peut être téléchargé sur notre site [www.cultures-sante.be](http://www.cultures-sante.be).

Il peut être commandé gratuitement (+ frais d'envoi)

auprès de notre centre de documentation

[cdoc@cultures-sante.be](mailto:cdoc@cultures-sante.be)

+32 (0)2 558 88 11

Avec le soutien de



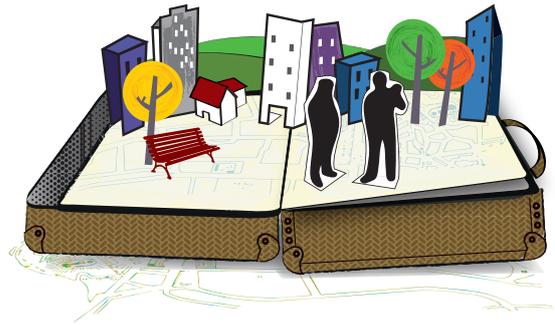
*Accès à la santé  
et Parcours d'Exil*

DE LA RECONNAISSANCE À L'AGIR

**Actes des journées  
d'échanges et de réflexion  
des 8 et 9 décembre 2016 à Bruxelles**

Fin 2016 Cultures&Santé a organisé, deux journées d'échanges et de réflexion portant sur la promotion de la santé des personnes ayant vécu l'exil. Beaucoup de ces femmes et de ces hommes sont souvent confrontés, dans le pays d'accueil, à des systèmes peu lisibles et à des démarches complexes qui freinent l'accès à des ressources favorables à leur santé (soins, aide sociale, emploi, logement...). Dans une société qui leur demande tantôt de suivre un trajet défini, tantôt de devenir « acteur·rice·s », cette inadéquation est susceptible de fragiliser leurs conditions de vie. Les professionnel·les, de leur côté, peuvent également se sentir peu outillées pour promouvoir la santé de ces personnes.

Dès lors, comment améliorer l'accessibilité de l'information relative la santé ? Comment croiser les représentations, les réalités des personnes ayant vécu l'exil et celles des professionnel·les ? Comment mieux valoriser les ressources et compétences de chacun·e ?



## Accès à la santé et Parcours d'Exil

DE LA RECONNAISSANCE À L'AGIR

Journées d'échanges et de réflexion  
8 et 9 décembre 2016

### SÉMINAIRE

(8 décembre 2016)

*Des outils pour promouvoir la santé  
des personnes ayant vécu l'exil* | 7

### CONFÉRENCES

(9 décembre 2016 - matin)

*Actualités de la Charte d'Ottawa  
et promotion de la santé des migrant.e.s* | 11

*Inégalités sociales de santé et parcours  
d'exil : Quelques réflexions sur les  
enjeux d'une relation complexe entre  
vulnérabilités et facteurs protecteurs* | 15

*Accès aux soins de santé pour  
les personnes sans titre de séjour :  
Théorie vs réalité* | 23

*Le sujet de l'exil... l'exil du sujet* | 27

*Des outils pédagogiques pour  
promouvoir la santé des personnes  
ayant vécu l'exil : Retour du séminaire* | 33

### ATELIERS

(9 décembre 2016 - après-midi)

*Atelier I : Accès à l'information  
et littératie en santé* | 37

*Atelier II : Dynamiques collectives  
et développement des compétences* | 43

*Atelier III : L'action culturelle  
au service de la reconnaissance :  
Un atout santé* | 49

*Atelier IV : Posture professionnelle  
et accueil de l'altérité* | 55

*Conclusion de la journée :  
Interviews portraits chinois* | 61





ADAPTABLE

« accessible » (dans une langue simple)  
Pas trop long

L'outil doit être non-culpabilisant

L'outil doit être gratuit

adapté au public cible

## SÉMINAIRE « DES OUTILS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ DES PERSONNES AYANT VÉCU L'EXIL »

*Animé par Cultures&Santé en collaboration avec Catherine Spièce (PIPSa)*

Ce séminaire, organisé dans le cadre des journées de réflexion et d'échanges sur la promotion de la santé des personnes ayant vécu l'exil, portait plus spécifiquement sur la question de l'**outil pédagogique**.

La rencontre a été animée par **Cultures&Santé**, en partenariat avec **Catherine Spièce** du Service promotion de la santé de Solidaris, qui développe le projet **PIPSa** (Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé), le site web de l'Outilthèque Santé, centre de référence de jeux et d'outils pédagogiques en promotion de la santé.

Nombreux sont les secteurs d'activité, en lien avec la santé, dans lesquels fleurissent des initiatives de création de supports pédagogiques. Il nous paraissait donc important de prendre un temps de réflexion autour de cette question et de la mettre en lien avec la question de l'accès à la santé pour les personnes ayant vécu l'exil.

Issus d'institutions et de secteurs variés, les acteurs et les actrices présentes à ce séminaire avaient le point commun d'avoir participé, de près ou de loin, à la création d'un ou de plusieurs outils pédagogiques. Outils maison ou produits en nombre et largement diffusés, ceux-ci permettent de mettre en place des démarches de

## L'IMPORTANCE D'UN LANGAGE COMMUN

promotion de la santé auprès de personnes ayant vécu l'exil. Ceux-ci viennent soutenir le travail des acteurs et actrices de terrain et améliorer l'accès à certaines connaissances, compétences et ressources pour les personnes ayant vécu l'exil.

Ces outils pédagogiques<sup>1</sup> de promotion de la santé peuvent :

- Prendre des **formes** variées : une brochure d'information, un coffret DVD, des fiches d'animation, une affiche, un plateau de jeu, un diaporama, une bande dessinée, un film, un bulletin d'information...
- Répondre à différents **objectifs** : sensibiliser, enrichir les représentations, produire une réflexion, créer le débat, informer, orienter, soutenir l'exercice de compétences...
- Concerner un ensemble de **thématiques** ayant trait à la santé de manière large ou à un déterminant de la santé : vie affective et sexuelle, parcours d'exil, parentalité, citoyenneté, tabagisme, aide sociale, accès aux soins...

Quelques questions ont balisé notre après-midi de réflexion et de construction :

*Comment procédons-nous pour concevoir ces supports? Sur quels critères nous appuyons-nous pour construire nos outils?*

*En quoi les outils créés sont-ils adaptés aux personnes ayant vécu l'exil?*

Étant donné nos contextes de travail variés, il nous a paru nécessaire pour commencer ce séminaire de poser les bases d'un langage commun. À partir de la phrase « *On crée un outil pour...* », les participant·es ont pu définir de manière collective les multiples fonctions et objectifs que l'on peut donner à un outil pédagogique.



Il s'est ensuivi une discussion où d'autres éléments ont pu être mis en avant par les participant·es, notamment la question de l'équité et de l'inclusion : « *l'outil doit permettre de donner les mêmes moyens à chacun pour agir* ». Il peut aussi soutenir une action, une démarche. Il doit donner la possibilité aux publics de s'exprimer. Et Catherine Spièce de conclure : « *L'outil pédagogique de promotion de la santé doit viser l'augmentation du pouvoir d'agir des personnes sur leur santé, faire en sorte qu'elles aient plus de cartes dans leur jeu...* ».

Cette discussion nous a permis une parfaite transition vers la suite de l'après-midi.

1 - Cultures&Santé définit l'outil pédagogique comme un support qui permet d'engager un processus éducatif et émancipateur par lequel les acteur·rices·s eux-mêmes construisent un savoir particulier, authentique et une réflexion critique sur une thématique, une question, une préoccupation...

## DÉFINIR NOS CRITÈRES DE QUALITÉ ET METTRE EN LUMIÈRE LES BONNES PRATIQUES

À travers un temps d'animation ludique, créatif et dynamique, nous avons ensuite réfléchi à une série de critères sur lesquels nous nous appuyons lors du processus de construction d'un outil pédagogique, et plus spécifiquement à des points d'attention à avoir à l'esprit lorsque nous concevons des outils à destination des personnes ayant vécu l'exil.

Partis cette fois-ci de la phrase « *Dans l'idéal, un outil doit être...* », nous avons relevé les nombreux critères qui nous guident avant, pendant et après la construction d'un outil. Tout au long de ce chemin, de ce très long chemin, il faut à la fois pouvoir anticiper et se lâcher, être structuré et créatif... Penser à beaucoup de choses, dès le départ, notamment à l'évaluation du processus de construction et de l'outil, à la participation du public dans ce processus mais également à l'accompagnement à l'utilisation de l'outil, à sa diffusion.

Dans la vie d'un outil, de nombreux acteurs et actrices entrent en jeu et doivent être prises en compte dès le début de sa conception : des futur·e·s utilisateur·rice·s au public final en passant par les partenaires, l'institution promotrice, les pouvoirs subsidiant...

De nombreux autres critères de qualité sont cités : l'attractivité, la pérennité, le caractère participatif, la pertinence... Certains, en particulier, ont animé les discussions en sous-groupes. *Quelles spécificités doit-on donner aux processus de production lorsque nous nous adressons à un public particulier ? Comment être spécifique sans stigmatiser, ni exclure, sans anticiper ou imaginer des réalités, des besoins, sans ranger les personnes dans des cases... ?*

Voici les quelques points d'attention mis en exergue par les participant·e·s pour éviter cet écueil :

- Au niveau des **processus** : privilégier les processus de co-construction qui partent des besoins, des vécus, des réalités des personnes concernées par les objectifs de l'outil ; les processus de collaboration entre secteurs

variés, entre différents partenaires pour couvrir la complexité de la réalité.

- Au niveau des **contextes d'utilisation** : que ce soit dans des dynamiques interindividuelles ou collectives, soutenir des approches positives, non stigmatisantes, non normatives, qui donnent une place au débat notamment quand il s'agit de questions sensibles, qui amènent des confrontations de représentations ou de valeurs.
- Au niveau du **public** : se préoccuper de l'accessibilité des supports et de l'offre, du système qui y est associé ; promouvoir la traduction des outils en plusieurs langues, créer des outils en langage clair, visuel ; prendre en compte, dans les démarches soutenues à travers les outils, les valeurs, la diversité des champs de représentations, les vécus particuliers (exil, exclusion, précarité sociale...), les questions financières, les normes dominantes...

Néanmoins, une question traverse ces discussions sur les critères de qualité d'un outil à destination des personnes ayant vécu l'exil : l'outil pédagogique doit-il être très spécifique ou faire preuve d'une grande adaptabilité à tous les contextes ?

Enfin, nous avons soulevé certains questionnements et préoccupations qui ont constitué le point de départ de réflexions plus en profondeur :

- En ce qui concerne les **liens** : *Comment profiter des expériences multiples et particulières de chacune pour donner de la plus-value aux futurs projets de production et de diffusion ? Comment faire sortir les outils de nos institutions, de notre champ de pratiques, et les mettre en lien avec d'autres secteurs, les faire vivre au sein de ceux-ci ?*
- En ce qui concerne l'**innovation** : *Comment l'évaluation de nos outils, de leur utilisation peut représenter une opportunité pour questionner nos pratiques, nos propres représentations, nos manières d'informer et nous permettre d'avancer et d'évoluer ?*

- En ce qui concerne le **soutien politique** :  
*Comment assurer de la cohérence au niveau des priorités, des temporalités et des critères de qualité entre les politiques et les acteurs et actrices de terrain? Quels moyens avons-nous pour rebondir?*

L'après-midi s'est conclu sur un temps convivial de découverte des outils amenés par les un·e·s et par les autres. Ce séminaire a été l'occasion de partager nos expériences, qu'elles soient bonnes ou mauvaises, de mieux connaître l'existant et la diversité des outils et supports, de participer à la construction de bonnes pratiques, d'enfin se rencontrer... et, qui sait, de créer de nouvelles synergies, de nouveaux partenariats en vue de promouvoir efficacement la santé des personnes ayant vécu l'exil.

*Les institutions suivantes étaient présentes à ce séminaire : Question Santé asbl, Office national de l'enfance (ONE) – Direction Santé – Direction Étude et Stratégies, Médecins Sans Frontières, Service Éducation pour la Santé asbl, CPAS de Schaerbeek – service Bien-être et Santé, Fondation contre le Cancer – Département Promotion Santé, Croix-Rouge de Belgique – Département Accueil des demandeurs d'asile, Centre Local de Promotion de la Santé (CLPS) de Namur, Foyer asbl, Mutualités chrétiennes – Infor-Santé, Point Culture, Arab Women Solidarity Association – Belgium (AWSA), Migration Santé France, Coordination Sociale de Saint-Gilles, Agence Alter, Centre Régional d'Action Interculturelle du Centre (CeRAIC), Solidaris – Espace Seniors, Siréas – Sid'aids Migrants.*

Vous pouvez trouver en fin de document, dans la partie « Ressources », les outils pédagogiques et les publications mentionnés lors du séminaire.



# *ACTUALITÉS DE LA CHARTE D'OTTAWA ET PROMOTION DE LA SANTÉ DES MIGRANT·E·S*

*Marjolaine Lonfils et Denis Mannaerts,  
directrice adjointe et directeur de Cultures&Santé*

Il y a 30 ans presque jour pour jour, le 21 novembre 1986, 38 pays dont la Belgique, se sont réunis au Canada. Sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ils signaient l'acte fondateur de la promotion de la santé : la Charte d'Ottawa. Ce texte sert encore aujourd'hui de référence pour désigner les principes fondamentaux qui visent à donner aux individus davantage de maîtrise sur leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Ce formidable outil formalise une véritable philosophie d'action en faveur de la santé de tous et toutes.

Cette journée d'échanges et de réflexion est d'abord l'occasion de rappeler sa pertinence. Dans une époque où les approches curatives et individuelles sont toutes puissantes, la Charte d'Ottawa nous amène à envisager l'action pour la santé à travers le prisme de la complexité et du collectif, un levier indéniablement plus efficace que les approches précitées. Le contenu de cette journée a été élaboré sur un socle inhérent à la Charte d'Ottawa, à l'image de l'action de Cultures&Santé et de celle de bien d'autres organismes qui se revendiquent de la promotion de la santé. Nous relevons ici, en préambule, quelques points qui caractérisent ce socle.

## LA CHARTE D'OTTAWA, UN TEXTE FONDATEUR

Tout d'abord, la promotion de la santé repose sur une **définition de la santé** qui se départit d'une optique biomédicale. En effet, la santé est vue comme une ressource de la vie quotidienne et n'est pas une fin en soi ; elle doit permettre à chacun et à chacune de répondre à ses aspirations. Ensuite, la santé est globale, définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Mais encore, la santé est un concept positif qui ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie. Ce caractère positif sous-tend une vision qui permet de valoriser les ressources de chacun et de chacune. Enfin, la santé est multifactorielle, influencée par les conditions de vie, par un ensemble de facteurs non médicaux tels que le logement, le revenu, l'éducation, l'emploi... sur lesquels il est nécessaire d'agir. Cette vision de la santé induit donc une action qui ne se limite pas aux soins et à l'adoption de comportements *sains*, une action qui ne sur-responsabilise pas l'individu.

### PRODUIRE LA SANTÉ, DES STRATÉGIES MULTIPLES

De cette définition découle la nécessité de déployer des stratégies multiples et coordonnées pour produire la santé. La Charte en désigne cinq : *soutenir la participation des populations, créer des environnements favorables, développer les aptitudes personnelles, décloisonner les services de santé, mettre la santé à l'agenda de toutes les politiques publiques*. Pour mettre en œuvre ces stratégies, trois fonctions propres aux acteurs et actrices promotrices de santé peuvent être citées :

- **plaidoyer** (« advocate ») : c'est la fonction de sensibiliser (y compris le politique) à la responsabilité collective dans le fait de *produire* la santé, de mettre en évidence que la santé se joue à différents niveaux, dans différents domaines de la vie quotidienne ;

- **conférer les moyens** (« enable ») : c'est la fonction de développer les capacités et de renforcer le pouvoir d'agir des individus et des collectifs, leur pouvoir de dire, de faire des choix autodéterminés, de contribuer à un changement ;
- **se faire le médiateur** (« mediate ») : c'est la fonction de mettre en lien des acteurs et des actrices de différents champs pour qu'elles se parlent, puissent prendre conscience de leur rôle et agir n'ensemble pour la santé.

### PROMOUVOIR LA SANTÉ DES MIGRANT·E·S, DES VALEURS EN GUISE DE BOUSSOLE

Le texte fondateur de la promotion de la santé repose sur une série de valeurs qui sont, c'est indéniable, malmenées aujourd'hui. La justice sociale, la solidarité, l'altruisme et l'émancipation, des notions qui traversent de manière explicite ou implicite la Charte, doivent nous servir de boussole dans la mise en œuvre de nos interventions. Ces valeurs qui nous rassemblent sans doute dans cet auditoire, nous ont amenés à prêter une attention aux réalités des femmes et des hommes qui ont dû s'exiler dans nos pays et qui sont, ici, touchés -et ce ne sont pas les seuls- par des **inégalités sociales de santé** : une moins bonne santé perçue, un accès plus difficile aux soins, une exposition plus fréquente à certains facteurs de risque, un éloignement d'un ensemble de ressources favorables à la santé...

Pour enrayer le cycle des inégalités sociales de santé qui tendent à se perpétuer tout au long du parcours de vie, les scientifiques s'accordent à dire qu'il est opportun de déployer une énergie plus importante pendant les moments-clés de l'existence, qu'ils soient biologiques ou sociaux : périnatalité, petite enfance, adolescence, premier emploi... L'**exil** et le début de vie en migration en constituent un autre et marque une période sociale critique qui, malgré l'espoir ou l'échappatoire du pire qu'elle représente, est souvent associée à un déclassement, à l'isolement et à une perte de repères culturels, fragilisant la santé.

Dans l'ensemble des problématiques qui peuvent être relevées, nous pointons ici un phénomène lié à l'actualité et à l'arrivée de nombreux demandeurs d'asile en Belgique ces dernières années : une fois qu'elles ou ils ont quitté les dispositifs d'accueil, ces femmes et hommes peuvent être confrontés à une discontinuité institutionnelle, qui les amène parfois à devoir se débrouiller seuls pour se repérer et trouver un emploi, une formation, un logement, un lieu de soin, un espace de socialisation... Le fait que ces personnes aient été consécutivement dans un couloir de prise en charge et mises face à la prescription de se prendre en main pour s'intégrer peut être source de mal-être.

## QUATRE AXES D'ACTION POUR AGIR EN VUE D'UN MIEUX-ÊTRE DES MIGRANT·E·S

Les vulnérabilités associées à la vie en exil s'inscrivent dans un contexte sur lequel il est pertinent d'agir. Pour tout acteur disposant de leviers (dans et hors du secteur de la santé, c'est-à-dire des travailleur·euse·s sociales, des éducateur·rice·s, des enseignant·e·s, des professionnel·le·s des maisons médicales mais aussi des mandataires politiques, des collectifs de citoyens...), il s'agit de soutenir la création d'environnements qui font émerger des possibilités de mieux-être pour ces personnes. Au regard des constats posés et outre un plaidoyer indispensable pour plus d'**inclusion sociale** sur tous les plans, Cultures&Santé a identifié quatre axes d'action qui peuvent être stratégiques pour améliorer la santé des personnes ayant vécu l'exil. Ceux-ci font écho aux titres des ateliers de l'après-midi et feront donc l'objet d'échanges.

*Créer de la lisibilité et lever les obstacles qui demeurent dans l'accès aux ressources favorables à la santé* dans les domaines de l'éducation, de l'aide sociale, de l'emploi, du logement, de la participation citoyenne, des soins, de la prévention des maladies... Cela passe par la formalisation d'une information adaptée et de proximité, par le renforcement des capacités à accéder, à comprendre, à évaluer et à appliquer une information mais aussi et surtout par la nécessité de penser l'offre et son accès à l'aune des besoins et des intérêts propres des personnes.

*Promouvoir des dynamiques collectives qui se révèlent opportunes pour soutenir l'exercice de compétences.* Par dynamiques collectives, nous entendons des espaces-temps en groupe qui se créent autour de problématiques communes ou d'objectifs qui font sens pour chacun·e des membres : ateliers d'éducation permanente, cours de langue, projets communautaires dans une maison médicale, séances d'information dans une maison de quartier... En utilisant le terme compétences, nous ne désignons pas l'adoption de comportements sains attendus, mais bien le renforcement d'un ensemble de ressources qui peuvent être mobilisées pour faire face à certaines situations de la vie quotidienne, pour s'adapter à son nouveau contexte de vie mais aussi pour contribuer à le faire évoluer.

*Soutenir la mise en œuvre d'actions culturelles qui alimentent la reconnaissance.* Si on associe les inégalités sociales à un cumul de manques, l'un des manques dont souffre plus particulièrement le migrant ou la migrante est celui du manque de reconnaissance, reconnaissance de ses ressources, de ses savoirs et de l'atout qu'il constitue pour la société d'accueil. L'action culturelle renvoie aux processus qui permettent à des personnes de s'exprimer dans un langage sensible et de partager cette expression dans l'espace public en vue d'enrichissements mutuels et multiples. Ces démarches permettent à la personne qui y prend part d'acquiescer un sentiment d'appartenance. Mais elles donnent aussi la possibilité à toute personne qui accède à l'œuvre qui en résulte de penser autrement la personne venue d'ailleurs.

*Encourager l'adoption de postures professionnelles qui s'appuient sur l'écoute et la valorisation des ressources.* La Charte d'Ottawa nous convie à agir avec les personnes concernées. Dès lors, il s'agit d'abord de prendre conscience de notre propre grille de lecture en tant que professionnel·le. Il s'agit ensuite de se mettre en position d'écouter l'expérience et de questionner les représentations sociales de l'Autre pour que ces éléments-là puissent nourrir la relation ou le projet. La rencontre avec la personne venue d'ailleurs ne doit-elle pas partir d'un acte d'ignorance ? « Qu'est-ce que tu as à m'apprendre que je ne suis pas ? », nous dirait Tobie Nathan. Là encore, la relation doit être envisagée comme un enrichissement mutuel.

## AU-DELÀ DES MIGRANT·E·S

Nous souhaiterions conclure ce propos introductif en vous invitant à déceler la dimension sociale de la question de la santé des migrant·e·s et à éviter le piège de l'ethniciser ou de la culturaliser. D'ailleurs, les réflexions que nous allons poser lors de cette journée peuvent servir d'appui pour des actions concernant d'autres groupes marqués défavorablement par un contexte d'inégalités lancinantes. Lors de cette journée, notre volonté n'est pas d'apporter des solutions toutes faites mais de nous demander ce que nous, acteurs et actrices du social, de l'éducation, de la santé, pouvons mettre en place pour améliorer nos pratiques et par effet cascade pour **améliorer certaines situations** auxquelles les migrant·e·s et également d'autres personnes sont confrontées. La journée a donc vocation à rassembler, à montrer ce qui fonctionne, à identifier des besoins ou des obstacles, à valoriser les forces en présence, à nourrir des potentiels...

Le 24 novembre 2016, les signataires de la **Déclaration de Shanghai**, portant sur la promotion de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, lançaient au monde un appel à l'action, notamment pour réduire les inégalités sociales de santé qui sont jugées inacceptables. Cette Déclaration démontre la pleine actualité de la promotion de la santé et la nécessité de se référer aux stratégies transformatrices que la Charte d'Ottawa a désignées 30 ans plus tôt. Ce que nous vous encourageons à faire.

Avant de passer la parole à la première intervenante, nous tenions à remercier toutes les personnes qui ont rendu possible l'organisation de cette journée : le comité d'accompagnement, les personnes rencontrées tout au long de l'élaboration, les intervenants et l'équipe de Cultures&Santé, qui a œuvré d'arrache-pied pour vous proposer ce programme. Nous vous souhaitons une journée riche en échanges et découvertes.



*INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ  
ET PARCOURS D'EXIL :  
QUELQUES RÉFLEXIONS SUR  
LES ENJEUX D'UNE RELATION  
COMPLEXE ENTRE VULNÉRABILITÉS  
ET FACTEURS PROTECTEURS*

*Myriam De Spiegelaere, chargée de cours et chercheuse  
à l'École de santé publique de l'Université Libre de Bruxelles*

Trop souvent nous abordons les personnes immigrées avec une série de préjugés. Je ne veux pas parler ici d'éventuels préjugés racistes. Je pars de l'idée que toutes les personnes présentes ici ont pour objectif de contribuer à l'amélioration de la santé de ce public. Pourtant, en tant que professionnel.le.s, nous avons aussi des préjugés. Pour des raisons diverses, nous considérons souvent ces personnes sous l'angle des « manques », des « risques », des « vulnérabilités », de ce qui « ne va pas ». Il s'agit vraisemblablement d'une manière inconsciente de justifier nos interventions, de les rendre plus essentielles, utiles. Je voudrais donc partager avec vous ce matin quelques données qui bousculent ces clichés et qui nous invitent à ôter nos œillères.

## LA SANTÉ, UN ÉQUILIBRE MULTIFACTORIEL

Tout d'abord, la santé n'est pas un état stable, déterminé une fois pour toute à la naissance par les gènes. La santé renvoie plutôt à une situation d'équilibre fragile, influencée par un ensemble de facteurs. De manière très simplifiée, nous pourrions classer ces facteurs dans les catégories suivantes : les facteurs qui agressent la santé, ceux qui permettent de la protéger, ceux qui « créent » de la santé ou encore ceux qui permettent de réparer les dégâts sur la santé. Et c'est parce que le statut social influence de manière différentielle ces facteurs que des **inégalités sociales de santé** existent.

En effet, les **facteurs qui agressent** sont plus fréquents ou importants au fur et à mesure qu'on descend dans l'échelle sociale (quelle que soit l'origine culturelle des personnes) : humidité des logements, accidents, expositions à des pollutions chimiques ou physiques... Certains de ces facteurs comme la violence et le stress peuvent aussi se retrouver plus fréquemment pendant un parcours d'exil, et ce, quel que soit le statut social.

Les **facteurs qui protègent** sont aussi associés au statut social : un logement adéquat, une alimentation équilibrée, une zone d'habitation bien aménagée... Certains de ces facteurs protecteurs sont liés à des politiques publiques universelles et sont donc dépendants des droits (vaccinations, qualité de l'eau...). Les personnes qui migrent ont pu bénéficier de facteurs protecteurs dans leur pays d'origine (surtout les personnes qui n'y ont pas connu la grande misère, ce qui est le plus souvent le cas des migrants qui arrivent dans notre pays). Par exemple, une alimentation plus équilibrée, une bonne estime de soi, un support social rassurant, une reconnaissance sociale... Ces facteurs peuvent protéger, même pendant des périodes ultérieures où ils ne sont plus présents. Ainsi, une alimentation équilibrée au cours de la croissance aura une influence positive tout au long de la vie.

On parle de plus en plus des **facteurs qui génèrent de la santé**, on les appelle « salutogènes » comme l'activité physique, les relations sociales, le sentiment d'utilité, le contact avec la nature... Ici aussi, on observe que ces facteurs sont souvent

associés au statut social, contribuant à expliquer le gradient social de santé. Tout au long de la vie, ces facteurs peuvent évoluer. Certaines personnes qui ont connu l'exil ont eu des parcours compliqués dans lesquels l'établissement de relations humaines a été ou reste difficile. Pour beaucoup, la non-reconnaissance de leurs compétences, entre autres sur le marché du travail, empêche le développement du sentiment d'utilité sociale. Par contre, certaines personnes ayant vécu l'exil sont dynamisées par un projet essentiel pour leur famille, par la perspective d'un avenir meilleur... Ce qui peut favoriser la santé mentale et physique. Ces deux facettes de l'exil peuvent bien entendu cohabiter chez la même personne.

Lorsque la santé est dégradée, il y a de multiples moyens de la **restaurer** : on pense immédiatement aux soins de santé. Toutefois, il ne faut pas oublier les soins informels non professionnels qui jouent un rôle tout aussi important. En ce qui concerne cet aspect, les parcours d'exil (droits limités, barrières linguistiques et culturelles) et les conditions sociales précaires (accès financiers et culturels plus difficiles, limitation des droits) se renforcent pour limiter non seulement l'accès aux soins mais aussi la qualité et la continuité de ceux-ci. La crainte du contrôle social peut également éloigner les personnes des soins de santé, que ce soit pour des raisons de pauvreté ou de statut de séjour irrégulier. Dès que l'on est « à la marge », on a tendance à éviter les acteurs du contrôle social.

## UNE APPROCHE DIFFÉRENCIÉE POUR DES RÉALITÉS MULTIPLES

Cette image d'une balance en équilibre pourrait laisser croire que la santé est déterminée par un équilibre de facteurs figé. Bien entendu, ce n'est pas comme cela que ça se passe. Il s'agit d'un équilibre qui s'inscrit dans une temporalité : des facteurs peuvent agresser la santé, la protéger ou la générer ponctuellement ou durablement, l'influencer à plus ou moins long terme. Comprendre ce qui rend plus vulnérable et plus fort en termes de santé implique donc de s'intéresser non seulement à la **situation des personnes** « ici et maintenant » mais aussi à l'histoire et au **parcours de chacun.e**.

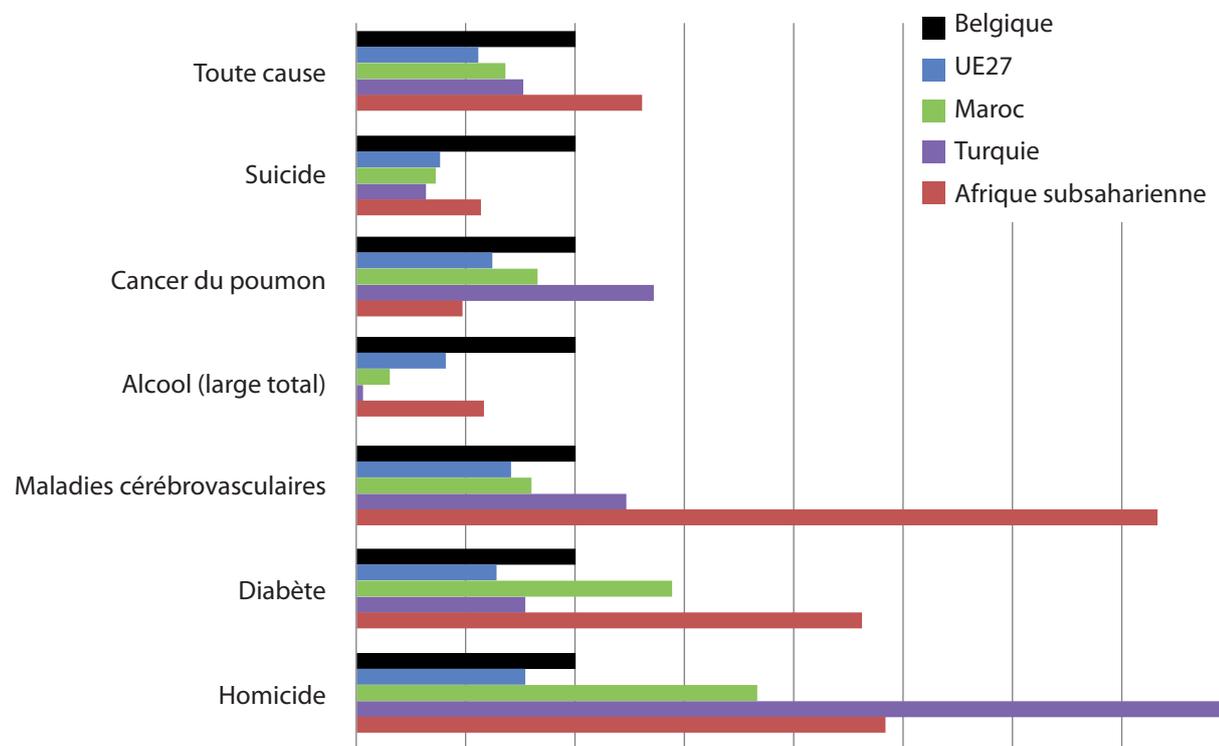
Il est important d'avoir à l'esprit que les **conditions de vie varient fortement à l'intérieur de la population « immigrée »** : les exilés fiscaux français sont, par exemple, très fortement représentés dans le quartier du Châtelain à Ixelles, les « exilés » professionnels, comme les fonctionnaires internationaux, sont très nombreux dans les quartiers boisés de Woluwe-Saint-Pierre. Ils ne partagent pas les mêmes environnements de vie que les « migrants économiques » qui sont concentrés dans les anciens quartiers industriels qui bordent le canal à Bruxelles ou près de la Gare de l'Ouest. Inutile de vous décrire les différences attendues en termes d'exposition à la pollution et au bruit, de bénéfices des espaces verts, de risques d'accidents des usagers faibles, de risques liés à la promiscuité dans les logements...

Ce sont donc les interactions assez complexes entre le statut social actuel, le parcours de vie et les multiples facteurs auxquels les personnes ont été exposées au cours de celui-ci qui expliquent les différences de santé que l'on peut observer entre les personnes qui ont vécu l'exil et les personnes qui seraient ici depuis plus d'une génération.

## QUELQUES CHIFFRES POUR COMPRENDRE PLUS FINEMENT LA SANTÉ DES MIGRANT·E·S

Si on compare les **taux de mortalité prématurée** des hommes bruxellois selon leur nationalité, le risque de décéder avant l'âge de 75 ans est **réduit** pour les hommes de nationalités de l'Union européenne, marocaine ou turque et plus élevé pour les hommes de nationalités d'Afrique subsaharienne. Si on fait cette même analyse par cause de décès, on observe des risques nettement plus faibles (plus de 2 fois) de décéder par suicide ou suite à la consommation d'alcool (qui sont parmi les principales causes de décès prématuré) chez les hommes bruxellois de nationalités étrangères. Pour d'autres causes, on observe des risques plus élevés chez les étrangers : les maladies cérébrovasculaires ou le diabète, par exemple.

### Ratio standardisé de mortalité avant 75 ans en fonction de la nationalité, hommes, Bruxelles 1998-2007<sup>2</sup>



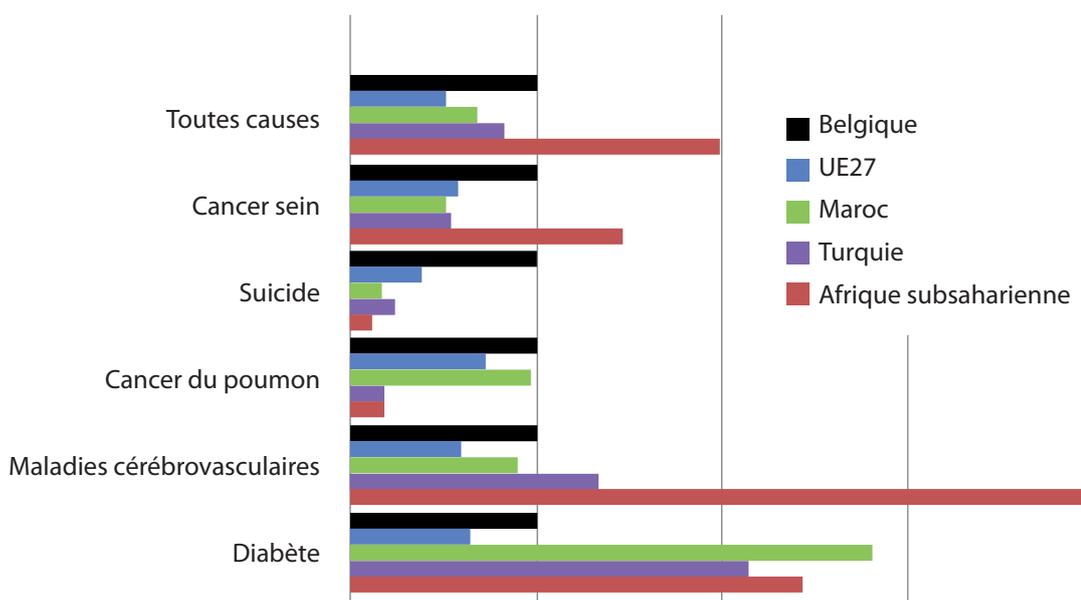
SMR (Belgique = référence)

2- Deguerry M, De Spiegelaere M, Feyaerts G, Fiszman P, Flament M, Luque Fernandez MA, et al. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010. 2010, Commission communautaire commune de la de Bruxelles-Capitale, Bruxelles.

Source : Tableau de bord de la santé - Observatoire de la Santé et du Social, 2010

On peut faire le même type d'observation pour les femmes, chez qui l'on retrouve un schéma similaire pour la mortalité prématurée, toutes causes confondues, et des taux de mortalité plus faibles dans certaines communautés, pour des causes telles que le cancer du sein, le suicide ou le cancer du poumon. Les risques sont plus élevés quand il s'agit de maladies cérébrovasculaires ou du diabète pour les étrangères hors UE27.

### *Ratio standardisé de mortalité avant 75 ans en fonction de la nationalité, femmes, Bruxelles 1998-20073*



SMR (Belgique = référence)

Source : Tableau de bord de la santé - Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles-Capitale, 2010

Comment expliquer un plus faible taux de mortalité prématurée chez les Bruxellois de nationalité étrangère? Il y a d'abord un **effet de sélection** : quand on est en mauvaise santé, on ne s'engage pas dans un projet migratoire. Cet effet est valable pour la première génération uniquement. Mais il y a aussi des **habitudes de vie** plus favorables durant la croissance, une faible consommation de tabac ou d'alcool, des styles de vie plus traditionnels qui expliquent certains résultats meilleurs. Pour les femmes, par exemple, avoir des enfants jeunes et les allaiter plus longtemps peut les protéger du cancer du sein.

À l'inverse, il y a des risques plus présents dans certaines communautés qui peuvent être liés à des pathologies du pays d'origine, à des facteurs génétiques ou à des modifications brusques d'environnement de vie entraînant, par exemple, une sédentarité qui n'est plus appropriée aux habitudes alimentaires préservées.

3 - Deguerri M, De Spiegelaere M, Feyaerts G, Fizman P, Flament M, Luque Fernandez MA, et al. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010. 2010, Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale, Bruxelles.

## SANTÉ AUTOUR DE LA NAISSANCE : DES DISPARITÉS PAR NATIONALITÉ

Je vais aller un peu plus dans le détail en ce qui concerne la santé autour de la naissance. Mon analyse portera sur les naissances en région bruxelloise entre 2004 et 2010.

Un premier constat à faire est que trois quarts des naissances bruxelloises concernent des mamans qui ne sont pas d'origine belge (c'est-à-dire qui ont ou qui ont eu une autre nationalité) : 60 % des mamans bruxelloises ne sont pas nées en Belgique et 40 % n'ont pas la nationalité belge. Cette **internationalisation des naissances** s'est poursuivie depuis.

Ensuite, on observe qu'il y a un lien étroit entre **pauvreté** et nationalité étrangère. En région bruxelloise, plus de 40 % des enfants naissent dans un ménage qui vit sous le seuil de risque de pauvreté. Si ce taux se situe à 35 % pour les enfants dont la maman a la nationalité belge, il monte à 70 % pour les enfants dont la maman est d'origine d'Afrique subsaharienne (65 pour le Maghreb, 62 pour l'Europe de l'Est et 60 pour la Turquie). En revanche, les mamans ayant une des nationalités de l'UE15 ont des risques de précarité plus faibles que les Belges.

Mais, si les mamans d'Afrique subsaharienne sont plus souvent en situation précaire sur le plan des revenus (plus d'un tiers d'entre elles doivent bénéficier d'une allocation du CPAS au cours de la grossesse et sont en situation monoparentale), elles disposent d'un niveau d'instruction moyen plus élevé que les mamans turques ou maghrébines, par exemple. En effet, un tiers des mamans turques ont accompli au maximum leur enseignement primaire contre 19 % des mamans d'Afrique subsaharienne.

Si l'on se penche maintenant sur des indicateurs de santé, on ne fait pas exactement les mêmes constats d'une communauté à une autre. Le risque de **faible poids de naissance** est plus réduit pour les enfants de mamans originaires d'Europe de l'Est, de Turquie ou du Maghreb (que celles-ci soient ou non naturalisées belges) que pour les enfants de mamans d'origine belge, de l'UE ou d'Afrique subsaharienne.

Par contre le risque de **mortalité périnatale** (décédé à la naissance ou dans la première semaine de vie) est, inversement à ce que nous venons de voir, plus élevé pour tous les enfants de mères non belges. Et l'on voit que l'acquisition de la nationalité belge réduit ces risques très fortement.

## DES FACTEURS SOCIOÉCONOMIQUES PRÉPONDÉRANTS

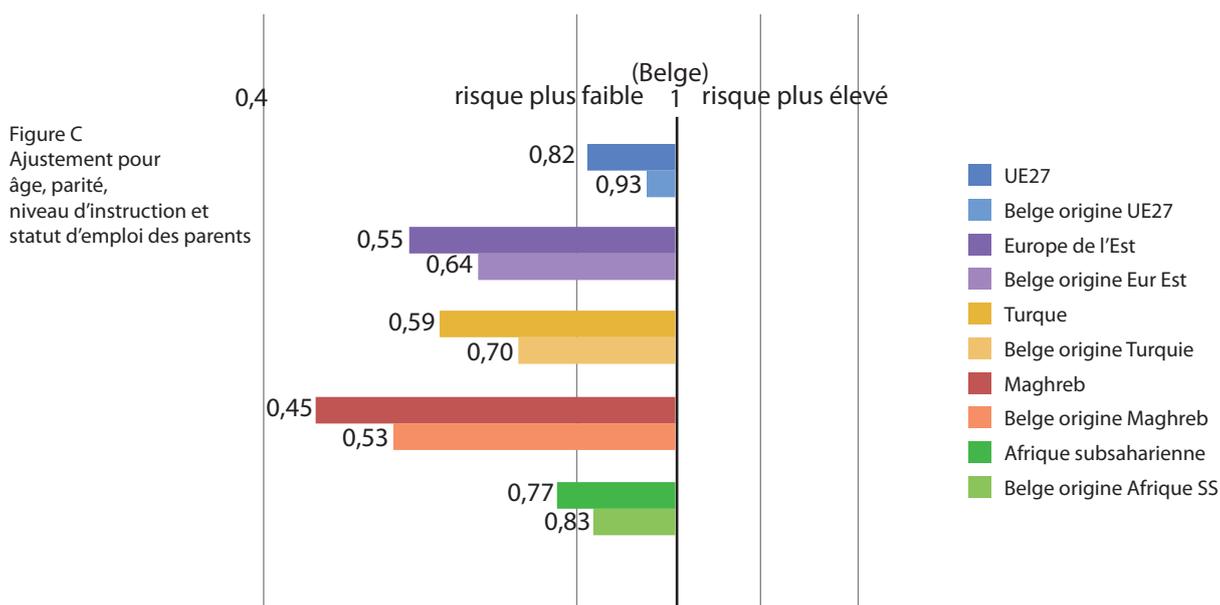
Face à ces deux constats, on se demande ce qui rend ces enfants plus vulnérables ou plutôt protégés? Leur origine « étrangère » ou le niveau socioéconomique de leur famille? Je vais essayer de discerner l'influence de ces deux types de facteurs dans la suite de mon propos.

De manière générale, on sait que faible poids de naissance et mortalité périnatale sont associés au statut social. Par exemple, le risque de décéder avant, pendant l'accouchement ou au cours de la première année de vie est environ deux fois plus important pour les enfants qui naissent dans un ménage sans emploi que dans un ménage à deux revenus.

Si l'on compare les différents groupes de nationalités d'origine à **statut socio économique égal**<sup>4</sup>, on constate que tous les enfants dont la maman n'est pas d'origine belge ont un risque d'avoir un faible poids à la naissance plus faible que les enfants de maman d'origine belge. Avoir une maman d'origine étrangère constitue ici une protection. Cela signifie que le risque plus important que l'on observait pour les enfants de mamans d'Afrique subsaharienne s'explique par leur statut socioéconomique précaire.

4 - Ajustement pour l'âge, la parité (le nombre de grossesses de la maman), le niveau d'instruction et le statut d'emploi des parents.

## Risques de faible poids de naissance en fonction de la nationalité d'origine de la mère, Belgique 1998-20105



Source : Tableau de bord de la santé - Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles-Capitale, 2010

Avec l'ajustement pour les facteurs socio économiques, le degré de protection s'accroît même pour les autres groupes. Par exemple, pour les enfants d'origine maghrébine, à statut socioéconomique égal, le risque de faible poids de naissance est deux fois plus faible. Autrement dit, les conditions de précarité qui touchent beaucoup de ces enfants réduisent la protection qui est liée à d'autres facteurs, probablement culturels.

On peut faire la même analyse pour la mortalité périnatale. Après contrôle pour l'âge et la parité, on observe un excès de risque pour presque tous les groupes de nationalité (sauf les enfants de mères turques ou d'Europe de l'Est naturalisées belges). À statut socio économique équivalent, cet excès de risque disparaît ou devient non significatif. Un faible risque persiste pour les enfants de mères maghrébines. Ceci signifie que les facteurs socio-économiques n'expliquent pas l'intégralité du risque excessif de ces nourrissons.

## DES PERSPECTIVES POUR L'ACTION EN GUISE DE CONCLUSION

Ces observations nous amènent à dire que les risques plus élevés pour certains groupes de migrants s'expliquent par les **conditions sociales**. Ce sont donc elles qui doivent être combattues et attirer l'attention des professionnel·es. Plutôt que d'ethniciser et de culturaliser les risques, on se rend compte qu'il est plus important de porter notre regard sur les conditions dans lesquelles vivent les gens.

Un autre constat important est que les familles immigrées, malgré des conditions de vie précaires, développent des **environnements qui protègent la santé**. Et, nous connaissons mal ces environnements. Cela devrait nous faire réfléchir sur les facteurs positifs, les atouts, les ressources dont disposent les personnes qui ont connu l'exil. Comment ces facteurs positifs pour la santé se transmettent-ils au sein de la communauté, au sein des familles? Comment empêcher leur disparition, puisque c'est cela qui se passe avec la durée du séjour? Société et professionnel·es ont la responsabilité de faire

5 - Deguerrey M, De Spiegelaere M, Feyaerts G, Fiszman P, Flament M, Luque Fernandez MA, et al. Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010. 2010, Commission communautaire commune de la région de Bruxelles-Capitale, Bruxelles.

en sorte que ces facteurs protecteurs se maintiennent et se consolident.

Les effets de conditions de vie précaires et les facteurs liés à la migration peuvent se renforcer et se cumuler pour donner des aspects défavorables à la santé des migrant·es mais on peut aussi avoir des effets protecteurs qui peuvent donc **compenser** partiellement des conditions de vie précaires.

La plupart des inégalités sociales de santé s'expriment selon un gradient : plus on monte dans l'échelle sociale, plus la santé est bonne. Mais pour certains aspects de santé et chez certains groupes de migrant·es, on ne retrouve pas ce gradient. Par exemple, un gradient existe pour l'allaitement maternel en Belgique : plus on est pauvre, moins on allaite. Mais, il y a aussi un effet de nationalité très marqué : les mamans issues de l'Europe du Sud ou non européennes allaitent plus. Et, ce qui est intéressant, c'est qu'au sein de ces communautés, on allaite de la même manière que l'on soit riche ou pauvre. Là encore, cette observation suggère qu'il y a d'autres mécanismes en jeu que les facteurs liés au statut social. Les analyser nous permettra de créer de **nouveaux outils** pour améliorer la santé.

L'origine géographique ou ethnique ne constitue pas en soi un problème pour la santé. Certes, le parcours migratoire, en lui-même, peut constituer un facteur fragilisant la santé mais c'est surtout la précarité sociale et économique dans le pays d'accueil qui est mauvaise pour la santé. Chaque personne, chaque famille, chaque communauté dispose d'atouts et de vulnérabilités qui sont liés à son histoire, à son parcours, à son environnement, à ses conditions économiques et sociales. Dès lors, les grands enjeux relatifs à la santé des migrant·es ne doivent pas se limiter au comblement des déficits, mais doivent aussi se situer dans le **renforcement des atouts**.

Je vous remercie pour votre attention.





## *ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES PERSONNES SANS TITRE DE SÉJOUR : THÉORIE VS RÉALITÉ*

*Ruth Shrimpling, assistante sociale à Médecins du Monde Belgique*

Bonjour, je suis assistante sociale au sein de Médecins du Monde Belgique. Je travaille essentiellement dans notre Centre d'accueil, de soins et d'orientation de Bruxelles (CASO). Notre objectif est de toucher les personnes confrontées à des difficultés d'accès aux soins de santé, notamment les personnes sans titre de séjour. Nous leur procurons d'abord les soins médicaux et psychologiques dont elles ont besoin, et ensuite nous les accompagnons pour qu'elles puissent accéder au système de soins traditionnel. Notre objectif est d'améliorer leur état de santé mais aussi de témoigner des difficultés qu'elles rencontrent. Je vais donc présenter ici les incohérences qui existent entre l'accès aux soins défini en théorie et la réalité de cet accès, qui, on le verra, constitue un chemin rempli d'obstacles.

## DES DISPOSITIFS LÉGAUX POUR L'ACCÈS AUX SOINS DES PERSONNES SANS TITRE DE SÉJOUR

Imaginons que nous devions guider une personne sans titre de séjour ayant besoin de soins. Sans expérience dans cette matière, nous faisons une recherche et tombons sur les lois et règlements existants. Nous sommes alors très optimistes car une série de dispositifs légaux, qu'ils soient internationaux, européens ou nationaux, garantissent à chacun·e, quelle que soit la situation administrative de la personne, le **droit d'accéder à la santé**.

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la Santé érige en **principe universel** l'accès aux soins pour tout le monde. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels va dans le même sens. Et je trouve intéressant de mentionner la Déclaration du millénaire pour le développement des Nations Unies signée en 2000 par tous les États membres. Elle intègre 8 objectifs à atteindre en 2015, parmi lesquels on retrouve l'accès aux soins de santé. L'accent est mis sur l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, sur la réduction de la mortalité infantile, sur l'amélioration de la santé maternelle ou encore sur la lutte contre certaines maladies comme le VIH-sida. Un travail de plaidoyer pour un meilleur accès à la santé y est aussi promu.

Au niveau européen, nous constatons que la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne prévoit que *toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par la législation des pratiques nationales*.

Quand on parle de pratiques nationales, on en arrive à notre Constitution belge, dont l'article 23 parle de la dignité humaine. Selon la Constitution, la **dignité humaine** renvoie au droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé, à l'aide sociale, médicale et juridique. Ce droit de mener une vie conforme à la dignité humaine se traduit, pour ce qui relève de l'accès aux soins de santé des personnes sans titre de séjour, dans un arrêté royal de 1996.

Ce dernier instaure l'**aide médicale urgente** (AMU), une aide qui donne le droit à avoir des consultations médicales, psychologiques et sociales mais aussi un accès aux traitements pour des personnes sans titre de séjour et qui n'ont pas de moyen financier. Les CPAS sont compétents pour assurer non seulement une aide palliative ou curative mais aussi préventive (c'est très important, j'y reviendrai).

Il y a bien sûr quelques **conditions** pour bénéficier de cette aide :

- la personne doit être sans titre de séjour, sur le territoire belge (il peut s'agir d'une ressortissante européenne ou d'une personne ayant un titre de séjour dans un autre pays) ;
- elle doit être en possession d'une attestation AMU signée par un médecin ;
- elle doit se trouver dans un état de besoin ;
- elle doit résider dans la commune dans laquelle elle sollicite l'aide.

Donc, on le voit, la théorie est très belle. On a tous droit à un accès à la santé, et ce droit est prévu à différents niveaux : international, européen et national. Mais je vais passer maintenant à la réalité...

### SARAH ET MARIAM : LE PRINCIPE DE RÉALITÉ

Je vous propose de suivre Sarah et Mariam qui forment une famille que je connais très bien. Je les accompagne en tant qu'assistante sociale depuis janvier 2015. J'ai choisi de vous en parler car leur expérience est représentative des obstacles auxquels une personne peut être confrontée lorsqu'elle sollicite l'aide médicale urgente (AMU).

Sarah vient du Cameroun. Elle a fui son pays suite à une situation familiale difficile. Elle s'est rendue en Grèce en 2003, où elle est restée jusqu'en 2014. Sa fille, Mariam, est née en 2006 dans un centre d'accueil en Grèce. Elles n'ont pas fait de demande d'asile en Grèce. En janvier 2015, elles sont venues dans notre centre. Elles ont eu accès à nos médecins, gynécologues, psychologues pour la première fois. Je les ai rencontrées là dans le but de les faire accéder aux soins de santé via le système de l'AMU.

Nous venons de le voir, la théorie nous dit que Sarah et Mariam doivent remplir 4 conditions d'accès. Re-pre-nons-les une par une :

- Sarah et Mariam sont sans titre de séjour ;
- elles possèdent une attestation AMU signée par un de nos médecins du CASO ;
- Sarah est dans un état de besoin puisqu'en tant que personne sans titre de séjour, elle n'a pas le droit de travailler, de bénéficier d'une aide financière, de signer un contrat de bail... De surcroît, elle est mère seule ;
- elle réside bien dans la commune dans laquelle elle demande l'aide. La preuve a été obtenue après quelques difficultés (nous allons le voir).

Même si les 4 conditions sont bien remplies, elles n'ont pas eu la carte de l'AMU. Pourquoi ?

## *OBSTACLE N°1 : L'ADRESSE DE RÉSIDENCE*

Le premier obstacle a trait à l'adresse de résidence. Depuis leur première venue au CASO, nous avons mis 10 mois pour fournir la preuve de résidence dans la commune du CPAS. Cette condition semble en apparence aisée à remplir. Mais, si on prend en considération les conditions dans lesquelles les personnes sans titre de séjour vivent, c'est nettement moins évident. C'est en effet une population très mobile. Beaucoup de personnes sans-papiers sont sans abri. Quand on se trouve dans cette situation, on ne reste pas dans le même lieu. On dort dans une station de métro, jusqu'à un contrôle puis on se déplace vers un autre lieu. D'autres sont des personnes hébergées. Elles vivent dans des squats, des maisons vides ou des logements non déclarés. Elles y restent jusqu'à ce qu'un problème survienne.

Sarah et sa fille, logeaient dans un appartement destiné à une seule personne. Le propriétaire, de manière non déclarée, y avait placé plusieurs familles avec enfants, une quinzaine de personnes en tout. Il exploitait, sans scrupule, comme beaucoup d'autres, la situation de personnes désespérées. Sarah avait trop peur de m'expliquer la situation. Nous avons travaillé à la création d'un

lien de confiance entre Sarah, l'assistante sociale du CPAS et moi-même afin que Sarah donne son adresse pour la faire figurer sur l'attestation.

## *OBSTACLE N°2 : LE DOSSIER ADMINISTRATIF*

Fin novembre 2015, j'ai accompagné Sarah au CPAS et nous nous sommes vues signifier un premier refus. Ce qui arrive très souvent. Dans ce cas, c'était à cause d'une incompréhension de la situation administrative de Sarah. Comme elle a habité en Grèce pendant plusieurs années, l'assistante sociale s'est étonnée qu'elle ne bénéficie pas d'une mutuelle là-bas. Elle l'a dès lors invitée à en fournir la preuve et à soumettre une nouvelle demande. Prouver qu'on possède une mutuelle est bien plus facile que de prouver qu'on n'en a pas. Le travail administratif est énorme et d'autant plus difficile que Sarah n'a pas accès à Internet et ne parle pas grec. Finalement, un rapport social décrivant cette situation a été écrit et nous avons réintroduit une demande.

## *OBSTACLE N°3 : LA VISITE À DOMICILE ET LE RAPPORT SOCIAL*

Le 20 janvier 2016, Sarah reçoit une visite à domicile sur la base de cette deuxième demande. L'assistante sociale a trouvé que Sarah, qui suit des cours de néerlandais à un niveau avancé et qui parle français de manière basique mais suffisante pour répondre aux questions, ne maîtrisait pas suffisamment les langues nationales. Elle lui a donc refusé la demande pour l'aide médicale urgente, en raison du fait que Sarah ne pouvait pas répondre aux questions posées pendant la visite à domicile.<sup>6</sup>

La situation en Belgique et à Bruxelles en particulier est d'autant plus compliquée qu'il n'y a pas de procédure administrative uniforme sur le territoire. À Bruxelles, il y a 19 communes, 19 CPAS et 19 réglementations différentes (attes-

6 - N.d.a. : Notons que le refus d'une aide sur la base d'un critère lié à la maîtrise d'une des langues nationales n'est pas légal.

tation, fonctionnement, heures d'ouverture...). Médecins du Monde a pu faire le constat que les entretiens menés par les CPAS sont de plus en plus intrusifs, avec des questions parfois gênantes. Et, les prises de décision sont de plus en plus arbitraires.

## *OBSTACLE N°4 : LA PÉRIODE DE VALIDITÉ ET LES RÉQUISITOIRES*

Certains CPAS octroient l'aide médicale urgente pour une année, d'autres pour 3 mois voire un seul. Des CPAS fonctionnent avec un système de réquisitoire : la personne doit d'abord aller chez le médecin pour lui demander un rendez-vous avant d'en apporter la preuve au CPAS qui lui fournit un réquisitoire. Avec le réquisitoire, il peut aller voir son médecin. Si celui-ci prescrit un traitement, le patient devra retourner au bureau des réquisitoires du CPAS pour obtenir un nouveau réquisitoire qui lui permettra d'obtenir les médicaments nécessaires en pharmacie. Vous pouvez imaginer le fardeau que ces démarches représentent pour une personne malade, qui a un besoin urgent de soins.

## *BREF, UNE PROCÉDURE EN DÉCALAGE AVEC LES BESOINS ET LE SENS ORIGINEL DU DISPOSITIF*

Toute personne sans titre de séjour a le droit de demander l'aide médicale urgente même si elle n'est pas malade. Mais, dans l'usage qui est fait de l'AMU, l'aspect préventif est peu présent. Le nom du dispositif déjà n'induit pas la présence d'un aspect préventif. D'ailleurs, de plus en plus de CPAS exigent de connaître la maladie dont souffre le patient avant d'accorder le droit. Aussi, le délai de traitement de la demande, qui est légalement de 30 jours, est très souvent dépassé. L'aide médicale urgente porte décidément mal son nom.

Enfin, Médecins du Monde a constaté des fuites, vers l'Office des étrangers, d'informations obtenues par les CPAS via leurs entretiens sociaux. Une famille a, de cette façon, reçu un ordre de quitter le territoire à la suite d'un entretien. La confidentialité n'est plus garantie ; ce qui a pour conséquence d'instaurer un climat de méfiance.

## *DES PISTES POUR EXERCER RÉELLEMENT LE DROIT UNIVERSEL D'ACCÈS AUX SOINS*

En conclusion, je ferai quelques propositions pour améliorer le système de l'aide médicale urgente afin qu'il réponde mieux à sa fonction :

- je plaide d'abord pour une simplification et une standardisation des procédures. Pour la région bruxelloise, il s'agit de faire en sorte que tous les CPAS proposent la même procédure ;
- ensuite, il est nécessaire d'avoir plus de transparence dans les prises de décisions ;
- enfin, il me paraît fondamental de créer à la fois un comité d'éthique et un organe de vigilance indépendants des CPAS qui puissent faire un monitoring des pratiques et s'assurer que le droit d'accéder aux soins soit bien respecté.

De manière plus large, il faut que la réalité reflète mieux la théorie. Car la théorie prévoit l'accès à la santé de manière préventive et curative sans condition pour toutes et tous. Cette théorie ne fait pas de distinction entre les personnes sans titre de séjour et les autres ; ce qui n'est aujourd'hui pas le cas dans les faits.



## *LE SUJET DE L'EXIL... L'EXIL DU SUJET*

*Nicolas du Bled et Barbara Santana ,  
psychologues au Service de santé mentale Ulysse (Bruxelles)*

Pour ouvrir notre propos, nous ferons une brève présentation du Service de santé mentale Ulysse et des projets collectifs qui y sont menés. Mais d'abord, pourquoi le nom *Ulysse*? C'est une référence à la mythologie grecque. Le roi Ulysse a passé 10 ans à la guerre de Troie et 10 ans en errance, loin de sa femme Pénélope et de son fils Télémaque. Lors de son exil, il a notamment tué un cyclope qui n'avait pas respecté la loi de Zeus, qui demandait à chacun d'accueillir les étrangers, les mendiants, les inconnus...

Notre service a été créé en 2003 pour accueillir les personnes en exil, quelles que soient les raisons de leur exil, à condition qu'elles soient en souffrance psychique. Nous proposons une **prise en charge psychosociale globale et singulière**, imprégnée d'écoute et d'une éthique psychanalytique. Dans un contexte trop chargé du réel (le réel de l'exil, le réel du trauma, le réel des procédures d'asile arbitraires), les patients sont maintes fois traités comme des menteurs. Leur vie ici se mue en un parcours du combattant entraînant pour certains une *re-traumatisation*.

## POURQUOI DES PROJETS COLLECTIFS ?

Notre service s'inspire de la psychiatrie institutionnelle où l'humain est pensé dans une étroite relation entre le subjectif, le social et le politique. La relation transférentielle est pensée en termes de **symétrie relationnelle**, et non dans une perspective de recherche d'un savoir sur les patients. Dans un contexte de déni de singularité, au carrefour de l'exil, du traumatisme et des procédures de séjour, nous avons petit à petit créé des dispositifs collectifs, tant pour soutenir des échanges et des liens nouveaux, que pour produire chez certains, et c'est un pari, un effet apaisant.

Divers projets ont donc été créés ces six dernières années : le groupe *Journal* dont émane la production *Alter Médialab*<sup>7</sup>, le groupe *Sorties et épanouissement*, dédié aux femmes et notamment à celles qui ont vécu des violences sexuelles, un groupe qui s'appelle *Arcada* en lien avec la question de l'orientation professionnelle et le groupe *Boîte à tartines*, centré sur la relation mères-enfants. Tous ces projets collectifs ont comme objectif de favoriser la **création de lien social**, dans un contexte sécurisé et soutenant l'émergence des ressources psychiques des patients.

## DÉFINITION DE L'EXIL ET CONTRAINTES

En psychanalyse, la notion d'exil est au centre de la condition humaine. Nous sommes tous étrangers à nous-mêmes, compte tenu de notre entrée dans le langage et de la non-maîtrise que l'on a de soi. Nous sommes remplis de contradictions, notre vie nous le témoigne. Parallèlement à cela, soulignons que les mouvements de population sont, depuis l'apparition de l'humanité, des phénomènes communs. Certes, ces dernières années, à la suite de toutes ces guerres, la question des réfugiés fait la une des journaux, mais c'est une question qui a toujours existé.

L'exil vient du latin « ex(s)ilium ». Le terme renvoie à « *l'état social, psychologique, politique*

*d'une personne, l'exilé-e, qui volontairement ou non a quitté sa patrie, sous la contrainte d'un bannissement ou d'une déportation, en raison de l'impossibilité de survivre ou de la menace d'une persécution, et de ce fait vit dans un pays étranger avec ce que cela implique comme contraintes sociales spécifiques (langue, insertion, identité...) et de sentiment d'éloignement de la patrie (nostalgie, déracinement...)* ». Dans cette définition de l'exil, la question de la perte et sa concomitance affective est bien présente.

Il semble important d'insister sur la **notion de contrainte** inhérente à l'exil, c'est-à-dire l'état d'être forcé, obligé. Une personne peut être poussée à l'exil à cause d'événements, d'un contexte indépendant de sa volonté (ex. : la guerre). Mais il existe aussi des contraintes psychiques qui peuvent s'associer à ces événements extérieurs.

Différents types de contraintes sont à l'origine du départ des personnes. Les **contraintes réelles** renvoient à la persécution, à la prison, à la torture, à la guerre, au génocide, à l'impunité<sup>8</sup>... Les **contraintes mixtes** relèvent à la fois de contraintes externes et de contraintes internes : fuir un destin tragique, un mariage forcé, fuir la précarité sociale, la misère, fuir par amour, fuir un mariage malvenu, des difficultés familiales, sociales... Enfin, les **contraintes psychiques** sont liées à la question de l'errance.

## CLINIQUE DE L'EXIL ET SUBJECTIVITÉS

La clinique de l'exil est une **clinique de l'acte** dans laquelle est présente une souffrance psychique liée à l'exil, qui s'exprime avant et/ou après celui-ci, peu importe l'histoire du sujet. Même lorsque les personnes fuient leur pays pour des contraintes réelles (ex. : la guerre), l'expérience nous apprend qu'elles sont par la suite rattrapées par les conséquences des actes subis. Par exemple, via le sentiment de culpabilité : ce n'est pas évident d'être en vie quand les personnes qu'on a aimées sont décédées, quand les personnes avec lesquelles on a combattu sont mortes.

7 - L'Alter Médialab est un laboratoire d'expérimentation de journalisme critique, participatif et citoyen, mis en place par l'Agence Alter. Une collaboration entre celui-ci et le groupe Journal de l'association Ulysse, entre autres, a mené aux productions « Exil, un autre horizon ».

8 - L'impunité est le fait pour quelqu'un de ne pas risquer d'être puni pour ses fautes (absence de punition).

## LE TRAUMATISME PSYCHIQUE : SENS DU MOT ET APPROCHE HISTORIQUE

Nous pouvons dire que l'exil met au travail la subjectivité de la personne. On parle de concomitance subjective. Selon le psychanalyste franco-tunisien Fethi Benslama : « L'exil peut être entendu comme une expérience dans un temps qui met en cause la totalité du sujet dans son existence et les rapports à ses signifiants fondamentaux ». Autrement dit, **on ne peut oublier de « prendre la mesure des incidences subjectives de l'exil »**. Et pour tout un chacun, elles vont bien sûr être différentes.

Toutes ces années de travail à Ulysse nous ont appris que la clinique de l'exil est un carrefour dans lequel s'inscrivent **des enjeux sociétaux et/ou des questions géopolitiques** qui dépassent largement les patient·es et les professionnel·le·s. On y retrouve les procédures arbitraires, les *parcours du combattant*, les *re-traumatisations*. Les personnes sont soumises à l'expérience des pertes, des ruptures, des deuils, des doutes, des incompréhensions et des nombreuses désillusions. Elles se situent en dehors de leur *articulation* habituelle et se trouvent en demande constante de *ré-accoutumance* : s'accommoder à un nouveau monde, à de nouveaux codes, à une nouvelle langue, à de nouvelles sensations, à une nouvelle lumière, à un nouveau climat...

### L'ACCUEIL, PIERRE ANGULAIRE D'UN MIEUX-ÊTRE

Il est important pour tout un chacun de se sentir accueilli. L'accueil est d'autant plus important pour les populations fragilisées. En psychanalyse, tout sujet a un **contrat** narcissique à remplir, celui de pouvoir se représenter dans le monde, de pouvoir dire qui on est, ce qu'on veut, quels sont nos objets de désir, de pouvoir s'inscrire et s'investir dans le monde en lien avec les autres.

L'exilé·e a dû accomplir ces tâches dans son pays, il doit refaire cela ici. C'est un enjeu majeur du psychisme de l'exilé·e. Nous pensons l'accueil comme un étayage qui tient compte de cet enjeu. Il y a un travail à faire sur la revalorisation des ressources et compétences personnelles, la compréhension de la temporalité et l'acceptation de l'incapacité momentanée.

La notion de traumatisme est étroitement liée à l'histoire de la médecine et de la chirurgie puisque le mot vient du grec ancien « trauma », qui désigne une **blesseure avec effraction**. La notion renvoie également aux **conséquences sur l'organisme** d'une lésion résultant d'une violence extrême.

En ce qui concerne le **traumatisme psychique**, celui qui nous occupe plus particulièrement à Ulysse est surtout celui qui va être sérieusement étudié à partir de la Première Guerre mondiale. À l'époque, de nombreux soldats étaient réformés ou déclarés en arrêt maladie en raison de symptômes paralysants (paralysies motrices des jambes ou des bras), les empêchant de rejoindre la ligne de front. À l'époque, le monde médical était divisé. Certains médecins considéraient le traumatisme psychique comme le résultat de **lésions du système nerveux central** –non repérables à l'époque– provoquant ces paralysies. Pour d'autres, il s'agissait purement et simplement de simulation pour échapper à la guerre. Ces paralysies étaient donc, pour certains, la marque d'une absence de courage et de sens civique.

Dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, ce sont surtout Freud et ses disciples qui vont faire progresser la compréhension du traumatisme et des névroses traumatiques. Freud prend la position suivante dans un article resté célèbre : les symptômes de paralysie observés sont de nature essentiellement psychique. Il se base sur une observation : les soldats, situés très loin du front et n'ayant jamais été exposés à un obus, présentaient aussi des symptômes de traumatisme psychique et donc des paralysies. Dès lors, la **névrose traumatique** serait la conséquence de l'exposition à un événement potentiellement traumatisant.

Après le conflit, les traumatismes de guerre sont moins fréquents et la question tombe un peu dans l'oubli. Mais, à chaque fois qu'une guerre éclate, les traumatismes de guerre réapparaissent et, la médecine et la psychiatrie réinvestissent le sujet. Ça sera le cas lors de la Seconde Guerre mondiale, et plus récemment pendant les guerres

du Golfe, d'Afghanistan, d'Irak... Aux États-Unis comme dans d'autres pays, la question des souffrances de nombreux vétérans de guerre est un enjeu de santé publique. Les coûts d'indemnisation en lien avec cette problématique ont d'ailleurs contribué à accélérer la recherche sur la thérapie dans ce domaine.

## APPORTS DE LA PSYCHANALYSE POUR ABORDER LE TRAUMATISME PSYCHIQUE

À Ulysse, nous recevons principalement des personnes traumatisées civiles ayant été confrontées à des **situations à portée traumatique**. Notre travail de psychologue clinicien nous amène à nous intéresser aux apports de la psychanalyse pour aborder ce trouble.

Selon Freud, le traumatisme psychique est d'abord lié à un **événement** de la vie du sujet qui se définit par son intensité et l'incapacité du sujet à y faire face de manière adéquate. Le traumatisme psychique désigne aussi le **bouleversement** et les effets pathogènes durables sur le psychisme de la personne. Il se caractérise par un afflux d'excitation, de tension, qui est excessif par rapport à ce que la personne peut tolérer et par rapport à sa capacité à maîtriser et à élaborer les stimulations psychiques.

## RENCONTRE AVEC LE RÉEL DE LA MORT, EFFROI ET SOUDAINETÉ

La première grande caractéristique du traumatisme psychique est qu'il résulte d'une **rencontre avec le « réel » de la mort**. La personne s'est vue littéralement morte ou bien a aperçu ou perçu ce que pouvait être la mort comme anéantissement. À ce propos, Freud faisait remarquer que nous savons tous que nous allons mourir mais que la plupart d'entre nous n'y croit pas vraiment. Nous ne voulons pas trop y penser, nous nous arrangeons pour mettre au loin cette idée plutôt dérangeante. Trois types de situation sont concernés par le traumatisme psychique : la personne est concernée par la mort ou la presque mort ;

elle est concernée par la mort d'un proche ; elle est concernée par la mort d'inconnus dans une situation d'anéantissement collectif (un bombardement, un massacre, un attentat...).

**Le traumatisme psychique suscite de l'effroi**, c'est sa deuxième grande caractéristique. Le dictionnaire définit l'effroi comme une « grande frayeur souvent mêlée d'horreur, qui glace ». L'effroi est l'état qui survient lorsque l'on tombe dans une situation dangereuse sans y être préparé. L'effroi n'est pas la peur, ce n'est pas non plus l'angoisse. On a peur en général d'un événement attendu. Par exemple : j'ai peur d'un examen car je ne suis pas sûr de mes connaissances qui vont être jugées. On éprouve de l'angoisse face à un danger indéterminé. Au fond, cette angoisse constitue, pour le psychisme, un signal qui aide la personne à s'y préparer. L'angoisse protège d'une certaine façon du traumatisme.

L'effroi de son côté se manifeste par la disparition de toute idée, de toute pensée, de toute représentation de la conscience des personnes. Celles-ci sont littéralement « saisies d'effroi ». Dans ces moments-là, le sujet est déshabité par le langage. Il n'a **pas les mots**. Les personnes qui ont vécu cela, décrivent un sentiment d'avoir eu un bref instant la tête vide, un arrêt sur image. Du côté des affects, il y a comme une panne des émotions. À ce propos, une personne nous disait : « *Je n'ai pas eu le temps d'avoir peur* ». Comme si l'événement ne produisait pas de sentiment mais seulement l'effroi qui fige la pensée et l'émotion.

La troisième caractéristique majeure du traumatisme tient au fait qu'il est souvent causé par un **événement soudain**. Nous l'avons déjà dit, c'est l'impréparation qui détermine les conséquences traumatiques d'un événement. On n'a bien sûr pas le temps de se préparer à une explosion ou à un accident, par exemple.

Notons que **plusieurs événements** de petite intensité peuvent cumuler leurs effets et provoquer au final un traumatisme. Une personne confrontée à une situation pouvant nous paraître, de prime abord, anodine peut développer des phénomènes d'angoisse importants et des crises traumatiques car les effets de cette situation-là s'additionnent aux effets d'autres événements.

## TROUBLES DU COMPORTEMENT COMME SYMPTÔMES

Les conséquences d'un événement à portée traumatique se traduisent par des troubles du comportement. Les **troubles du sommeil** en constituent une catégorie : les insomnies, les cauchemars et les cauchemars traumatiques. Dans ce dernier cas, la personne est replongée, parfois chaque nuit, dans le scénario de la situation traumatique qu'elle a vécue. Les personnes décrivent très bien qu'elles revoient, nuit après nuit, l'accident ou l'attentat dont elles ont été victimes.

Les phénomènes d'**anxiété** sont fréquents et des **dépressions** parfois très graves, leur versant mélancoliforme, peuvent apparaître. Nous citons également les **troubles psychosomatiques**, des **comportements de dépendance** vis-à-vis de l'alcool ou d'autres drogues, des **comportements auto-agressifs** tels que des tentatives de suicide ou l'exposition volontaire à des situations dangereuses.

## PRENDRE EN COMPTE LES FRAGILITÉS ET LES PERTES LIÉES À L'EXIL

L'exil est une expérience qui fragilise le sujet dans toutes ses dimensions puisqu'elle est faite de pertes à tous les niveaux : perte d'un statut social, d'un réseau social, d'habitudes culturelles, de la pratique d'une langue... Tout cela se combine à l'angoisse liée à l'inconnu que constitue la terre d'accueil et au risque de non reconnaissance du pays d'accueil.

Dans ce contexte, nous l'avons vu, une série de troubles peut se développer : attitudes de repli, sentiments dépressifs, **perte d'appétit** mais aussi perte d'appétit de vivre. Cela veut dire que dans les services sociaux, les CPAS, les centres d'accueil ou les autres institutions, lorsque l'on rencontre des personnes qui semblent repliées sur elles-mêmes, il y a lieu de s'en inquiéter, même si elles semblent ne rien demander. Le fait de ne rien demander peut aussi être la résultante d'un parcours d'exil et d'un trauma.

À Ulysse, ce que l'on propose c'est d'abord un accueil inconditionnel de toutes ces personnes qui sont sous l'effet d'un trauma ou de ces symptômes. C'est offrir des **moments de parole** dans lesquels ces personnes peuvent mettre, à leur rythme, des mots sur les événements traversés. L'objectif est de relancer l'activité psychique et notamment la capacité de faire des liens pour tenter de dépasser cette sorte de paralysie psychique. Il ne s'agit aucunement de forcer à aborder les événements traumatiques mais plutôt de tisser une trame autour de ceux-ci, en faisant des allers-retours entre le passé d'avant le trauma et la situation d'aujourd'hui. Tout cela dans un climat que nous souhaitons soutenant et bienveillant. Le psychologue clinicien doit donc se détacher d'une posture froide ou en retrait, en faveur d'une position plus active et plus engagée dans la construction du lien.

Le travail d'Ulysse consiste également à permettre aux personnes l'**élaboration des deuils**, un processus qui se déroule au rythme de chacun, dans la durée.

Enfin, il nous semble important de **dé-pathologiser les symptômes du trauma**. En effet, certaines personnes que nous rencontrons, confrontées à des symptômes parfois spectaculaires du traumatisme, peuvent avoir l'impression de devenir folles ou même être considérées par la communauté comme folles et donc être rejetées. Elles ont parfois l'impression de ne plus se reconnaître. Un dernier aspect de notre travail est, par conséquent, d'informer et de rassurer par rapport aux réactions consécutives au trauma. L'idée étant d'**éviter la stigmatisation des personnes qui présentent ces symptômes**.

Merci pour votre attention.





## *DES OUTILS PÉDAGOGIQUES POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ DES PERSONNES AYANT VÉCU L'EXIL : RETOUR DU SÉMINAIRE*

*Maité Cuvelier et Marjolaine Lonfils,  
chargée de projets et directrice adjointe à Cultures&Santé*

Vous pouvez retrouver sur votre chaise un des cent **critères de qualité** d'outils qui ont été identifiés par les 30 personnes présentes hier au séminaire « Des outils pour promouvoir la santé des personnes ayant vécu l'exil ». Toutes conceptrices d'outils ou impliquées dans des processus de construction d'outils, elles provenaient de secteurs très variés, pour n'en citer que quelques-uns : le secteur de l'aide sociale, de l'accueil des demandeurs d'asile, de la médiation interculturelle, du milieu carcéral, de la cohésion sociale, des mutualités, de la petite enfance, de la culture, de la prévention et, bien sûr, de la promotion de la santé.

De la variété, nous en retrouvons également dans les outils qui ont été présentés et qui ont constitué la base de nos échanges : outils pédagogiques, supports d'information, de sensibilisation ou de réflexion... Parfois des outils maison, parfois des outils produits en nombre et largement diffusés, ils viennent tantôt soutenir le travail des acteurs de terrain, tantôt s'adresser directement à nos publics.

Pourquoi un séminaire d'échanges et de réflexion autour des outils? Parce que nous constatons, à Cultures&Santé et chez nos partenaires, énormément de demandes et beaucoup d'enthousiasme et parce que nous rencontrons beaucoup d'acteurs et d'actrices productrices d'outils avec lesquelles nous partageons de nombreuses questions.

## *POURQUOI CRÉE-T-ON UN OUTIL ?*

Il s'agit de répondre à un manque, à un **besoin** ; pour offrir un support physique, intermédiaire entre les professionnels et leur public ; pour les rendre autonomes pour aborder une thématique précise ; pour animer, donner vie à des savoirs...

Plus concrètement, l'outil sert à informer, à faciliter l'accès à l'information, à faciliter l'accès à un système qui, pour nous, est familier, à valoriser la parole et l'action, à mieux accompagner, à identifier des besoins, à susciter la réflexion, à échanger, à partager...

## *CRÉER UN OUTIL DE QUALITÉ, QU'EST-CE QUE CELA VEUT DIRE POUR NOUS ?*

Hier nous nous sommes rendu compte que créer un outil de qualité est un long chemin qui nécessite d'anticiper, d'être créatif, d'être structuré, de se lâcher et qui apporte sa dose de stress. Pour vous donner une idée, voici les quelques éléments marquants auxquels il faut penser avant même de créer l'outil : l'évaluation, la participation des personnes directement concernées, les enjeux (des utilisatrices, des partenaires, des pouvoirs subsidiaires, du public final, de notre propre institution...).

Se questionner sur la qualité de l'outil nous a amenés à questionner la spécificité de nos outils. Celle-ci ne doit pas être pensée uniquement au regard de nos publics. Elle réside d'abord dans les **processus** mis en œuvre, des processus de co-construction et de partenariat entre différents secteurs. Elle réside ensuite dans les contextes d'utilisation des outils : utilisés en collectif ou au cœur d'une relation interindividuelle.

Et enfin, cette **spécificité** réside dans les multiples facettes des personnes : la langue parlée, la méconnaissance de certains systèmes, le champ des représentations et des valeurs qui témoigne d'une grande diversité, des vécus liés à l'exil et à l'exclusion.

Les outils doivent prendre en compte cette spécificité sans stigmatiser ou exclure, sans mettre dans des cases, en évitant d'anticiper des besoins ou de s'imaginer des contextes de vie qui ne correspondent pas à la réalité vécue par les gens, sans oublier que chacun et chacune est porteur-euse de ressources, de savoirs susceptibles de nous enrichir mutuellement.

Lorsque je suis arrivée à Cultures&santé, il y a 9 ans, je me souviens qu'il existait peu de supports d'animation de promotion de la santé destinés à des animations collectives avec des adultes. Pourtant la demande était déjà présente. Certains essayaient tant bien que mal d'adapter des outils destinés à un public d'enfants ou de jeunes. Aujourd'hui, notamment avec des après-midis comme celle d'hier, nous nous rendons compte que l'**offre** est importante, que nous sommes nombreux à nous questionner, à nous atteler à la production d'outils qui tentent de répondre à tous ces critères de qualité que vous avez en main.

Cela répond à une envie, à une nécessité de la part des concepteur-rice-s mais également des utilisateur-rice-s, d'avoir des supports au service des interventions pour se mettre en lien avec des personnes qui ont vécu l'exil ou plus largement des personnes vivant dans des contextes défavorisants.

Cela répond également à un souci de créer des **dynamiques** nouvelles dans des groupes, des collectifs donnant notamment une autre place au savoir. Nous ne sommes plus dans la transmission mais dans l'échange et la co-construction, où chaque acteur.trice a la même place.

Cela répond enfin à un désir d'**animer des savoirs** - pas uniquement ceux de l'expert-e, du professionnel-le, de l'institution -, de leur donner vie, de les rendre accessibles à tous et à toutes et de les mettre en lumière.

Cette impression aujourd'hui d'une offre étendue naît aussi du fait de la volonté du secteur de la promotion de la santé, mais pas uniquement, de s'ouvrir à d'autres secteurs, d'aller chercher les acteurs et les actrices qui sont productrices de santé, qui agissent, parfois sans le savoir sur les déterminants de santé.

Le défi qui nous occupe aujourd'hui, c'est celui de la rencontre entre l'offre et la demande. Cela renvoie notamment à une question et une réflexion qui nous ont permis de clore le séminaire d'hier pour laisser la réflexion ouverte.

- Les outils et leurs processus viennent aussi questionner notre rapport aux **politiques** : comment assurer de la cohérence au niveau des priorités, des temporalités et des critères qualité entre les politiques et les acteur·rice·s de terrain? Quels moyens avons-nous pour rebondir?
- Comment faire vivre nos outils en dehors de nos institutions, de nos pratiques et de nos propres secteurs pour produire ensemble la santé de tous et toutes, y compris celle des femmes et des hommes particulièrement confrontés aux inégalités sociales de santé?





# *ATELIER I*

## *ACCÈS À L'INFORMATION ET LITTÉRATIE EN SANTÉ*

*Animatrices : Alexia Brumagne et Laurence D'hond de Cultures&Santé*  
*Personnes ressources : Valérie Davreux et Ruth Shrimpling*

Accéder à des informations utiles pour sa santé, les comprendre, les évaluer et les appliquer requiert de nombreuses capacités. D'autant plus, lorsque les informations disponibles sont complexes, lorsque les personnes ne maîtrisent pas la langue ou lorsque les systèmes en place ne leur sont pas familiers.

Cet atelier<sup>9</sup> invitait à poser une réflexion sur le concept de « **littératie en santé** ». Un concept qui va plus loin que la seule transmission d'informations favorables à la santé (ou productrices de santé) pour s'intéresser à la manière dont on peut soutenir les capacités des personnes à se saisir de ces informations et à les appliquer en tenant compte de leur contexte de vie et de leur choix.

---

<sup>9</sup> - Les participant·e·s à cet atelier présentaient des profils variés : experte du vécu, médiatrice sociale, étudiantes en santé communautaire, assistante sociale, infirmière sociale, chargée de projets en maison médicale, responsables du service santé d'une commune bruxelloise, du service santé de l'ONE, etc.

## Les personnes ressources

*Valérie Davreux* travaille à La Bobine, une association située en périphérie liégeoise dans le quartier de Droixhe. Créée en 1987, La Bobine poursuit comme objectifs la réduction de la fracture sociale entre citoyen·e·s et la lutte contre l'exclusion des personnes étrangères via des formations d'alphabétisation, un service d'insertion sociale, une halte d'accueil...

*Ruth Shrimpling* travaille à Médecins du Monde. Elle est venue nous parler du projet « Avec Elles ». Il y a quelques années, Médecins du Monde a pu observer un réel besoin d'informations concernant la santé (notamment sexuelle mais pas seulement) de certaines femmes très vulnérables, issues de l'immigration.

Littératie en santé... Que signifie cette expression nébuleuse? Qui en a déjà entendu parler? Certain·e·s opinent de la tête, d'autres froncent les sourcils... Une mise au point s'avère nécessaire pour se mettre d'accord sur ce que cette expression recouvre.

La littératie en santé désigne la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de l'appliquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé et celle de son entourage dans divers milieux au cours de la vie. S'informer pour promouvoir sa santé requiert la mobilisation, parfois simultanée, de nombreuses **capacités** : lire, écrire et calculer, mais aussi communiquer, résoudre des problèmes, évaluer les renseignements trouvés, appliquer une information en fonction de son propre contexte de vie... En Belgique, le pourcentage de personnes rencontrant des difficultés pour mobiliser ces capacités est estimé à 40 % de la population<sup>10</sup>.

À partir de ce concept et des expériences amenées par les personnes ressources, trois questions ont guidé les échanges :

1. Qu'est-ce qui influence le niveau de littératie en santé d'une personne, et plus particulièrement d'une personne ayant vécu l'exil?
2. Quels moyens et leviers peuvent être activés pour améliorer la littératie en santé des personnes ayant vécu l'exil?
3. Quels sont les atouts du collectif en matière de littératie en santé?

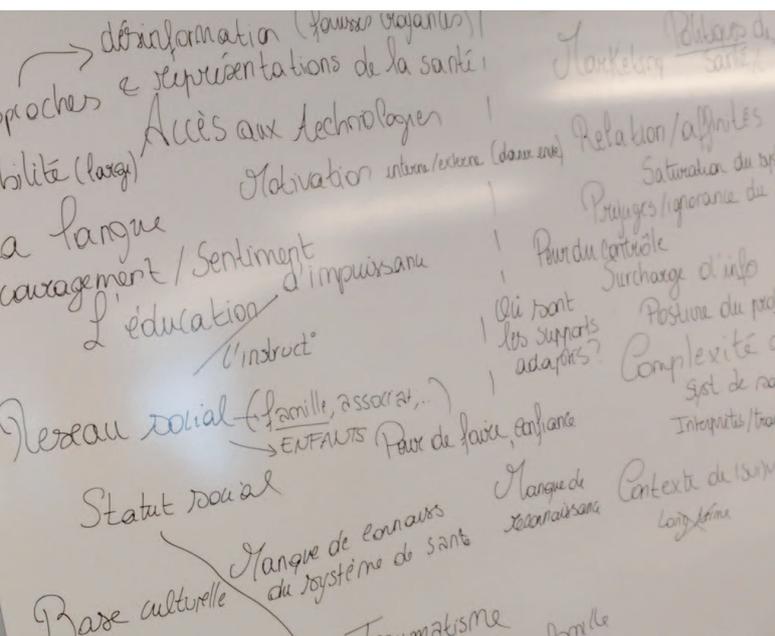
## DES CONSTATS, DES OBSERVATIONS

À votre avis, qu'est-ce qui influence le niveau de littératie en santé d'une personne et plus particulièrement d'une personne ayant vécu l'exil? La technique d'animation<sup>11</sup> utilisée a permis une profusion de réponses et le tableau s'est rempli rapidement d'idées.

10 - VAN DEN BROUCKE S. & RENWART A., La littératie en santé en Belgique : un médiateur des inégalités sociales et des comportements de santé, Louvain-la-Neuve, UCL, 2014, p.19.

11 - Les participant·e·s discutent d'abord par 2, puis par 4, puis par 8 pour enfin partager en plénière toutes les idées.

## ET MAINTENANT, ON FAIT QUOI?



En observant le tableau, nous avons constaté de manière assez frappante que, parmi les éléments cités, certains étaient liés à des **capacités personnelles** (citons par exemple le fait de maîtriser la langue du pays, de savoir lire, d'avoir le temps ou la motivation de chercher des infos, certaines croyances...) et d'autres liés **aux systèmes, aux contextes de vie** (la saturation de certains services, le surplus d'information, la présence ou non d'interprètes...).

« Pourtant », insiste une participante, « la tendance actuellement est de responsabiliser les gens de manière individuelle : vous fumez donc ce sera de votre faute si vous contractez un cancer. Sans prendre en compte le fait que cette personne habite à proximité d'un boulevard où les camions passent sans arrêt ». Nous avons convenu avec le groupe que la littératie en santé invite à porter une attention sur l'individu et ses capacités mais aussi sur les systèmes et les contextes de vie. Les pistes d'action que nous avons identifiées dans la suite de l'atelier portent sur ces deux aspects.

Renforcer les compétences des personnes à mieux communiquer, rendre disponibles des informations plus claires, simplifier les systèmes sociaux et de santé, rendre les environnements plus favorables à la santé... La deuxième partie de l'atelier nous a amenées à relever des pistes d'action à différents niveaux et à voir ce qui se pratiquait déjà sur le terrain en matière de littératie en santé. Pour ce faire, nous avons écouté les deux personnes ressources qui ont partagé avec nous des exemples de bonnes pratiques avant que chaque participant·e n'alimente la discussion en parlant de sa propre expérience.

Le projet bruxellois « **Avec Elles** » de Médecins du Monde a été mis en place suite au constat d'un manque d'informations de certaines femmes ayant vécu l'exil, concernant leur santé. Deux volets complémentaires ont été imaginés pour répondre à ce besoin. Le premier est l'ouverture d'une consultation sur la santé sexuelle et reproductive spécifiquement pour les femmes qui n'ont pas accès aux soins de santé. Depuis quelques semaines, l'association a mis sur pied des consultations de « counseling ». Concrètement, les patients passe d'abord chez un·e conseiller·ère avant d'aller chez le médecin ou chez les assistant·es sociales. Ce moment est un espace de parole confidentiel, qui permet une approche plus globale et plus individualisée de la personne, on y présente notamment des l'information avec des supports adaptés (ex. : supports destinés aux personnes sourdes avec des schémas).

Le second volet du projet consiste à aller à la rencontre des femmes dans leurs lieux de vie (associations d'alphabétisation, lieux de travail clandestin, églises...) afin de leur donner des informations sur une série de sujets de santé (via des animations collectives). Parallèlement, l'équipe de Médecins du Monde forme les personnes qui sont en contact avec ces publics pour qu'elles puissent reprendre ce rôle d'informateur·ices.

Les pistes d'action pointées par le groupe :

**Le « counseling »** : un moment privilégié pour prendre le temps d'informer et permettant d'instaurer un espace de parole confidentiel où le conseiller ou la conseillère transmet des informations, par exemple, en matière de prévention et où les patient·es sont libres de poser des questions. Cela offre une approche plus globale de la personne et un suivi plus individualisé.

Élaborer et utiliser **des supports d'information clairs et accessibles** pour tout le monde (avec des images, des visuels). À titre d'exemple, Ruth Shrimpling a amené deux supports qu'elle utilise régulièrement dans son travail. Le premier est un kit d'animation sur les CPAS (Cultures&Santé) et le second est une brochure sur le VIH, destinée aux personnes sourdes et malentendantes. Une participante intervient pour partager son expérience en tant que formatrice de français langue étrangère. Elle a constaté que parfois les apprenant·es affirment avoir compris une information même lorsque ce n'est pas le cas. Elle utilise donc très souvent des supports graphiques qui contiennent des images, des pictogrammes en facilitant la compréhension. Une autre personne attire l'attention sur le fait qu'un support d'information doit surtout servir de support à la discussion ; une brochure diffusée sans explications risque de n'avoir que peu d'impact.

**Le « teach back »** est une technique qui consiste à demander à la personne ou au groupe de personnes de reformuler, dans leurs mots, l'information afin de s'assurer qu'elle a bien été comprise : *« C'est important de voir comment l'information est perçue par les personnes car parfois on peut être surpris de ce qu'elles ont compris »*, a expliqué une participante.

**Faire appel à des médiateurs ou des médiatrices interculturelles, rendre visible leur travail, les faire sortir de l'hôpital...** Un participant qui travaille à Médecins Sans Frontières explique que, depuis quelques années, l'organisation fait appel à un service de médiation interculturelle afin de mieux prendre en charge les personnes ayant vécu l'exil. Cela permet de dépasser certaines barrières même si ce n'est pas la solution à tout (ces services sont surtout présents en hôpitaux et ils sont souvent monopolisés par la gestion des tâches administratives des patient·es). Une mise en garde se fait entendre :

attention aux dérives d'une approche systématiquement trop culturelle, il ne faut pas interpréter le vécu de la personne seulement de ce point de vue.

C'est au tour de Valérie Davreux de nous raconter le travail mené par La Bobine et plus particulièrement par le service d'insertion sociale (SIS). Même si l'asbl est ouverte à toutes et à tous, dans les faits elle accueille une grande majorité de femmes. Ces dernières, migrantes pour la plupart, vivent dans le quartier. La moyenne d'âge est de 51 ans. Elles fréquentent La Bobine pour apprendre le français, pour pouvoir se débrouiller dans la vie quotidienne, pour sortir de chez elles, pour tisser des liens...

Quand Valérie est arrivée au SIS, il y a 5 ans, il lui est apparu rapidement que le fil conducteur serait la santé au sens large (les participantes en parlent tout le temps, c'est une préoccupation quotidienne). Les projets mis en œuvre, comme le jardin partagé au sein du quartier ou les ateliers « récits de vie », témoignent de cette préoccupation pour la santé. Récemment, Cultures&Santé a réalisé un projet en partenariat avec La Bobine : l'organisation et l'animation d'une dizaine d'ateliers consacrés à la littératie en santé. Le but était d'expérimenter des animations qui permettent de renforcer les capacités des personnes à rechercher, comprendre, évaluer et utiliser des informations pouvant avoir un effet sur leur santé. Par exemple, parcourir la presse et repérer les articles qui parlent de santé, évaluer la fiabilité des informations... Il a aussi été question de recueillir des brochures d'information sur l'alimentation durable (suite à une préoccupation de leur part), de les déchiffrer, de les adapter en langage clair en choisissant des illustrations, un format... Ce processus a abouti à la réalisation d'une brochure « maison » avec laquelle elles sont reparties. Nous avons observé que les femmes connaissent intuitivement les principes de langage clair (utiliser des verbes, des puces typographiques, faire des phrases courtes...) et que les différences de niveaux de maîtrise du français et de l'écrit ont suscité de l'entraide. Ce processus était vraiment intéressant en termes d'appropriation de l'information. Cette expérience, et celle menée avec un groupe au CPAS de Saint-Gilles (Espace ressources), a permis d'alimenter la rédaction d'un guide d'animation « La littératie en santé : D'un concept à la pratique ».

## POURQUOI DU COLLECTIF?

Un des points communs des projets présentés par les personnes ressources tient au fait qu'ils s'appuient sur le collectif. Pourtant, dans la littérature, la littératie en santé est souvent abordée dans la relation interindividuelle soignant-soigné. Cette réflexion nous a amenées à mettre en évidence la pertinence de s'appuyer sur des dynamiques collectives pour agir dans ce domaine.

*Quels sont les atouts du collectif? Quelle est sa plus-value en matière de littératie en santé?*

La discussion s'est orientée sur les interactions en animation de groupes. La force du collectif est souvent plus présente chez les femmes que chez les hommes, nous dit un participant. Selon lui, les femmes communiquent plus entre elles, l'entraide se développe, elles gèrent la vie de famille, elles ont un rôle très spécifique au sein de celle-ci. Une autre personne indique que, parfois, les hommes peuvent être plus prolixes que les femmes, ils ne sont pas toujours en retrait. En fonction des groupes, on a tendance parfois à séparer le genre alors que la mixité est riche. Tout comme l'est la mixité culturelle.

La plupart des personnes présentes à cet atelier travaillent avec des groupes, mettent en place des activités collectives. Elles ont pointé l'importance des techniques d'animation utilisées et le fait de susciter la participation active des personnes. En effet, nous dit une participante, « *il ne faut pas arriver dans un groupe avec une information en se disant « je sais et je vais leur apprendre »* ». Une autre rebondit : « *C'est une question de posture. Nous avons autant à apprendre de ces personnes que l'inverse. Ce n'est pas moi qui détient le savoir! Il faut parfois prendre le temps d'expliquer cela en début d'atelier* ». Une autre ajoute : « *Je commence toujours mes animations en disant comment ça va se passer : ici pas de jugement, on ne dit pas ce qui est bien ou ce qui ne l'est pas. Je vais simplement vous apporter une information pour que vous puissiez en tirer avantage et l'utiliser. Ensuite, je procède par questions* ».

La littératie en santé soulève des questions d'équité et de justice sociale : les gens ne sont pas égaux face au développement et à l'exercice de ces capacités. À cela s'ajoute la complexité de

certains systèmes existant et des informations disponibles. Cet atelier a permis de se questionner sur les freins d'accès à ces informations et sur la manière de les lever.

*« Selon moi, cette journée a mis en avant la complexité qui existe dans l'accès à l'information en matière de santé mais surtout qu'il existe pas mal de pistes pour y faire face. »*

*« Je pars avec une autre approche de la personne exilée, le cadre est tout aussi important que la relation et la situation de la personne ayant vécu l'exil. »*

Vous pouvez trouver en fin de document, dans la partie « Ressources », les outils pédagogiques et les publications mentionnés lors de l'atelier.





## *ATELIER II*

# *DYNAMIQUES COLLECTIVES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES*

*Animateur.rice.s : Damien Hachez et Charlotte Sax de Cultures&Santé*  
*Personnes ressources : Sandy Desenclos, Noémie Hubin et Alexia Zeegers*

Avoir vécu un parcours d'exil, évoluer dans un nouveau pays avec sa culture, ses institutions, sa langue peut constituer un frein à l'exercice de compétences utiles pour sa santé. *Comment permettre à des personnes ayant connu un parcours d'exil de (re)prendre confiance et de mobiliser leurs propres ressources? Comment la dynamique de groupe peut-elle faciliter cela? Sur quelles ressources et compétences est-il préférable d'agir?*

C'est en s'appuyant sur des expériences et projets menés par l'asbl Les Pissenlits et par l'Espace Ressources du Centre public d'action sociale de Saint-Gilles que les échanges se sont construits durant cet atelier. Deux temps de réflexion collective ont été proposés successivement :

- Le premier consistait à s'interroger sur : « Comment renforcer les compétences pour favoriser l'accès à la santé, particulièrement pour les personnes ayant vécu l'exil? Quelles compétences en particulier? »
- Le second permettait de réfléchir à : « Quels seraient les éléments porteurs dans les dynamiques de groupe pour soutenir le développement de ces compétences », en lien avec les besoins spécifiques des personnes ayant connu l'exil.

## Les personnes ressources

*Alexia Zeegers et Noémie Hubin travaillent à l'association Les Pissenlits. Spécialisée dans les démarches collectives en santé, cette asbl bruxelloise mène une action locale partenariale, anime des groupes thématiques et diffuse ses projets sous la forme de partage d'expertise. « L'objectif des Pissenlits est l'empowerment, la mobilisation et la combinaison de ressources. Et l'exercice de compétences dans un cadre bienveillant en groupe va favoriser la transposition de ces compétences dans d'autres contextes. »*

La co-construction, la « dé-hiérarchisation » des savoirs, la participation des habitant·e·s et l'utilisation des ressources de chacun·e sont au cœur des pratiques de l'association. C'est en partant des besoins, exprimés ou ressentis, que sont initiés les projets : « le processus importe plus que le résultat ». Si l'exil n'est pas la porte d'entrée de l'association, deux tiers des acteurs et actrices impliqués dans les projets de l'asbl (habitant·e·s et professionnel·le·s) ont vécu un parcours migratoire, ce qui en fait une dimension incontournable dans les réalités de vie des personnes participant aux activités de l'association.

*Sandy Desenclos travaille à l'Espace Ressources du CPAS de Saint-Gilles. Il s'agit d'un service d'insertion sociale à penser comme un tremplin pour les personnes qui s'y inscrivent, personnes qui sont majoritairement issues de l'immigration. L'intervention s'y construit sur un axe individuel, une prise en compte de la personne de manière globale, et sur un axe collectif, qui est mis en œuvre sous la forme d'activités et d'ateliers.*

*« L'Espace Ressources (...) vise la remobilisation sociale et l'empowerment au travers du collectif. »*

La création de liens au sein du quartier –allant donc au-delà des relations entre bénéficiaires du CPAS– est un objectif transversal à l'Espace Ressources, tout comme le renforcement de l'appropriation de la langue et, plus largement, de l'expression (parole, art).

## RENFORCER LES COMPÉTENCES, COMMENT ?

Si le questionnement initial de l'atelier portait sur les compétences des personnes ayant vécu l'exil, les échanges ont rapidement fait émerger la **nécessité d'envisager une intervention à double niveau** : il ne s'agit pas uniquement d'agir sur les compétences des personnes exilées mais aussi, et cela semble fondamental, sur celles des professionnel·le·s qui sont à leur contact. Cette idée traverse l'ensemble de la réflexion menée durant l'atelier.

Petit temps d'arrêt plus théorique : mais au fait, qu'est-ce qu'une compétence ? Pour résumer, on peut dire qu'il s'agit de la mobilisation concrète de ressources (savoirs pratiques et théoriques, connaissances, réseau social, expériences antérieures...) en vue de réagir, dans un contexte donné, à une situation-problème. Prendre la parole devant un groupe, passer un entretien d'embauche, réaliser une analyse financière sont quelques exemples de compétences. Pour en savoir plus, n'hésitez pas à consulter le Focus Santé Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé produit par Cultures&Santé.

Trois thèmes relatifs aux compétences utiles à la santé se sont dégagés des échanges : l'accès aux informations et aux systèmes, l'importance du lien social entre acteur·rice·s-relais et participant·e·s, et la question de la posture professionnelle.

La question de la langue a rapidement été soulevée. Si elle constitue bien souvent un obstacle pour les personnes en situation d'exil, celui-ci n'est pas infranchissable... « *On peut échanger et mettre en commun sans partager la même langue* », déclare une participante. Mais il y a effectivement lieu de renforcer les compétences langagières qui favorisent directement la **compréhension et l'expression des personnes**. Des ateliers d'appropriation de la langue peuvent constituer un bon levier. Au CPAS de Saint-Gilles, les ateliers de l'Espace Ressources viennent en renforcement des cours de langues. La possibilité de s'exprimer est importante, à travers la parole, mais aussi à travers l'art.

Rapidement émerge également l'idée qu'il faut améliorer la connaissance qu'ont les migrant·e·s du **fonctionnement de la société d'accueil**. Cette idée renvoie à la nécessité d'adapter la communication en développant une communication visuelle et symbolique. Dans cette perspective, il faut envisager d'amener les personnes à **participer à l'évaluation de l'information et des systèmes**.

Pour soutenir l'exercice des compétences, il semble opportun d'instaurer un **lien de qualité et de confiance**. Les professionnel·le·s doivent être perçues comme des « agents de confiance ».

Partir des personnes, les écouter, valoriser leurs connaissances, leurs paroles... Cela participe à la prise de confiance en soi et favorise l'appropriation par les personnes ayant vécu l'exil des projets et des dispositifs. Pour les Pissenlits, les besoins et les préoccupations recensés chez les habitant·e·s ou identifiés collectivement constituent le point de départ des projets que l'équipe soutient. « *Nous construisons alors avec eux la problématique. Une idée fondamentale est de s'appuyer sur les ressources des participant·e·s du début à la fin de chaque projet. Il faut que les personnes puissent y prendre part à chaque étape.* »

En créant ce lien de confiance, en accueillant des personnes pour elles-mêmes, au-delà de leurs vulnérabilités et de leur situation d'exil ou de précarité, on parvient à **déceler les ressources et à prendre en compte les spécificités** de chaque membre du groupe. On en vient à renforcer la dimension humaine dans les relations entre professionnel·le·s et personnes en exil. Comme l'exprime l'une des participantes de l'atelier, en abordant les choses de cette manière : « *On voit les personnes, on ne voit plus la précarité ou l'exil. On décèle les potentialités, on en revient à "l'humain". Et on peut du coup aider les gens à changer le regard qu'ils portent sur eux-mêmes. Et l'on sait combien l'estime de soi et la confiance en soi peuvent être bénéfiques pour l'autonomie des personnes.* »

Comme annoncé, les participant·e·s à l'atelier ont largement discuté des compétences et aptitudes à mobiliser en tant que professionnel·le (ou volontaire) travaillant auprès de personnes ayant vécu l'exil. Il y a lieu, notamment, de **s'interroger sur ses propres représentations**, stéréotypes et préjugés à l'égard de ce public.

La question des représentations est aussi à **travailler avec les exilés** : *qu'est-ce que la santé? Qu'est-ce que la santé dans votre pays d'origine? Et ici, en Belgique? Qu'est-ce que la santé mentale?* Dès lors, il faut pouvoir accepter les représentations d'autrui qui peuvent éventuellement heurter nos visions.

Selon plusieurs personnes présentes à l'atelier, le ou la professionnel·le doit, à travers l'écoute de son public, pouvoir travailler tout sujet et le collectiviser quand c'est possible. Revient ici le préalable du lien de confiance.

Dans ce domaine, on relève un besoin d'accompagnement des professionnel·le·s dans l'adoption de cette posture (laisser la place à la parole, prendre en compte les savoirs d'autrui...) en tenant compte de leur cadre d'intervention qui n'est pas toujours propice à cela (le positionnement institutionnel, la marge de manœuvre qui leur est laissée...).

## COMMENT METTRE EN PLACE DES DYNAMIQUES COLLECTIVES ? QUELLE PLUS-VALUE ?

Dans la seconde partie de l'atelier, les échanges se sont orientés vers les dynamiques collectives en elles-mêmes. *Comment créer des dynamiques de groupe créatrices de lien social, bénéfiques à l'exercice de compétences et favorables à l'accès aux ressources externes et à la santé ?* Des éléments-clés ont ainsi affleuré, concernant le cadre d'intervention, la relation participant-e-relais et enfin, le fait d'ancrer sur le territoire la dynamique entre pairs.

Si le cadre de toute action collective est déterminant, il l'est peut-être encore plus avec des personnes immigrées. Il faut dès lors veiller à ce qu'il soit convivial, accueillant, parfois ludique. Un **cadre bienveillant**, dans lequel chacun-e peut être écouté-e, (re)prendre confiance en soi, créer du lien avec d'autres permet à la personne de s'inscrire dans un nouveau groupe social.

Les professionnelles de l'asbl Les Pissenlits et de l'Espace Ressources du CPAS de Saint-Gilles se rejoignent pour souligner la nécessité de susciter une réciprocité dans la relation. *« Par exemple, on se tutoie tous, professionnels et participants », « Déhiérarchiser les connaissances, être dans l'échange... Ce sont des choses assez simples finalement. [...] Ça passe aussi par l'aménagement du local, la manière dont sont positionnées les chaises, par exemple. Tout cela peut renvoyer cette notion d'égalité et faire écho à l'idée de déhiérarchiser les positions. »*

Consacrer du temps à des activités brise-glace permet de créer de la cohésion dans le groupe, **créer la rencontre**, entre des individus qui ne se connaissent pas ou qui pensent n'avoir rien en commun. Pour permettre à chacun-e de trouver sa place dans une dynamique collective, les professionnel.le.s doivent admettre et prévoir des participations variables, souples, des **degrés d'engagement variés** : *« Le fait de proposer une certaine flexibilité, de ne pas imposer la présence à un ensemble de modules permet à chacun d'envisager son propre parcours de participation »,* relaie Sandy Desenclos.

L'**évaluation** des activités a également tout son sens : elle permet d'en apprendre plus des participant-es, de proposer des suites qui correspondent à leurs attentes. Cela doit se faire dans la discussion, l'ouverture, dans une idée de construire un projet ensemble, sur le long terme. *« Dans le cadre des activités de l'Espace Ressources, nous faisons un bilan après chacun de ces échanges. La convivialité, la discussion sur les aspects positifs et négatifs sont cruciaux. Nous discutons de ce que l'on souhaite pour la suite. »*

L'importance des **temps informels** a également été soulevée dans ces dynamiques collectives. Notamment par les travailleuses des Pissenlits : *« Il s'agit d'un moment d'échange de ressources entre participants, de création de lien social. Même si ce temps empiète sur le temps de l'atelier plus formel durant lequel est dispensée une information ciblée, ce moment est tout aussi important en matière de santé globale. »*

La mise en réseau avec des pairs et le partage de trajectoires permettent de se rendre compte que l'on n'est **pas seul-e dans une situation** compliquée, de rompre avec l'isolement et la désocialisation. C'est l'une des plus-values non négligeables des dynamiques collectives. Surtout avec des publics qui peuvent être en situation de repli. Le fait d'avoir l'occasion de **(re)créer un réseau** et de faire connaissance avec des personnes qui partagent un même territoire a un impact positif sur les compétences et favorise l'accès à des ressources externes. *« Pour mobiliser les personnes, le fait de créer un engagement envers les pairs a du sens. Sans que cet engagement ne soit obligatoire, et au-delà de l'engagement envers les professionnels [...] Cela peut passer par la création d'une charte. La présence de chacun est souhaitée, sans être obligatoire. Donc chacun peut parfois arriver avec les pieds lourds mais chacun sait aussi qu'après, il sera content et aura une certaine reconnaissance pour sa présence. »* (Espace Ressources)

Le fait d'**ancrer localement les projets** et de développer une proximité avec certaines personnes peut s'avérer positif pour le collectif. *« le fait d'avoir quelques contacts privilégiés au sein d'une population, d'un réseau peut porter ses fruits puisqu'ils peuvent alors eux-mêmes relayer une offre, faire du bouche-à-oreille. Ce sont des "relais communautaires" précieux. Mais ça reste un travail de longue haleine. »* (Les Pissenlits)

Lorsque les personnes partagent un même territoire, on peut **faire venir les ressources** jusqu'au groupe et parallèlement **faire aller le groupe vers les ressources** afin de les rendre accessibles. Au sein de l'Espace Ressources du CPAS de Saint-Gilles, l'identification des ressources sur le territoire est l'un des objectifs : « *Il s'agit d'ancrer les personnes à Saint-Gilles à travers la connaissance de l'offre généralisée, du tissu associatif, des acteurs locaux (...). Pouvoir mettre un visage sur un service.* »

Pour conclure, reprenons trois idées-clés de l'atelier :

- Un **double niveau d'action** : s'il faut soutenir l'exercice des compétences des personnes exilées pour améliorer leur accès à la santé ici en Belgique, il est primordial également de travailler les compétences des professionnel.le.s qui les accompagnent.
- Un **dialogue avec les groupes** : une posture d'écoute et d'échange est nécessaire pour améliorer la relation ou permettre à chacun et chacune de contribuer au projet et de ne pas en être simple « receveur ». Cette approche implique une remise en question professionnelle, voire institutionnelle.
- La **convivialité** : il s'agit d'accueillir les personnes, et de les accueillir pour elles-mêmes, au-delà de leur situation d'exil et de leurs vulnérabilités.

Vous pouvez trouver en fin de document, dans la partie « Ressources », les outils pédagogiques et les publications mentionnés lors de l'atelier.





## *ATELIER III*

# *L'ACTION CULTURELLE AU SERVICE DE LA RECONNAISSANCE : UN ATOUT SANTÉ*

*Animatrices : Marjolaine Lonfils et Céline Prescott de Cultures&Santé*

*Personnes ressources : Lucie Castel, Nathalie Cobbaut,*

*Yahaya Oumarou et Jérémie Piolat*

Cet atelier entendait éclaircir la notion d'action culturelle et cerner ses liens avec la santé. Pour cela, deux projets menés avec des personnes ayant vécu l'exil et s'appuyant sur deux leviers d'expression distincts étaient mis en évidence : l'écriture et le travail de journalisme. Les discussions, réflexions et témoignages avaient pour vocation de fournir des éléments de réponse aux questionnements suivants :

En quoi les actions culturelles menées avec des personnes ayant vécu l'exil ont-elles un effet bénéfique sur la santé? En quoi les créations qui en émergent permettent-elles de penser l'exil et la santé différemment? Qu'apprendre de l'Autre? Pourquoi redonner la parole à ceux qui l'ont peu? Pourquoi donner une place à l'expression des vécus d'exil?

## Les personnes ressources

*Jérémie Piolat*, philosophe et anthropologue, auteur de l'ouvrage « Portrait du colonialiste » (La Découverte / Les empêcheurs de penser en rond, 2011), est concepteur et animateur d'ateliers d'expression populaire. Il a notamment soutenu l'écriture de plusieurs recueils de textes écrits en « Immigratien » (sorte de français créolisé) par des migrant·e·s lors d'ateliers d'écriture.

*Nathalie Cobbaut* est rédactrice en chef à l'Agence Alter. *Lucie Castel*, graphiste-illustratrice et *Yahaya Oumarou* ont participé comme partenaires au projet de l'Alter Médialab, *Exil : un autre horizon*. L'Alter Médialab est le laboratoire d'expérimentation de journalisme critique, participatif et citoyen, mis en place par l'Agence Alter. Réunissant des journalistes professionnel.le.s et des publics qui n'ont pas naturellement accès aux tribunes médiatiques, l'Alter Médialab est un laboratoire de co-production, de production et de diffusion d'informations sociales critiques. Le projet *Exil : un autre horizon* est l'aboutissement d'un chemin qui est parti du Service de santé mentale Ulysse et qui a croisé celui de l'Agence Alter, de l'association d'éducation permanente Gsara, du collectif Krasnyi et de Lucie Castel.

## QU'ÉVOQUE LA NOTION D'ACTION CULTURELLE ?

Avant d'écouter les témoignages des personnes ressources en lien avec les projets qu'elle ont menés, un temps a été consacré à la mise en commun de ce qu'évoque pour chacun·e le terme d'**action culturelle**, un terme relativement répandu dans le monde associatif. Parmi les éléments amenés à l'atelier, retenons-en quelques-uns :

- *L'action culturelle, c'est l'expression des besoins, des vécus, des émotions, d'une sensibilité. C'est une posture d'écoute également, qui apporte des connaissances, de la richesse.*
- *L'action culturelle, c'est un partage de savoirs, de valeurs, de cultures, de traditions, de représentations. On communique, on crée du lien et surtout de la reconnaissance.*
- *L'action culturelle, c'est se questionner, se confronter.*
- *L'action culturelle, c'est créer quelque chose en commun, créer des références partagées.*

- *L'action culturelle se donne aussi comme objectif d'agir sur son environnement : être résilient, militant. On se libère et on s'émancipe. On transforme le réel en quelque chose de plus positif.*

## FAIRE CULTURE ENSEMBLE : L'EXEMPLE D'UN ATELIER D'ÉCRITURE

**Jérémie Piolat** prend ensuite la parole en tant que personne ressource de l'atelier et présente des éléments de réflexion puisés dans les ateliers d'écriture<sup>12</sup> qu'il mène avec des migrant·e·s. Il souligne, tout d'abord, une évolution des représentations liées à l'action culturelle avec les migrant·e·s. Il revient notamment sur un épisode qui l'a marqué : « Il y a 10 ans, on m'a demandé d'animer un atelier d'écriture pour des femmes migrantes. Il s'agissait d'une action culturelle. J'y voyais une occasion pour que ces femmes puissent mettre en valeur leurs savoirs. On m'a rétorqué :

---

12 - Pour plus d'infos sur le processus d'écriture : [www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/257-recit-d-ecrits.html](http://www.cultures-sante.be/nos-outils/outils-education-permanente/item/257-recit-d-ecrits.html)

*"Elles n'ont pas de savoir. Elles sont taiseuses, elles restent à la maison, elles n'ont pas été à l'école..." J'aurais donc dû apporter des savoirs à des femmes qui n'en avaient pas? L'action culturelle est une action en lien avec la culture de manière générale. Mais, est-ce qu'il s'agit de faire culture ensemble ou d'imposer une culture à l'autre? »*

Si dans notre société, la culture revêt une multiplicité de sens, le sens qui intéresse Jérémie Piolat dans le cadre de son travail, est la culture vue comme « un ensemble de **pratiques culturelles conscientes** : la manière dont on élève l'enfant, dont on le porte, dont on danse... C'est dans cette logique que j'ai pu animer les ateliers d'écriture avec des migrants notamment à Cultures&Santé. Un atelier d'écriture où les personnes écrivent leur propre récit, leur propre vécu ». Utiliser l'écriture comme moyen d'expression est un choix assumé, « parce qu'avec l'écriture, il y a possibilité de laisser une trace rapidement. À l'issue des ateliers, on édite un livre », nous explique Jérémie Piolat.

## LE JOURNALISME PARTICIPATIF POUR TÉMOIGNER COLLECTIVEMENT

C'est au tour de **Nathalie Cobbaut** de présenter le projet Altermedialab **Exil : un autre horizon**. « L'agence Alter est une agence de presse qui traite des questions sociales, dont la migration, avec le souci de défendre les droits économiques, sociaux, culturels des personnes qui vivent dans notre société. On aborde ces questions avec le souci constant et la difficulté de donner la parole aux personnes qui sont les premières concernées. On fait du journalisme dit participatif. [...] En 2016, nous avons travaillé avec un groupe de personnes migrantes accueillies à l'association Ulysse. [...] Plusieurs outils journalistiques ont été mis à leur disposition : l'écrit, la photo, la radio, l'illustration et la BD. » Le cœur du projet était de « pouvoir partir des témoignages que ces personnes avaient envie de délivrer et de pouvoir travailler avec elles cette pratique du journalisme qui est de s'interroger et de dépasser son propre témoignage. Nous voulions voir comment les choses s'inscrivent dans le contexte dans lequel on se trouve, en confrontant son point de vue avec celui des autres, pour pouvoir étayer finalement la situation dans laquelle on se trouve et mieux la saisir. »

**Yahaya Oumarou**, participant au projet, a choisi la BD comme mode d'expression : « On a fait une réunion avec les journalistes. [...] J'ai dit que je n'ai pas grand-chose, je n'ai pas d'expérience, je n'ai pas étudié, je suis nomade, je suis villageois. [...] Puis, je me suis dit : "Je dois expliquer ce que j'ai vécu". Cette explication est faite par ce dessin, grâce à Lucie qui m'a aidé, m'a montré des papiers, des photos de personnes, ce dont j'avais besoin pour dessiner. » Yahaya Oumarou fait un lien entre le mode d'expression utilisé pour le projet et les moyens de communication dans son village : « Quand je pense à chez moi, nous n'avons pas de cartes ou de plans comme ça. Au village là-bas, quand tu veux expliquer quelque chose tu vas tracer dans le **sable**. [...] Donc c'est ça les idées, je pense à chez moi. Quand je dis certaines images je les vois, c'est plus facile d'expliquer ce que tu vois. »

L'illustratrice, **Lucie Castel** précise son rôle dans ce projet participatif : « D'entrée de jeu, je me suis placée comme assistante de Yahaya. Il m'a raconté toute son histoire une première fois, ça a duré une heure et demi et après, chaque fois qu'on se voyait, on reprenait un petit bout. [...] J'ai une démarche assez intuitive, qui découle surtout de ma pratique de la bande dessinée, j'essaye de me faire confiance dans le sens où je fais aussi confiance à ce que la personne dit. Ça coule de source peut-être pour vous, mais ce n'est pas forcément le cas, surtout quand on anime des ateliers : on a parfois tendance à vouloir faire entrer la phrase dans cette case alors qu'en fait il faut peut-être juste faire deux cases de plus pour laisser la parole libre. »

Pendant la seconde partie de l'après-midi, les sous-groupes ont été invités à prolonger la réflexion autour de trois grands thèmes : l'impact de l'action culturelle sur la santé, les représentations et la place de l'expression dans la société. Les discussions sont riches, les personnes ressources se sont réparties dans les groupes pour accompagner la réflexion. Les participant·es rebondissent d'un thème à l'autre en faisant du lien et en partageant leurs expériences.

## ENRICHIR LES REPRÉSENTATIONS

Une réflexion est entamée autour du **vocabulaire** utilisé (exil, sans-papiers...), sa connotation négative et les valeurs dominantes qu'il véhicule. L'action culturelle permet - plutôt que de partir du « sans » (sans-papier, sans savoirs...) - de partir des ressources, des atouts et de les mettre en lumière. L'action culturelle offre de nouvelles possibilités de contacts avec la société d'accueil, tout en amenant à changer le **regard** qu'on porte sur les participant·es. Jérémie Piolat révèle un sens des ateliers d'écriture qu'il anime : « *Ils donnent à voir ce qu'est la société d'accueil. Par exemple, ils font émerger des éléments de destruction et de mise en péril de la santé liés à notre propre société. Les textes des migrants apportent un regard neuf sur nos sociétés, nos limites et mettent en lumière certains facteurs pathogènes.* »

Nathalie Cobbaut souligne également les apports de ce type d'action : « *Ça nous a apporté cette parole qui nous manquait par rapport à une vision de ces matières que l'on traite mais que l'on ne vit pas. [Être en contact avec ces personnes] nous a permis par exemple de nous rendre compte de cette espèce de no man's land dans lequel elles se trouvent, quand elles sont dans des procédures, notamment de demande d'asile, cette espace entre parenthèses, cet état suspendu, dans lequel on ne peut s'inscrire nulle part, une situation dans laquelle on n'a pas de prise concrète sur la vie qu'on entend mener.* »

## *LA PLACE LAISSÉE AUJOURD'HUI À L'EXPRESSION ET À L'ÉCHANGE DANS NOTRE SOCIÉTÉ*

Certaines barrières peuvent apparaître et doivent être prises en compte dans la mise en place d'un processus de valorisation des savoirs des personnes migrantes. Les parcours d'exil parfois douloureux, le sentiment de sécurité, la maîtrise de la langue française, la timidité, le caractère peuvent constituer autant d'éléments qui freinent l'expression : *Est-ce que je peux m'exprimer ? En ai-je la permission ? Est-ce que j'ose ? Est-ce que j'en suis capable ?*

À partir du moment où il y a la place pour l'expression, il y a possibilité de construire ensemble. Toutefois, les actions se passent souvent en vase clos. On crée des espaces d'expression mais par-

fois il manque de **lieux** de diffusion, d'échanges intergénérationnels, interculturels... Dès lors, *comment ouvrir, comment créer de la mixité ?*

Enfin se pose la question du positionnement de l'**institution** dans laquelle l'action culturelle peut être menée. L'association peut parfois se situer, dans son organisation, dans sa philosophie d'action, à contre-courant de ce genre d'approche, avec des attentes trop cadrées, laissant peu de place à la liberté réelle d'expression et de création. Il apparaît également qu'il n'y a pas toujours de remise en question du côté des professionnel·le·s et des institutions suite aux productions culturelles émergentes.

## *L'ACTION CULTURELLE : UN LEVIER FAVORABLE À LA SANTÉ ?*

L'oralité est désignée dans l'atelier comme facteur de santé, notamment quand on travaille avec des personnes qui ont vécu l'exil. Il y a lieu de laisser une place pour l'expression des maux d'exil afin d'aider les personnes qui les vivent à leur donner du sens. Offrir un espace d'expression permet également de parler d'un univers culturel qui manque, d'aller vers une reconnaissance du savoir et de la pratique de l'Autre.

L'accompagnatrice de l'Alter Médialab évoque les effets multiples de l'action sur la santé : « *Tant pour nous, professionnels, que pour les personnes du groupe Journal qui ont travaillé avec nous, je pense que cette expérience a eu un impact important sur notre santé au sens très large. La nôtre et la leur.* » La rencontre, la confrontation avec de nouvelles connaissances, le sentiment d'être **reconnu**, entendu dans les situations quotidiennes vécues contribuent à un mieux-être mental.

Et Jérémie Piolat de faire un lien avec l'atelier d'écriture : « *Quand on ne peut plus convoquer tous ces savoirs que l'on porte et que l'on se retrouve en situation de "sans" (sans-papiers, sans savoirs, sans liberté...), on est en danger. Je ne sais pas si les ateliers d'écriture que je mène produisent de la santé mais en tout cas, ils ne l'empirent pas. L'idée est quand même avant tout de ne pas la détruire.* »

Mais jusqu'à quel point « exorciser » ce qu'on

a vécu? On sait à quel point la migration peut être traumatisante. N'y a-t-il pas un danger psychique à rouvrir ces blessures lorsque l'on n'est pas professionnel de la santé mentale? Jusqu'où aller? Ces questionnements renvoient à ce qui fait santé quand on initie ce genre de démarche. Une des clés proposées dans l'atelier serait de ne rien attendre de spécifique et d'entendre le **besoin** qui émane des individus, de ne pas imposer un questionnaire « orienté » pour que les personnes se racontent.

« On touche ici à la différence entre le recueil d'un récit de vie et un atelier d'écriture qui fabrique un objet qui va être partagé. L'accueillant [professionnel, bénévole, animateur] ne peut pas être le "recueillant secret" d'une parole. C'est l'objet qui est créé qui fait sens, l'angle d'approche qu'il offre », conclut Jérémie Piolat.

## ET APRÈS LE PROJET, QU'EST-CE QU'ON FAIT?

À la fin de l'atelier, une question reste toutefois en suspens. *Que fait-on après? Faut-il toujours créer un support et garder une trace de ce qui a été dit, de ce qui a été produit contrairement au sable qui s'efface? Est-ce que l'espace dédié à cette expression peut être déjà suffisant en soi? Y-a-t-il un danger à avoir permis l'expression, sans étape ultérieure, comme une « plaie ouverte », une médecine sans moyens, sans fil pour refermer la plaie?*

Ce questionnement reste ouvert mais il préfigure la nécessité de penser un accompagnement longitudinal de la personne qui a vécu l'exil, en rapport avec ses besoins et ses demandes. Si elle est menée dans le souci de s'enrichir mutuellement, l'action culturelle peut être un élément générateur de mieux-être dans le parcours de vie du ou de la migrant·e, parcours qui se poursuit dans le pays d'accueil. Elle peut offrir, en tout cas, les possibilités pour **relier** des besoins avec un ensemble de ressources.

Vous pouvez trouver en fin de document, dans la partie « Ressources », les outils pédagogiques et les publications mentionnés lors de l'atelier.





## *ATELIER IV*

# *POSTURE PROFESSIONNELLE ET ACCUEIL DE L'ALTÉRITÉ*

*Animateur.rice.s : Maïté Cuvelier et Denis Mannaerts de Cultures&Santé*  
*Personnes ressources : Rachid Bathoum et Mohamed El Moubaraki*

Parmi les thématiques abordées lorsque l'on parle de l'accès à la santé pour les personnes ayant vécu l'exil, la **posture professionnelle** face à l'altérité peut constituer une pierre d'achoppement pour de nombreuses personnes rencontrées.

Comment améliorer la qualité de la rencontre ? Comment prendre en compte les dimensions sociales et culturelles ainsi que la singularité des parcours ? La connaissance de l'Autre ne passe-t-elle pas d'abord par la reconnaissance ? Dans la perspective d'approches et de pratiques adaptées aux besoins, aux ressentis et aux réalités des personnes ayant vécu l'exil, cet atelier proposait une réflexion sur les postures que les professionnel·les du champ de la santé et du social adoptent ou pourraient adopter avec leurs publics.

## Les personnes ressources

*Rachid Bathoum* est formateur à Unia, il s'est spécialisé dans les formations à destination des acteurs des milieux de soins sur les questions alliant santé et diversité. Unia, centre interfédéral pour l'égalité des chances, est l'institution de référence en Belgique en matière de politique d'égalité et de non-discrimination.

*Mohamed El Moubaraki* est le directeur de Migrations Santé, une association française basée à Paris, qui se propose de contribuer à la promotion de la santé des migrant·es, des réfugié·es et de leur famille ainsi qu'à l'accès aux soins et aux droits pour une meilleure intégration, ceci en développant des actions de proximité, de formation et d'information.

Sur la base de deux extraits vidéo<sup>13</sup>, mettant en avant des incompréhensions dans la relation soignant-soigné en milieu hospitalier aux États-Unis, cet atelier proposait, d'une part, de réfléchir aux **enjeux** présents dans cette relation et aux éléments importants à prendre en compte lors de la rencontre avec l'Autre et, d'autre part, de pointer les **actions** qu'il est possible de mettre en place dans les pratiques quotidiennes, afin de mieux identifier ces enjeux et ainsi dépasser certains obstacles.

- Le premier extrait nous montre plusieurs consultations d'une femme diabétique (issue de la communauté hispanophone) qui vient de perdre son logement et qui n'observe pas son traitement. Son témoignage, ainsi que celui de membres de sa famille nous montrent également l'importance qu'elle accorde à des remèdes dits « traditionnels ». Plusieurs mois plus tard, une fois un logement retrouvé, la jeune femme apparaît transformée, la gestion de son diabète s'améliore nettement.
- Le deuxième extrait se consacre à la situation d'un homme âgé, d'origine afghane, ayant un cancer de l'estomac opéré et qui refuse un traitement de chimiothérapie. Après de nombreux mois d'échanges entre les médecins, le patient, la famille et les différents interprètes (issus de la famille ou pas), la fille du patient découvre que ce dernier ne refuse pas la chimiothérapie en tant que telle mais bien la méthode d'administration des médicaments.

## QUELS SONT LES ENJEUX DE LA RELATION ?

Suite au visionnage de ces deux courts extraits, une réflexion s'entame autour de deux questions : « *Quels sont les enjeux de la relation entre le soignant et le patient ?* », « *Quels sont les éléments qui mènent à l'incompréhension ?* ». De nombreux enjeux sont ainsi relevés. Voici les éléments de réponse, regroupés en trois grands thèmes : la **communication** et la langue, la **représentation** de la maladie, le **cadre** de la rencontre et la situation psycho-sociale.

Dans les extraits vidéo, les deux patient·es ne maîtrisent pas la langue des médecins. Des interprètes sont nécessaires (parfois des membres de la famille)... De plus, le langage utilisé par les médecins est souvent complexe.

Quelques enjeux mis en avant par les sous-groupes : la neutralité ou non de l'interprète; la place du patient ou de la patiente dans la triangulation médecin-interprète-patient·e; la complexité du **langage médical**; la qualité de la traduction; la disponibilité du médecin, de l'interprète...

« *Il aurait fallu deux traductions, une traduction d'un langage médical à un langage vulgarisé et une traduction du langage vulgarisé vers la langue du patient...* »

« *Le soignant ne s'adresse pas toujours au patient mais à l'interprète. Le patient peut être dépossédé de sa maladie et de sa prise de décision, parce qu'il*

13 - Grainger-Monser M., et alii, « Worlds Apart : A Four-Part Series on Cross-Cultural Healthcare », Stanford University Center for Biomedical Ethics, Boston, MA, distribué par Fanlight Productions, 2003.

*n'a qu'une seule partie de l'information surtout quand l'intermédiaire prend position. »*

*« Lorsque l'interprète est issu de la famille, il subit en premier le choc de la mauvaise nouvelle... »*

Les médecins semblent également se heurter à des **freins** concernant l'observance du traitement proposé. Ces freins sont d'abord vus comme liés à des croyances dites « traditionnelles » et à la religion. À la fin des extraits, les facteurs de la non-observance ou du refus de soin se révèlent ailleurs.

Quelques enjeux mis en avant par les sous-groupes : l'influence des croyances, des représentations sociales des soignant·e·s et des patient·e·s; la (non-)prise en compte, la (non-)reconnaissance de la part des médecins des **croyances**, des connaissances personnelles des patient·e·s; la vision de la maladie et de ses causes...

*« Pour les enfants de la patiente, il est important que le médecin reconnaisse les croyances de leur maman et les usages en lien avec la médecine traditionnelle. »*

*« Quand un patient dit : "Nous sommes entre les mains de Dieu, ce n'est pas nous qui décidons de notre destin", certains médecins interprètent cela comme si le patient acceptait sa destinée, sa maladie dans une certaine fatalité. Si on part de cette hypothèse, on renforce la dynamique de communication dans ce sens-là. »*

Les deux patient·e·s ont une **histoire**, une situation de vie, un parcours qui influencent leurs décisions face aux médecins. Le cadre hospitalier et celui de la rencontre ont également un impact sur les attentes de chacun·e dans la relation.

Quelques enjeux mis en avant par les sous-groupes : les attentes des médecins, les attentes des patient·e·s, les attentes des institutions; la prise en compte de l'état psychologique, du vécu, de la situation sociale de la personne; l'instauration d'une relation d'ouverture, de qualité, de confiance au lieu d'une focalisation exclusive sur les aspects médicaux, administratifs, pathologiques...

*« Le médecin a ses propres attentes : une présence aux rendez-vous, le respect du traitement, la compréhension par le patient des enjeux de sa maladie et des risques. »*

*« La vision du médecin en question, c'est : j'offre aux gens la vie la plus longue possible, pas forcément en bonne santé mais la vie la plus longue possible... Le patient lui il se demande ce qu'on est en train de lui dire. Son souhait est d'abord d'avoir moins mal. »*

*« Dans le cas de la prise en charge de ce cancer, l'incompréhension à propos du refus de suivre une chimiothérapie peut être liée au fait que la visée thérapeutique n'a pas été discutée à la base entre le médecin et le patient : Qu'est-ce qu'on envisage ? Une fin de vie la plus apaisée possible ? Un traitement lourd pour espérer vivre plus longtemps ? »*

*« La santé [physique] de la femme diabétique passe après ses problèmes de logement. La situation sociale de la personne est donc à prendre en compte dans les soins médicaux. »*

*« Chez la personne, les problèmes sociaux peuvent dépasser les problèmes de santé, qui sont dès lors relégués. On ne va pas chez le médecin pour ne pas découvrir un nouveau problème. »*

En conclusion, il est nécessaire de prendre du **recul** par rapport à la pratique : *« En regardant la vidéo, il est facile pour nous d'avoir du recul. Dans le feu de l'action il est plus difficile de voir les problèmes de communication et voir où sont réellement les enjeux. »*

Selon eux, il est également important d'accéder aux raisons du refus et de la résistance, d'où la nécessité de prendre le temps pour chercher et comprendre...

La santé n'est pas l'affaire uniquement de spécialistes, nous rappelle Mohamed El Moubaraki. La communication entre les disciplines, les secteurs d'une même institution est essentielle. L'institution et le personnel médical sont détenteurs d'une technicité mais la maladie et la santé ne s'arrêtent pas à l'acte de soigner en lui-même et au seul champ médical. L'humain implique la multidisciplinarité et une vision transversale. Les outils de communication manquent parfois, ainsi que la formation des professionnel·le·s.

La relation d'aide, de soin ou pédagogique est influencée par des enjeux qui se situent à plusieurs endroits. Ces enjeux font de la relation un objet complexe, déterminé par plusieurs influences.

S'inspirant de la grille d'Ardoino<sup>14</sup>, Rachid Bathoum invite chaque intervenant·e auprès des personnes ayant vécu l'exil à analyser les situations problématiques au travers des acteurs et des actrices qui y sont impliquées et de leurs points de vue et attentes. Dans le cas d'une relation de soins interculturelle à l'hôpital, cela peut être : les patient·es et leur entourage; les médecins et le personnel soignant; l'interprète; l'institution ou l'organisation de soins; la communauté (personnes avec qui on partage des valeurs communes); la société d'accueil...

Une communication qui se limite au récepteur·rice et à l'émetteur·rice n'existe pas. La communication est toujours traversée par un environnement, par tous les niveaux cités plus haut. Il existe des grilles de formulation culturelle utilisées aux États-Unis, en Suisse et au Canada. Celles-ci proposent une série de questions qui permettent de réfléchir aux moyens de dépasser ces problèmes de communication. Rachid Bathoum conclut cette partie en mettant en évidence le fait que c'est « la société dans son ensemble qui donne du sens à cette communication. On est dans la complexité ».

## QU'EST-IL POSSIBLE DE METTRE EN PLACE CONCRÈTEMENT ?

Dans la seconde partie de l'atelier, à partir des enjeux et des obstacles déjà identifiés, une nouvelle question a guidé les échanges : « **Quelles actions mettez-vous en œuvre concrètement dans vos pratiques pour lever ces freins ?** »

Après réflexion, différentes actions sont identifiées à plusieurs niveaux : la prise de conscience des représentations (mon rapport à l'Autre, à l'altérité), le cadre de la relation et de la communication (ma rencontre avec l'Autre) et l'importance de la multidisciplinarité et de la transversalité (moi et les autres acteur·rice·s de la santé).

La nécessité de prendre conscience, sur les plans professionnel et personnel, que nous avons tous et toutes potentiellement une **vision** différente de la réalité, même au sein d'une même communauté, d'une même culture... En tant que professionnel·le, il faut être attentive à ne pas catégoriser les gens, à ne pas les mettre dans une case parce qu'ils ont telle religion, telle culture ou viennent de tel pays...

Un besoin de **formation** est exprimé dans le groupe : « *Tant dans la formation de base que dans la formation continue, ce serait utile d'avoir une sensibilisation à la différence, à la manière d'aborder la différence, de percevoir l'existence d'autre chose que ce que l'on connaît dans notre quotidien, d'autres représentations.* »

Plusieurs éléments sont mis en avant pour permettre d'améliorer la *rencontre*, la relation, la communication avec l'Autre :

- préciser les attentes et les objectifs de la relation ;
- se donner du temps pour se comprendre, consacrer du temps pour que les personnes puissent se poser et déposer ce qu'elles ont envie ;
- prêter une attention au non-verbal ;
- varier les lieux de rencontre, afin d'avoir un accès à différents éléments de l'environnement de vie, dans la mesure du possible ;
- atténuer la différence de statut entre le public et les professionnel·le·s ;
- soigner l'accueil des personnes, notamment le lieu de l'accueil. Quand il s'agit d'une relation interindividuelle, privilégier un endroit calme et isolé ;
- avoir recours à un service de médiation interculturel, qui a une connaissance des deux cultures, des deux langages, des religions en présence. Si on utilise un médiateur interculturel ou une médiatrice interculturelle, il est important de définir le rôle de chacune des parties ;
- utiliser une information visuelle, pas uniquement verbale.

14 - La grille d'analyse de Jacques Ardoino (psychosociologue) invite à voir toute situation conflictuelle comme marquée par la complexité, c'est-à-dire par l'enchevêtrement de plusieurs niveaux d'intelligibilité qu'il est nécessaire de prendre en compte pour bien la comprendre.

Le **travail en réseau** reste la pierre angulaire pour un meilleur accompagnement, une meilleure prise en charge concernant la santé. Il est essentiel pour chaque acteur et actrice de santé (du soin et au-delà) de se connaître, de se rencontrer physiquement, de rester ouvert·e pour savoir ce qui se passe ailleurs et, in fine, mieux orienter. « *Il est important de ne pas travailler uniquement avec les professionnels de santé mais aussi avec les travailleurs sociaux. On est nombreux à pouvoir travailler la santé.* », relève un participant. Il faudrait également arriver à diminuer les différences de statuts entre certains métiers.

Pour les patient·es, le fait de garder les mêmes médecins, les mêmes interprètes ou médiateur·rice·s interculturel·le·s permet d'éviter une perte d'informations et d'assurer une meilleure **continuité** des soins. Lorsque l'on travaille en équipe, la supervision, les temps de débriefing peuvent également aider à dépasser certaines incompréhensions.

Les intervenants, Rachid Bathoum et Mohamed El Moubaraki, concluent l'atelier en insistant sur la nécessité d'instaurer un lien de **confiance** avec la personne ; de prendre le temps de reconnaître que l'Autre est multiple ; de le voir dans sa globalité ; de valoriser ses connaissances et ses ressources. La confiance est la base de toute action dans laquelle l'humain intervient. Et, prendre le temps nécessaire pour créer ce lien de confiance ne signifie pas qu'on manque de professionnalisme ; bien au contraire.

Il est important également de ne pas sous-estimer l'impact de la situation sociale quand il s'agit de santé ou de soin. Nous voyons une personne à un moment déterminé. Il ne faut pas s'arrêter à cet instantané mais aller plus loin pour discerner la partie immergée de l'iceberg. Percevoir l'instant où on communique avec la personne comme un point sur une trajectoire est une clé intéressante. Pour que la relation d'aide soit efficace et pertinente, il est indispensable de sonder les facteurs qui la déterminent.

Vous pouvez trouver en fin de document, dans la partie « Ressources », les outils pédagogiques et les publications mentionnés lors du séminaire.





## *CONCLUSION DE LA JOURNÉE : INTERVIEWS PORTRAITS CHINOIS*

En point d'orgue de ces deux journées très intenses, il nous fallait un moment qui allie détente et possibilité pour chacun·e de prendre la température de chaque atelier ayant eu lieu l'après-midi.

Voici donc une interview singulière sur le mode « et si c'était... » pour caractériser les ateliers auxquels les participant·es ont assisté. L'objectif de ce portrait chinois est de capter un moment, une émotion, un sentiment à partager avec la salle.

Quatre participant·es, volontaires, s'installent sur une chaise en face de l'assemblée... La journaliste, Anne Le Penneç, prend le micro et l'interview commence dans la bonne humeur...

## ET SI VOTRE ATELIER ÉTAIT UN OBJET... ?

*Une machine à pain... Il y avait beaucoup d'ingrédients très riches, dans les témoignages des personnes ressources notamment. J'ai retenu le counseling de Médecins du Monde. Mais aussi, le travail concret et sur le long terme (potager, récit de vie...) réalisé par les femmes de La Bobine. Toutes ces choses sont très enrichissantes, ça me parle beaucoup... [...]*

### **Pourquoi une machine à pain ?**

*Parce que tous ces ingrédients, il va falloir que ça lève. Avec tout ça, on va pouvoir produire quelque chose de très riche. En tout cas, on en sort plus riche qu'on y est entré.*

### **Une machine à pain au levain ?**

*Au levain sûrement et bio !*

Aline Eggerickx au sujet de l'atelier « Accès à l'information et littératie en santé »

## ET SI VOTRE ATELIER ÉTAIT UNE ANECDOTE ... ?

*Je ne sais pas si c'est une anecdote mais je repars avec une image : travailler sur les compétences ça permet de voir l'humain et pas juste de voir une personne exilée ou une caractéristique d'un usager.*

*Voir les personnes à partir de leurs ressources donne un autre regard ou une autre porte d'entrée que de partir d'une caractéristique « négative ».*

### **Est-ce que vous avez relevé un exemple qui éclaire bien cet aspect-là ?**

*Sandy de l'Espace Ressources du CPAS de Saint Gilles nous a expliqué le projet qu'elle mène pour favoriser le développement de compétences, à savoir des ateliers qu'elle organise sur différents thèmes, par exemple sur la santé. Elle y favorise les moments informels pendant lesquels on peut boire un thé ou un café et manger quelque chose. Lier cet aspect avec un côté plus formel et encourager les échanges entre participants font de ce projet plus qu'un projet professionnel, c'est un projet personnel...*

Alexia Zeegers au sujet de l'atelier « Dynamiques collectives et développement des compétences »

## ET SI VOTRE ATELIER ÉTAIT UNE COULEUR (visuelle ou sonore)...?

*Je pense à l'arc-en-ciel, à la multidisciplinarité, l'ouverture d'esprit, la question des représentations... Le fait d'en prendre conscience, de se questionner pour s'ouvrir à la connaissance de l'autre, de prendre le temps de créer une relation de confiance également...*

### Les représentations, celles qui ont été soulevées par les participants... ?

*[...] Cela vaut la peine de les questionner, de consacrer du temps pour comprendre de quoi on parle, ce qu'on attend de chacun, de la relation qu'on établit, pour qu'on puisse avancer dans l'aide, même si le mot est bizarre... dire qu'« on aide ». D'ailleurs, on a aussi évoqué le fait qu'on puisse mutuellement s'apporter des choses. [...]*

Tatiana Pereira au sujet de l'atelier « Posture professionnelle et accueil de l'altérité »

## ET SI VOTRE ATELIER ÉTAIT UNE ÉMOTION, UN SENTIMENT...?

*La joie... tout ce qui est sorti des échanges. [...]*

### Des exemples vous ont-ils marqué ?

*On a beaucoup abordé la question du sens des mots, notamment le mot « exil ». Un des participants a fait un jeu de mots extraordinaire, très créatif. Il a pris le mot « EXIL », il a sorti le mot « ÎLE » et il a mis à côté le mot « aile » comme une aile protectrice...*

Adador Kaltoum au sujet de l'atelier « Action culturelle au service de la reconnaissance : Un atout pour la santé »

*« Piano » ... noir et blanc, vivacité, beaucoup d'accords, nécessité de l'apprendre aussi, ça ne va pas de soi...*

« Le pouvoir des mots »

« Confiance »

## ET SI VOTRE ATELIER ÉTAIT UN MOT ?

*« Motivant » ... d'être ensemble, d'avoir tous les mêmes objectifs et de réfléchir à de nouvelles idées pour y arriver...*

# RESSOURCES

## ACTEURS & ACTRICES

### **Agence Alter et l'Alter Médialab**

L'Alter Médialab est le laboratoire d'expérimentation de journalisme critique, participatif et citoyen, mis en place par l'Agence Alter. Réunissant des journalistes professionnel·le·s et des publics qui n'ont pas naturellement accès aux tribunes médiatiques, l'Alter Médialab est un laboratoire de co-production, de production et de diffusion d'informations sociales critiques.

### **BAPA Bruxelles**

Le BAPA a pour mission d'organiser le parcours d'accueil des primo-arrivant·e·s à Bruxelles. Il donne les informations et le soutien nécessaires pour mener une vie en autonomie. Il contribue à l'émancipation sociale en formant à la citoyenneté et à la convivialité dans le contexte urbain, éminemment multiculturel. Il motive les primo-arrivant·e·s à suivre des cours de français et des formations. Le parcours suivi par les primo-arrivant·e·s se fait sur une base volontaire et il est entièrement gratuit.

### **Espace ressources du CPAS de Saint-Gilles**

L'Espace Ressources est un service du CPAS de Saint-Gilles qui propose un accompagnement en (ré)insertion sociale à travers une intervention collective. L'objectif est que chacun·e des participant·e·s puisse, petit à petit, reprendre un rythme, renouer du lien social, s'initier à la dynamique d'apprentissage et soit porteur·euse d'un projet, qu'il soit d'insertion sociale ou d'insertion professionnelle.

### **Jérémie Piolat**

Jérémie Piolat, philosophe et anthropologue, auteur de l'ouvrage « Portrait du colonialiste » (La Découverte / Les empêcheurs de penser en rond, 2011), est concepteur et animateur d'ateliers d'expression populaire. Il a notamment soutenu l'écriture de plusieurs recueils de textes écrits en « immigratien » (sorte de français créolisé), par des migrant·e·s lors d'ateliers d'écriture.

### **La Bobine**

Cette association liégeoise a pour but de favoriser l'intégration harmonieuse des familles d'origine étrangère avec des jeunes enfants, tant sur le plan social, affectif, professionnel que scolaire et de créer un espace interculturel d'échanges, d'informations, de formations, d'actions.

## **PIPSa**

PIPSa (Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé) est le site web de l'Outilthèque Santé, un centre de référence de l'outil pédagogique en promotion de la santé. Celui-ci informe les professionnel·le·s et les relais de la promotion de la santé de l'existence des outils pédagogiques en Belgique francophone, grâce à son site PIPSa.

## **Les Pissenlits**

Ancrée dans Cureghem (Anderlecht, Bruxelles), l'association Les Pissenlits vise à promouvoir la santé, le bien-être et la qualité de vie en travaillant avec des citoyen·ne·s, des professionnel·le·s et des politiques en lien avec le quartier. Leur pratique s'inscrit dans le champ de la promotion de la santé, plus particulièrement avec une démarche communautaire en santé.

## **Médecins du Monde**

Médecins du Monde est une ONG internationale de développement médical. Elle fournit une assistance médicale aux groupes vulnérables et milite pour une couverture universelle de santé. Chacun·e doit pouvoir avoir accès aux soins, sans obstacles (financiers, culturels, géographiques, etc.).

## **Migrations Santé France**

Migrations Santé est une association française basée à Paris, qui propose de contribuer à la promotion de la santé des migrant·e·s, des réfugié·e·s et de leur famille et à l'accès aux soins et aux droits pour une meilleure intégration, ceci en développant des actions de proximité, de formation et d'information.

## **Service de santé mentale Ulysse**

Le Service de santé mentale Ulysse a pour objet l'accueil et la prise en charge globale des personnes exilées, en précarité de séjour et en souffrance psychologique, quels que soient leur pays d'origine, leurs appartenances et les raisons de leur exil.

## **Unia**

Unia est un service public interfédéral, indépendant, expert en politique d'égalité et de non-discrimination. Son travail peut se traduire dans les trois axes suivants : promouvoir la participation égale et inclusive de chacun·e, quelle que soit sa situation, dans tous les secteurs de la société ; collaborer avec les différent·e·s acteurs·rices de la société ; favoriser la connaissance et le respect des droits fondamentaux et le droit anti-discrimination en particulier, afin qu'ils soient effectifs et respectés en Belgique.



## *PUBLICATIONS ET OUTILS PÉDAGOGIQUES EN LIEN AVEC LES ATELIERS DU 9 DÉCEMBRE APRÈS-MIDI*

### **ATELIER I**

#### **La littératie en santé : d'un concept à la pratique** (Guide d'animation)

Cultures&Santé, 2016

Composé de deux parties, ce guide offre dans un premier temps des repères pour comprendre ce que recouvre le concept de littératie en santé ainsi que 11 pistes d'animation à utiliser avec un groupe. Il est le résultat d'un travail de recherche de près de deux ans et d'expérimentation avec deux groupes d'adultes du CPAS de Saint-Gilles et de l'asbl La Bobine (Liège). Il est illustré d'exemples concrets et de schémas permettant une appropriation plus facile des éléments présentés.

#### **Les Centres publics d'action sociale**

(Kit d'animation)

Cultures&Santé, 2015

Kit pédagogique qui vise à expliquer le fonctionnement d'un CPAS, ses missions ainsi que toutes les étapes de la procédure liée à une demande d'aide. Il se compose de divers supports illustrés : une affiche, une ligne du temps... Qu'est-ce que l'aide sociale en Belgique ? Comment fonctionne un CPAS ? Quelles sont ses missions principales ? Comment faire pour solliciter une aide du CPAS ? Ce sont les questions principales auxquelles cet outil tente de répondre.

#### **Informations sur le VIH/SIDA**

(Brochure)

Plateforme prévention SIDA et Fédération francophone des sourds de Belgique (2014)

Cette brochure d'information à l'attention des personnes sourdes et malentendantes a été réalisée par la Fédération francophone des sourds de Belgique en collaboration avec la Plateforme prévention Sida. Cet outil est également destiné aux professionnel·le·s de la santé qui travaillent avec des personnes malentendantes ou sourdes.

### **ATELIER II**

#### **Focus Santé n°4 : Compétences psychosociales des adultes et promotion de la santé** (Dossier)

Cultures&Santé, 2016

En quelques années, l'expression « compétence psychosociale » s'est répandue dans de nombreux domaines d'action. La promotion de la santé n'y échappe pas avec une production importante d'outils venant soutenir les pratiques des professionnel·le·s et visant surtout un public jeune. Que sont au juste les compétences psychosociales ? Quels liens entretiennent-elles avec la santé et les inégalités sociales ? Ce Focus livre des repères pour agir en favorisant le développement et l'exercice de ces compétences chez l'adulte et propose une grille de questions afin de porter un regard réflexif sur ses propres projets et actions.

#### **La démarche communautaire : une méthodologie qui fait santé ? Du social à l'urbanisme, en passant par la justice... tous concernés!** (Revue)

Frédérique Déjou, Noémie Hubin et Vêrane Vanexem (direction)

Les Pissenlits, 2016

Les articles réunis dans ce numéro présentent une méthodologie de travail appliquée dans différents secteurs : santé mais aussi travail social, urbanisme, justice, protection de l'enfance... La démarche communautaire peut être intrinsèquement génératrice de santé, grâce notamment à son action sur des déterminants psycho-sociaux de la santé et ceci, quelle que soit la finalité de sa mise en œuvre. Concept polymorphe, la santé est définie de façon bien différente selon les époques et les sociétés. Plus la vision que l'on en a est élargie, plus le champ d'action se restreint. Plus la définition s'étend, plus les possibilités d'action sur la santé se multiplient. Les porteurs de la démarche communautaire et de ses principes (participation, intersectorialité...) seraient-ils parfois des agents de santé qui s'ignorent ?

## ATELIER III

**Feuil parti à la recherche de la vie, el reviendra. Morceaux rapportés de mon passé et de mon futur**

**Des gens derière ce beau ballon se met a genout et soufflent. Adresse aux déci-deurs**

**Je ne vous oublieré jamais même si j'ai éloigné de vous. L'être aux aimés**

**Son visage rempli de vie comme une fille dans sa jeunesse. Chez moi, ici – Le deuil en héritage**

(Livres)

Cultures&Santé, 2013-16

Ces 4 recueils, ouvrages collectifs, sont issus d'ateliers d'écriture mené à Cultures&Santé avec des personnes ayant vécu l'exil. Ils ont pour particularité de proposer en partie des textes en immigration, langue créolisée pratiquée par les migrants et exercée en atelier d'écriture. Par des mots, des accents, des constructions de phrases propres à une langue d'origine qui vient nourrir le français, l'immigration permet de faire sens avec des trajectoires, des parcours de vie, des expériences et des réflexions uniques.

**L'action pour la santé en contexte multiculturel** (Carnet)

Cultures&Santé, 2016

À partir de paroles de femmes et d'hommes ayant vécu l'exil recueillies au fil de rencontres menées par l'auteur, ce texte amène à réfléchir sur ce qu'est la santé et sur ce qui fait santé dans nos pays multiculturels. Le chemin parcouru par les migrants, leur bagage culturel, leur regard sur les atouts et fractures de nos sociétés nous en disent long sur ce que nous pouvons mettre en place pour créer la santé de chacune et chacun, ici et maintenant. L'auteur du texte est Jérémie Piolat, philosophe et anthropologue, animateur d'ateliers d'expression populaire.

**Pænser l'exil. Actions culturelles et santé des migrants. Actes du colloque du 6 mai 2014** (Actes)

Cultures&Santé, 2014

En quoi les actions culturelles menées avec des personnes ayant vécu l'exil ont-elles un effet bénéfique sur la santé ? En quoi les créations qui en débouchent permettent-elles de penser l'exil différemment ? Voici les questions qui ont guidé la journée d'échanges et de réflexion Pænser l'exil, organisée par Cultures&Santé en mai 2014 à Bruxelles. Au travers d'interventions liées aux problématiques que rencontrent les personnes ayant vécu l'exil en terre d'accueil ainsi qu'au travers de dialogues autour des démarches menées avec ces personnes, la journée entendait sensibiliser aux principes d'éducation populaire en vue d'agir pour leur santé.

**Alter Médialab n°3 : « Exil : un autre horizon... »** (Journal)

Le groupe Journal d'Ulysse et l'Agence Alter, 2016

Réalisation conjointe de l'Agence de presse sociale Alter et du groupe journal « Papyrus à l'horizon » du service de santé mentale Ulysse, spécialisé dans l'accompagnement des personnes exilées. Les objectifs souhaités par les rédactrices n'ont d'autre prétention que d'expliquer la vie ignorée des « migrants » et des « sans-papiers », de partager leur quotidien qui confine souvent à l'absurdité. Derrière la nébuleuse de ces termes se cache un nombre improbable de réalités administratives, le plus souvent occultées par les médias, et surtout des personnes humaines avec leurs histoires difficiles. Mais, l'essence du souhait est de produire un déplacement dans la manière dont elles se sentent le plus souvent perçues par « les politiques », les médias et, dès lors, le « public » ; non pas comme des personnes non fréquentables, voire dangereuses, mais bien, en danger, avec des choses à dire.

D'autres productions sont issues de ce troisième projet Alter Médialab, retrouvez-les sur le site [www.altermedialab.be](http://www.altermedialab.be)

# OUTILS PÉDAGOGIQUES ET PUBLICATIONS PRÉSENTÉS LORS DU SÉMINAIRE DU 8 DÉCEMBRE

## Agence Alter (en collaboration avec les groupe journal du service de santé mentale Ulysse)

- Alter Medialab : Exil, un autre horizon

## AWSA - Be

- Santé sexuelle et affective
- Gérer la diversité dans le milieu des soins : le cas des patients issus du monde arabe

## CeRAIC

- Diversité. Un plus pour l'entreprise
- À la rencontre de l'Autre
- Graines de valeur
- 50 ans de vie commune

## Coordination de l'action sociale Saint -Gilles

- Brochure Aide médicale urgente

## CPAS de Schaerbeek

- Je suis malade : je vais où et je paie comment?

## Cultures&Santé, CLPS en province de Namur, Centre El Paso de Gembloux Centre Fedasil de Florennes

- Le corps c'est aussi ...

## Cultures&Santé

- Les Centres publics d'action sociale (CPAS)

## Espace Seniors et CVB

- Le Petit Caillou. Regards croisés sur la vieillesse et l'immigration

## Fondation contre le cancer

- Je me sens tellement mieux sans tabac

## Foyer asbl

- Vieillir dans son quartier

## Mutualité chrétienne Saint-Michel

- La sécurité sociale ? La mutualité ? Trucs et astuces pour réduire sa facture en soins de santé

## ONE

- Signes d'alerte en cas de sortie précoce pour la maman
- Des images pour accompagner les parents au quotidien

## PointCulture

## Question Santé asbl

- Bruxelles Santé INFO

## SidAids Migrants, Libiki, Nyampinga, L-propeller, Oksigen Lab, Clarice Illustrations

- Ensemble, on avance!

Les publications et outils pédagogiques présentés sur les stands pendant les journées sont disponibles au centre de documentation de Cultures&Santé et/ou en téléchargement sur [www.cultures-sante.be](http://www.cultures-sante.be).

## *REMERCIEMENTS*

Cultures&Santé tient à remercier vivement toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'organisation de ces journées.

Nous remercions également le comité d'accompagnement du projet « promouvoir la santé des migrant·e·s » pour le suivi, les conseils pertinents, l'accompagnement à la préparation et l'animation des deux journées.

Le comité d'accompagnement est composé de :

**Marie Dauvrin** (faculté de santé publique de l'université catholique de Louvain)

**Frédérique Déjou** et **Vérane Vanexem** (Les Pissenlits)

**Louis Ferrant** (universiteit Antwerpen, maison médicale Medikureghem)

**Maureen Louhenapessy** (SidAids Migrants, Siréas)

**Mark Vanderveken** (médecin ayant notamment travaillé dans le milieu carcéral et à Fedasil)

Nous remercions enfin Anne Le Pennec pour l'animation et la modération de la journée du 9 décembre.



*CULTURES&SANTÉ ASBL*

148 rue d'Anderlecht

1000 Bruxelles

02 558 88 10

[info@cultures-sante.be](mailto:info@cultures-sante.be)

[www.cultures-sante.be](http://www.cultures-sante.be)





[WWW.CULTURES-SANTE.BE](http://WWW.CULTURES-SANTE.BE)