

Faculté de santé publique

Intégration du processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants :

**Une étude qualitative auprès de professionnels de
la santé**

Mémoire réalisé par
Diane Pirmez

Promoteur·rice(s)
Marie Dauvrin

Année académique 2023-2024
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

**Intégration du processus d'acculturation dans la prise en charge
de la santé mentale des migrants :**

Une étude qualitative auprès de professionnels de la santé

Mémoire réalisé par :

Diane Pirmez

Promotrice :

Marie Dauvrin

Année académique 2023-2024

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Je tiens, tout d'abord, à remercier **ma promotrice**, madame Marie Dauvrin, pour son accompagnement et ses conseils avisés tout au long de la réalisation de ce mémoire. Son expertise et nos échanges constructifs ont été des sources d'inspiration précieuses et ont contribué à l'aboutissement de ce travail.

Ensuite, je remercie de tout cœur **mes collègues** pour leur aide et leur soutien indéfectible, ainsi que **tous les professionnels** ayant accepté de participer à la réalisation de cette étude. Leur collaboration et intérêt à mon travail ont rendu cette expérience unique et enrichissante.

Je souhaite également adresser mes remerciements à mes **proches, amis et famille**. Merci à mes parents pour leurs encouragements et leur écoute dans mes moments de doute. Merci à mes grands-parents pour m'avoir offert un cadre calme et serein, propice à la réflexion et au travail. Merci à mes amies et coloc, qui ont toujours su me remotiver dans mes moments de découragement. Votre soutien à tous et toutes m'a été d'un immense réconfort tout au long de ce parcours.

Merci aussi à tous ceux et celles qui ont accepté de relire mon mémoire et qui ont pris le temps de me faire un retour constructif.

Enfin, j'aimerais particulièrement remercier mon **amie Léa**, mon binôme de Master, pour sa présence et son soutien depuis 6 ans. Cela a été un vrai plaisir de réaliser mes études avec elle et d'avoir pu partager les défis et les réussites ensemble.

Le plagiat

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

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

Table des matières

Introduction	1
Partie I : Cadre théorique	3
Chapitre 1 : Cadre conceptuel	3
1. Migrant : un terme générique aux multiples significations.....	3
2. La culture et le processus d'acculturation.....	5
3. La santé et la santé mentale.....	6
Chapitre 2 : Cadre contextuel	6
1. Quelques chiffres	6
2. Les causes et conséquences du phénomène migratoire.....	7
3. Une prise en charge complexe	9
Partie II : Méthodes	11
1. Choix de la méthode, entretiens exploratoires et question de recherche	11
2. Echantillonnage et recrutement	12
2.1 Critères de sélection.....	12
2.2 Modalités de contact auprès des participants	13
3. Collecte des données	13
3.1 Outil de collecte des données.....	13
3.2 Cadre et déroulement des entretiens semi-directifs	13
4. Méthode d'analyse des données qualitatives	14
Partie III : Résultats	15
1. Composition de l'échantillon final	15
2. Analyse des entretiens semi-directifs	18
3. Stratégies identifiées	18
3.1 Identification du rapport à la culture.....	18
3.2 Représentations des migrants et croyances comme outils	20
3.3 Psychoéduquer pour déstigmatiser.....	22
3.4 Une approche centrée sur les besoins	25
3.5 Travail en équipe multidisciplinaire et diversifiée	27
3.6 Collaboration avec l'interprète et le médiateur culturel.....	28
3.7 Information et formation dans la prise en charge de la santé mentale	31
3.8 Evaluation des interventions	33
Partie IV : Discussion	37
Culture et migration comme déterminants sociaux de la santé mentale	37
Une approche globale grâce à différents professionnels	40
Les acteurs sociaux et juridiques.....	40
L'interprète et le médiateur culturel	41

Les professionnels de santé	42
Le rôle de l'anthropologue	44
L'approche communautaire de la santé mentale	44
Limites	45
Partie V : Perspectives et recommandations.....	47
Perspectives et suggestions pour la pratique.....	47
Perspectives et suggestions pour la recherche.....	48
Conclusion	49
Bibliographie	50
Annexes.....	54

Introduction

Bruxelles, capitale européenne, accueille aujourd'hui une grande diversité de nationalités, attirant de nombreuses personnes pour différentes raisons. Cependant, elle n'est pas la seule ville confrontée à cette situation, la migration étant un enjeu mondial d'actualité. Bien que cette riche diversité culturelle apporte un dynamisme unique, elle peut également engendrer des problématiques sous-jacentes telles que les inégalités socio-économiques, les tensions communautaires, et les défis liés à l'intégration et à la cohésion sociale.

Ce phénomène existant depuis de nombreuses années, ne cesse d'ailleurs d'évoluer au fil du temps. Que ce soit motivée par des aspirations économiques, politiques, sociales, ou encore environnementales, la migration demeure un processus complexe et multidimensionnel, influencé par différents facteurs. L'ampleur des migrations internationales a considérablement augmenté ces dernières années et est devenue un véritable phénomène mondial. Selon l'ONU, plus de 280 millions de personnes vivaient en dehors de leur pays d'origine. (United Nations, s. d.) Ces mouvements de personnes ont des implications profondes à la fois pour les pays d'origine, de transit et d'accueil, touchant des aspects tels que l'économie, la politique, la culture, et bien sûr, la santé publique.

Ayant un parcours, pour la plupart, long et éprouvant, la population migrante n'arrive pas sans séquelles dans son nouveau pays d'accueil. De plus, les procédures judiciaires étant complexes et incertaines, la population migrante se retrouve souvent plongée dans une situation instable et insécure. Cela a un impact considérable sur la santé mentale de ces personnes, en perte de repères totale dans cet environnement inconnu. En effet, le choc culturel est grand et l'adaptation difficile.

En outre, la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes ne semble pas toujours évidente. Nombreuses sont les barrières dans la rencontre entre le professionnel et le patient migrant. Travailler en tant qu'infirmière au sein d'une maison médicale à Molenbeek a permis d'observer directement ces défis et a motivé l'approfondissement de cette thématique dans le cadre de ce mémoire.

Bien qu'une certaine sensibilisation à l'aspect culturel dans les soins existe, le présent mémoire vise à clarifier les stratégies mise en place par les professionnels de santé de première ligne pour intégrer cet aspect dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes ; à

identifier les difficultés spécifiques rencontrées et les solutions trouvées pour pallier celles-ci, à l'aide d'une étude qualitative. La population choisie est celle des professionnels de la santé travaillant dans des structures de soins de santé primaires, ayant un contact régulier avec des personnes issues de la migration.

La première partie, constituant la partie théorique de ce mémoire, se compose de deux chapitres : le cadre conceptuel permettant de définir de manière claire les différents concepts abordés lors de ce travail et le cadre contextuel visant à clarifier la situation migratoire actuelle en Belgique en abordant ses causes et conséquences ainsi que la complexité de la prise en charge des personnes migrantes.

A la suite de cette approche théorique, une étude qualitative sera présentée dans laquelle neuf professionnels de la santé de première ligne et une anthropologue ont été interrogés au cours d'entretiens semi-directifs. La méthodologie de l'étude sera d'abord développée, pour ensuite mettre en lumière les résultats obtenus et les discuter. Enfin, une réflexion autour des limites et des perspectives sera proposée.

Partie I : Cadre théorique

Chapitre 1 : Cadre conceptuel

1. Migrant : un terme générique aux multiples significations

Par définition, un migrant est une personne qui effectue une migration c'est-à-dire une personne qui se déplace vers un autre lieu. (Larousse, s. d.-c) Dans le langage courant, ce terme désigne toute personne qui quitte ou a quitté son pays – volontairement ou de manière forcée – et se retrouve dans un autre pays de manière temporaire ou durable. (CIRÉ Asbl, 2021)

Selon l'Organisation Internationale pour les Migrations¹, le mot « migrant » est un « *terme générique non défini dans le droit international qui, reflétant l'usage commun, désigne toute personne qui quitte son lieu de résidence habituelle pour s'établir à titre temporaire ou permanent et pour diverses raisons, soit dans une autre région à l'intérieur d'un même pays, soit dans un autre pays, franchissant ainsi une frontière internationale.* ». (International Organization For Migration, s. d.)

Le concept de migrant est relativement large. En définitive, il désigne toutes les personnes qui migrent, quel que soit leur statut de séjour ou la raison de leur départ. Plusieurs groupes de migrants peuvent dès lors être identifiés : demandeurs d'asile, réfugiés, personnes sans papiers, étudiants, expatriés, travailleurs étrangers...

Une personne migrante ayant fui son pays, devra introduire une demande d'asile en arrivant dans son nouveau pays de résidence. Pendant toute la durée de la procédure d'asile, à l'issue de laquelle le Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides² accordera ou non la protection internationale, le demandeur est en séjour légal provisoire en Belgique. Cette personne est en principe accueillie en centre ouvert et y a droit à un hébergement, de la nourriture, des vêtements, un accompagnement médico-psychologique et sociojuridique, l'octroi d'une allocation journalière et l'accès à certaines formations, ainsi que l'aide au retour volontaire, le

¹ L'OIM est une organisation intergouvernementale qui vient en aide aux migrants partout dans le monde, en élaborant des réponses efficaces aux dynamiques migratoires en constante évolution et en fournissant des conseils sur les politiques et pratiques migratoires. (International Organization For Migration, s. d.)

² Le CGRA est une administration fédérale indépendante. C'est l'instance d'asile centrale en Belgique qui octroie ou non l'asile et délivre des documents légaux aux individus qui fuient la persécution, la guerre ou la violence. (CGVS, s. d.)

cas échéant. (CIRÉ Asbl, 2021) Néanmoins, ces centres sont souvent en manque de places, les procédures souvent longues et complexes, et le statut de protection n'est jamais certain de leur être accordé.

La loi belge prévoit deux statuts de protection : le statut de réfugié et celui de protection subsidiaire. Selon les critères définis par la Convention de Genève de 1951³, un réfugié est « *une personne qui a fui son pays craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays* ». Lorsqu'une personne reçoit cette protection au terme de la procédure de protection internationale, elle est protégée contre un renvoi vers son pays d'origine. En Belgique, ce statut donne droit à un séjour limité à 5 ans et qui peut devenir illimité ensuite. (CIRÉ Asbl, 2021)

En ce qui concerne le statut de protection subsidiaire, il peut également être octroyé au terme de la procédure de protection internationale. Celui-ci protège les personnes qui n'obtiennent pas le statut de réfugié⁴ contre un renvoi vers leur pays d'origine. En Belgique, ce statut donne par contre droit à un séjour limité à 1 an, mais renouvelable.

Enfin, une personne en situation irrégulière, également connu sous le nom de « sans-papiers », est une personne qui n'est pas ou plus autorisée au séjour dans le pays où elle se trouve. (CIRÉ Asbl, 2021) Ceci peut être la conséquence d'une demande d'asile rejetée, un visa expiré, la perte d'emploi d'une personne migrante... En situation irrégulière en Belgique, ces personnes ne peuvent pas travailler légalement et ne reçoivent pas non plus d'aide sociale de la part d'un Centre Public d'Action Sociale⁵. Néanmoins, ces personnes ont des droits fondamentaux et y ont accès (en théorie du moins) : le droit de se défendre en justice, le droit de se soigner via l'Aide Médicale Urgente⁶, le droit de se marier et le droit à l'éducation (pour les enfants de moins de 18 ans uniquement). (CIRÉ Asbl, 2021)

³ Un document juridique clé. Ratifiée par 145 États parties, elle définit le terme « réfugié » et énonce les droits des personnes déracinées, ainsi que les obligations juridiques des États pour assurer leur protection. (HCR - The UN Refugee Agency, s. d.)

⁴ Mais pour lesquelles « il existe de sérieux motifs de croire que, si elles étaient renvoyées dans leur pays d'origine, elles encourraient un risque réel de subir des atteintes graves » comme la peine de mort, la torture, des traitements inhumains et dégradants ou de la violence aveugle dans le cadre d'un conflit armé.

⁵ Un CPAS assure la prestation d'un certain nombre de services sociaux et veille au bien-être de chaque citoyen si celui-ci répond à certaines conditions comme le fait d'avoir des moyens de subsistance insuffisants. (CPAS | Belgium.be, s. d.)

⁶ L'AMU est une forme d'aide sociale octroyée par les CPAS et a pour objectif de garantir l'accès aux soins médicaux des personnes sans permis de séjour légal. (Medimmigrant, s. d.)

Selon l'ONU, les migrants en situation irrégulière sont généralement plus exposés que les autres à la discrimination, à l'exploitation et à la marginalisation. Ils vivent et travaillent souvent dans l'ombre, ont peur de se plaindre et sont privés de leurs droits de l'homme et de leurs libertés fondamentales. (United Nations, s. d.)

2. La culture et le processus d'acculturation

Une caractéristique distinctive des personnes venant d'un autre pays est qu'elles arrivent avec une culture différente de celle de leur pays d'accueil. Ce concept, défini par l'Unesco comme « *l'ensemble des traits distinctifs, spirituels et matériels, intellectuels et affectifs, qui caractérisent une société ou un groupe social.* », englobe, « *outré les arts et les lettres, les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions et les croyances* ». (cité par Hayer, 2012)

En changeant de pays, la population migrante doit s'adapter à de nouvelles normes culturelles, souvent différentes des leurs. Ces personnes font, dès lors, face à un processus peu connu : le processus d'acculturation.

Selon le Robert, l'acculturation désigne « *le processus par lequel une personne ou un groupe assimile une culture étrangère à la sienne* ». (Le Robert, s.d.) Composé du préfixe latin « ad », qui signifie « vers », et de culture, le terme est apparu à la fin du 19^{ème} siècle pour désigner les transformations des modes de vie et de pensée des immigrants au contact de la société américaine. Etymologiquement, l'acculturation serait donc le processus de modification de la culture d'un groupe ou d'une personne sous l'influence d'une autre culture. (Définition : Acculturation, s. d.) En sociologie ou psychologie, le terme « acculturation » désignerait plutôt le processus d'adaptation d'un individu ou d'un groupe venant d'ailleurs, à une culture locale, entraînant l'abandon partielle ou totale des éléments de leur propre culture. (Définition : Acculturation, s. d.)

J. Berry, psychologue, identifie quatre catégories de « stratégies d'acculturation » : **l'intégration**, stratégie par laquelle une personne d'une culture différente adopte les normes culturelles du pays dans lequel elle s'est installée, tout en conservant sa propre culture ; **l'assimilation**, stratégie par laquelle une personne adopte la nouvelle culture tout en rejetant ses propres normes culturelles ; **la séparation**, stratégie par laquelle une personne conserve ses propres normes culturelles tout en rejetant la nouvelle culture du pays dans lequel elle s'est

installée ; **la marginalisation**, le rejet à la fois de la nouvelle culture et de sa propre culture. (Berry, 1997 *cité par* Choy et al., 2021)

Les stratégies de survie et d'adaptation culturelle jouent un rôle clé dans l'atténuation des conséquences négatives de la migration sur la santé. Il est donc primordial de mieux comprendre ces stratégies et la manière dont elles influencent le processus d'acculturation afin d'offrir une prise en charge optimale de celle-ci aux personnes migrantes, et en particulier de leur santé mentale.

3. La santé et la santé mentale

Selon l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (Constitution de l'OMS, s.d.)

De manière plus approfondie, « *la santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. Elle fait partie intégrante de la santé et du bien-être [...]* ». (WHO, 2022)

De ce fait, la santé mentale serait une question d'équilibre personnel, de relations aux autres et d'action sur son environnement (Peeters, 2023). Pouvant être déterminée par une série de facteurs biologiques, socioéconomiques et environnementaux, elle peut également impacter ces derniers. L'importance des facteurs sociaux dans la santé mentale réside dans le fait qu'il s'agit de facteurs modifiables, ce qui ouvre donc la voie à la prévention. (Carod-Artal, 2017). Toutefois, certains facteurs ne sont pas modifiables et mènent souvent à des situations compliquées, comme celles dans lesquelles se retrouvent les populations migrantes, plus à risque donc de souffrir d'une mauvaise santé mentale.

Chapitre 2 : Cadre contextuel

1. Quelques chiffres

Le phénomène migratoire, omniprésent à travers l'histoire de l'humanité, est aujourd'hui au cœur des actualités mondiales. Au sein de l'UE, ce phénomène est grandissant ; en 2022, près de 3,4 millions de premiers titres de séjour ont été délivrés dans l'UE, contre 2,9 millions en 2021. (Statistics On Migration To Europe, s. d.) En Belgique, le solde migratoire international

s'élevait, en 2022, à 116.544 ; davantage de personnes ont donc immigré en Belgique que de personnes ont émigré de la Belgique durant cette période-là. (Migrations | Statbel, s. d.) Cette même année, 32.140 demandes d'asile ont été rentrées en Belgique. En comparaison avec l'année précédente, c'est une évolution de 64% alors qu'en 2019, elle est de 39%. Elle place respectivement le pays au 17^{ème} et au 23^{ème} rang des plus fortes augmentations au sein de l'OCDE. (Belga, 2023) Et cela ne cesse d'augmenter.

Au sein de la région de Bruxelles-Capitale, ce phénomène est davantage observable. En tant que région urbaine, elle possède le plus grand nombre de personnes étrangères et d'origine étrangère du pays. Globalement, une personne sur cinq est belge d'origine étrangère en Belgique. Ce pourcentage est le plus faible en Flandre avec 15,8%. Il grimpe à 24,4% en Wallonie et atteint 39,7% en Région de Bruxelles-Capitale. La part de non-Belges est de 36,9% en Région de Bruxelles-Capitale comparée aux 11% en Région flamande et en Région wallonne. (Origine | Statbel, s. d.)

2. Les causes et conséquences du phénomène migratoire

Les migrations sont motivées par une combinaison de facteurs qu'on peut catégoriser en macro-, meso- et micro-facteurs. (Castelli, 2018)

Parmi les « macro-facteurs », les situations politiques, démographiques, socio-économiques et environnementales sont des facteurs majeurs de la migration. Ce sont les principaux moteurs des migrations forcées et génèrent ainsi un nombre important de réfugiés et de demandeurs d'asile.

Les « méso-facteurs » comprennent l'influence des technologies de la communication, et en particulier des médias et réseaux sociaux, qui attirent les gens de leur pays d'origine vers leur pays de destination en exagérant souvent les conditions de vie dans ces pays « riches ». Par ailleurs, les liens avec les membres de la famille établis à l'étranger peuvent également amplifier le désir de quitter le pays d'origine et de migrer.

Enfin, les « micro-facteurs » comprennent l'éducation, la situation matrimoniale, la religion et la volonté personnelle de migrer.

Les « méso- » et « micro-facteurs » sont souvent les principales causes des migrants qui quittent leur pays selon leur propre volonté à la recherche de meilleures opportunités ailleurs. En Belgique, les principales raisons d'immigrations sont les raisons liées à la famille (pour les

ressortissants de pays tiers) et les raisons liées à des activités rémunérées (pour les citoyens de l'UE). (Dewulf, 2021)

Bien qu'il existe de multiples raisons de migrer, ces migrations ne sont pas sans conséquences. En effet, les personnes migrantes doivent souvent faire face à de nombreux défis dans leur nouveau pays d'accueil. Que ce soit au niveau législatif, économique ou social, les normes sont différentes d'un pays à un autre et il n'est pas toujours facile de s'y adapter. De plus, de par leur statut illégal ou temporaire et incertain, certains migrants se retrouvent souvent dans des conditions difficiles, instables et insécures, et n'ont parfois pas accès à certains droits.

C'est ainsi que beaucoup de personnes en situation irrégulière mais également des demandeurs d'asile se retrouvent parfois à la rue, sans logement. En effet, depuis plusieurs années, la Belgique fait face à une pénurie de places disponibles pour accueillir les demandeurs d'asile ayant droit à l'aide matérielle. Certains d'entre eux ont dû avoir recours à des solutions alternatives, ce qui les a souvent exposés à d'autres situations de sans-chez-soirisme. (Paquot, 2022) La migration a sans aucun doute un impact sur le phénomène du sans-abrisme, une part importante de la population sans-domicile étant des personnes migrantes. (Baptista et al., 2016)

De plus, bien que, l'effet « migrant en bonne santé » suggère que les personnes migrantes ont tendance à être en meilleure santé que les non-migrantes à leur arrivée (Kennedy et al., 2014), ce contexte migratoire complexe a tout de même un impact important sur leur santé, et en particulier leur santé mentale.

Tout d'abord, les migrants qui fuient la guerre, la persécution ou les catastrophes naturelles peuvent avoir déjà subi des traumatismes, des violences et des perturbations affectant négativement leur santé mentale. Ensuite, ils peuvent être exposés à des conditions difficiles, voire mortelles, durant le voyage et le transit, notamment la violence, la détention et l'absence d'accès aux services de base. Enfin, dans le pays de destination, ils peuvent rencontrer des obstacles pour accéder aux soins de santé, vivre dans de mauvaises conditions, subir la séparation des familles, l'isolement social, la discrimination et l'incertitude quant à leur statut juridique. Sans oublier, les difficultés liées à l'emploi, au logement, à la langue, à la culture et à l'identité qui peuvent avoir un impact négatif sur la santé mentale au cours du processus d'intégration. (WHO, 2021)

De ce fait, la migration semble être un facteur vulnérable au développement de complications en matière de santé mentale. En raison du sentiment d'insécurité, la détresse se transforme en conséquences sur la santé mentale ou en d'autres formes de complications sanitaires.

(Virupaksha et al., 2014) La population migrante, et plus précisément les réfugiés, les demandeurs d'asile et les migrants en situation irrégulière, semble être une population avec des besoins importants en termes de soins de santé mentale. Ceux-ci présenteraient un risque plus élevé de développer des troubles mentaux tels qu'un trouble de stress post-traumatique, une dépression et une psychose. (Hasanović et al., 2020)

3. Une prise en charge complexe

Bien que différentes structures d'accueil et d'aide existent, nombreux sont les obstacles auxquels sont confrontés les personnes migrantes dans la prise en charge de leur santé : la barrière linguistique, la complexité administrative, le manque de sensibilisation à l'importance de la santé, le stigma et certaines attitudes négatives à l'égard des prestataires et également de la part de ceux-ci. (Satinsky et al., 2019) De plus, des inégalités concernant l'accès aux soins de santé pour les migrants persistent, et en particulier pour les soins de santé mentale. (Lebano et al., 2020 ; Satinsky et al., 2019)

Si en théorie, depuis 1996, la Belgique garantit l'accès aux soins de santé pour les personnes sans-papiers via la procédure de l'AMU, en pratique, de nombreuses barrières empêchent les personnes sans-papiers d'accéder aux soins nécessaires et appropriés. Différentes faiblesses liées à cette procédure sont identifiées dans une étude concernant l'accès aux soins pour personnes sans-papiers : la définition de l'AMU, l'information et la communication, la complexité des procédures et le pouvoir discrétionnaire. (Dauvrin et al., 2016)

Pourtant, l'accès aux soins de santé et particulièrement aux soins de santé mentale est primordiale et devrait, selon plusieurs études, faire partie intégrante des soins de santé primaires⁷. (Funk et al., 2014 ; WHO, 2021) Cela permettrait, entre autres, un accès plus facile aux soins de santé mentale à un coût moindre et une prise en charge plus globale. De plus, la prévention des troubles mentaux chez les migrants et les populations déplacées semble insuffisante. Uphoff et al. (2020) démontrent en effet un manque de données sur la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux courants tels que la dépression et l'anxiété chez les réfugiés, les demandeurs d'asile et les personnes déplacées internes.

⁷ Des soins essentiels rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables, avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays peuvent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. (Déclaration d'Alma-Ata, 1978)

Au-delà des défis d'ordre administratifs, ceux d'ordre relationnel et culturel sont également à prendre en compte ; la rencontre et l'échange entre différentes cultures n'est évidente ni pour les personnes arrivantes, ni pour les prestataires de soins.

Les différences culturelles peuvent s'exprimer à travers diverses composantes : modes d'expression et facteurs explicatifs des maladies, représentations de la santé, compréhension par les professionnels et validité transculturelle des diagnostics. Cette dernière suscite des questions, notamment en santé mentale. (Bouhon, 2021) Les professionnels de la santé méconnaissent d'ailleurs souvent les particularités et normes culturelles des nouveaux arrivants, leur empêchant parfois une prise en charge optimale. Plusieurs études démontrent qu'il existe un réel manque de compétences et de ressources spécifiques chez les prestataires de soins de santé mentale pour traiter les migrants en tenant compte de leur culture. (Satinsky et al., 2019 ; Straßmayr et al., 2012)

Dès lors, comment les prestataires de soins de santé pourraient-ils mieux comprendre et répondre aux besoins, aux expressions, aux croyances et aux comportements influencés par la culture, des migrants ? Comment prennent-ils en compte ces différences culturelles à travers le processus d'acculturation, dans la prise en charge de la santé, et en particulier de la santé mentale, de ces personnes ?

Partie II : Méthodes

Dans ce second chapitre, le cadre pratique de la recherche sera présenté. Cette partie a pour objectif de détailler la méthodologie utilisée afin de répondre à la question de recherche du présent mémoire. Pour rappel, l'objectif est de comprendre quelles stratégies les professionnels de la santé mettent en place pour intégrer le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes.

1. Choix de la méthode, entretiens exploratoires et question de recherche

Une approche qualitative a été utilisée afin de répondre à la question de recherche. Cette méthode permet en effet de mettre en évidence le point de vue et les représentations des personnes interrogées. La recherche qualitative vise non seulement à décrire mais aussi à apporter des explications significatives permettant une meilleure compréhension d'un phénomène en particulier. (Christiaens & Kohn, 2014) En effet, l'objectif n'est pas d'apporter des données en termes de prévalences, de causes, d'effets ou encore de résultats. C'est également pour cette raison qu'une approche inductive a été choisie.

Ainsi, la réalisation d'entretiens individuels semi-directifs donne la possibilité d'accéder à la subjectivité et aux expériences des personnes interrogées. Ce type d'entretiens offre une meilleure compréhension de la problématique étudiée tout en tenant compte du contexte spécifique dans lequel certaines expériences se déroulent.

Dans un premier temps, cinq entretiens exploratoires ont été réalisés entre le 10 novembre et le 20 décembre 2023. Ceux-ci ont été effectués auprès de cinq professionnels venant de domaines hétérogènes⁸ afin d'avoir une vue élargie sur les thématiques de la migration et de la santé mentale. La majorité de ces entretiens ont été réalisés en présentiel (sauf pour la psychologue) à l'aide d'un petit guide d'entretien, et duraient une trentaine de minutes. Toutefois, la discussion était plutôt libre, l'objectif parcouru étant plutôt d'en apprendre davantage sur ces thématiques très vastes. De ce fait, certaines problématiques ont pu être soulignées et ont ainsi permis l'élaboration plus précise de la question de recherche :

⁸ Une **psychologue** dans un centre d'accueil pour personnes migrantes, une **juriste** spécialisée en droit de la migration, un **coordinateur social** dans un centre de jour pour personnes sans-abris, une **doctorante** en santé publique ayant réalisé sa thèse sur la thématique étudiée et une **infirmière** dans un centre d'accueil pour personnes migrantes.

« *Comment les professionnels de la santé intègrent-ils le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants ?* ».

Le tableau I reprenant les caractéristiques des professionnels ayant participé aux entretiens exploratoires est repris dans l'Annexe 1 ainsi qu'une synthèse des résultats de ceux-ci.

2. Echantillonnage et recrutement

Pour cette recherche, la taille de l'échantillon n'était pas définie au départ. En effet, dans le cadre de recherches qualitatives, le nombre de participants dépend de la saturation des données, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a plus de nouvelles informations ou thématiques qui émergent lors des entretiens.

L'échantillon de ce mémoire est non probabiliste, c'est-à-dire que les participants ont été sélectionnés de manière non-aléatoire pour participer à l'étude. La population cible de la recherche s'est axée sur les professionnels de la santé travaillant dans des structures de soins de santé primaires car c'est vers ce type de structure que la population migrante se dirige principalement pour bénéficier de soins. En effet, celles-ci sont généralement plus accessibles.

De plus, il a été convenu que les participants sélectionnés devaient travailler au sein d'une structure dans la région de Bruxelles, région avec la population née à l'étranger la plus importante en Belgique. (Migrations | Statbel, s. d.-b) Ainsi, la zone de recherche a pu être délimitée et restreinte.

2.1 Critères de sélection

➤ Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion pour cette recherche sont les professionnels du secteur de la santé, et plus précisément des personnes ayant obtenu un diplôme pour exercer la fonction d'infirmier, de médecin généraliste ou encore de psychologue (1) et qui travaillent au sein d'une structure de soins de santé primaires (2).

➤ Critères d'exclusion

Les critères d'exclusions concernent les professionnels du secteur de la santé tels que les kinésithérapeutes, les médecins psychiatres ou autres professionnels de la santé n'ayant pas obtenu le diplôme décrit ci-dessus dans les critères d'inclusion. De plus, les professionnels de

la santé travaillant dans des structures de soins de seconde ligne tels que des hôpitaux, sont également exclus.

2.2 Modalités de contact auprès des participants

Le recrutement auprès des professionnels de la santé s'est fait en première intention par e-mail. Les profils de participants recherchés ainsi que les objectifs de l'étude ont été envoyés à différentes maisons médicales ainsi qu'à d'autres structures de soins de santé primaires à Bruxelles. De plus, une affiche (cf. Annexe 2) comme soutien visuel a été réalisée et distribuée dans différentes structures, ainsi que jointe dans les e-mails envoyés. Elle a également été publiée sur différents réseaux sociaux afin d'élargir encore l'appel à la participation.

Si un professionnel manifestait son intérêt à participer à l'étude, une date et une heure de rencontre était convenue avec celui-ci.

3. Collecte des données

3.1 Outil de collecte des données

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien semi-dirigé (cf. Annexe 3). Celui-ci a été élaboré après la rédaction du cadre théorique. Ce type d'entretien offre un cadre qui permet aux personnes interrogées de s'exprimer librement tout en maintenant une ligne de conduite sur les aspects pertinents à aborder. L'ordre des questions suit une logique thématique, chaque question dispose de sous-questions comme relances. Après avoir récolté les données socio-démographiques des personnes interrogées, les sujets abordés en lien avec la question de recherche sont les suivants : l'expérience et le contexte professionnel (1), les connaissances et la compréhension de l'acculturation et des différences culturelles (2), les approches, interventions et la prise en charge en santé mentale des migrants (3) et l'évaluation des interventions (4).

3.2 Cadre et déroulement des entretiens semi-directifs

Les différents entretiens, durant entre 30 minutes et une heure, ont été réalisés entre le 24 mars et le 19 avril 2024, soit en présentiel, soit en distanciel, en fonction des disponibilités des intervenants. Quand ils se déroulaient en présentiel, cela se passait sur le lieu de travail de la personne interrogée, dans un local isolé, seulement en présence du participant et de la mémorante, afin d'éviter les éventuelles interruptions.

L'autorisation d'enregistrer les entretiens, afin de les retranscrire dans leur intégralité, était chaque fois demandée avant la réalisation de ceux-ci. De plus, il était précisé que les données seraient confidentielles et anonymisées. De ce fait, afin de conserver l'anonymat des personnes interrogées, elles seront identifiées par un « M » pour « médecin », un « P » pour « psychologue » et un « I » pour « infirmière », suivi d'un numéro (p.ex. M1 pour le premier médecin interrogé) dans la partie résultats.

Des questions concernant les caractéristiques socio-démographiques étaient posées aux participants avant de débiter les questions relatives à la question de recherche du mémoire. Celles-ci sont décrites dans le Tableau 1, au début de la partie « résultats ».

Bien que le guide d'entretien propose un certain cadre à la discussion, une certaine flexibilité est autorisée. En effet, le guide était parfois légèrement modifié ou adapté en fonction du contexte et de la personne interrogée, et des « sujets additionnels » ont également émergé des entretiens. De plus, le guide n'ayant pas été testé au préalable, des petites modifications ont été effectuées en fonction du fil de la conversation, par exemple l'ordre des questions afin rendre la discussion plus fluide ou la suppression de certaines qui ne semblaient pas ou plus pertinentes.

4. Méthode d'analyse des données qualitatives

Les propos émis par les participants de l'étude étaient enregistrés avec un téléphone et retranscrits de manière fidèle et intégrale, à l'aide du logiciel de retranscription sur Word et d'une relecture attentive, ceci afin de conserver l'exactitude des propos énoncés par les participants. L'analyse des entretiens a permis d'identifier des thèmes, des sous-thèmes et l'émergence de nouvelles idées, tous soulignés à l'aide d'annotations spécifiques dans la retranscription.

Ces différents éléments ont été repris dans un arbre thématique. Les thèmes transversaux ont été regroupés et hiérarchisés en fonction des récurrences et de leur importance. Les verbatims pertinents, venant soutenir et justifier certains propos, sont repris dans la partie « résultats ».

Partie III : Résultats

Cette partie du travail a pour objectif d'exposer les informations recueillies lors des entretiens semi-directifs. Ceux-ci concernaient l'intégration du processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes par les professionnels de la santé dans des structures de soins de santé primaires. Il s'agit donc d'une analyse descriptive.

1. Composition de l'échantillon final

Sur plus d'une vingtaine de mails envoyés, quelques dix affiches distribuées et six publications sur les réseaux sociaux, seules trois personnes ont manifesté leur intérêt à bien vouloir participer à un entretien semi-directif. Ce n'est que grâce au bouche-à-oreille et à la relance d'e-mails qu'un échantillon hétérogène de neuf participants, composé de quatre médecins généralistes, quatre psychologues et une infirmière, a été obtenu. Les neuf professionnels ont manifesté leur intérêt de participer à l'étude soit par e-mail, soit par téléphone, soit oralement.

Bien qu'après sept entretiens, les données étaient déjà redondantes, l'échantillon a tout de même été élargi à neuf afin d'être certain d'avoir suffisamment d'éléments pour soutenir certains propos mais également pour garantir une représentation adéquate des réalités de terrain liées à la prise en charge de la santé mentale chez les personnes migrantes.

Une anthropologue, travaillant dans un centre de soins de santé mentale pour personnes exilées, a également manifesté son intérêt à participer à l'étude. Bien qu'elle ne répondît pas aux critères d'inclusion, n'étant pas une professionnelle de la santé, elle a tout de même été interrogée. En effet, son expérience semblait pertinente à récolter car elle organise des activités communautaires dans ce centre et est donc régulièrement en contact avec cette population. De plus, son point de vue peut offrir une vision différente mais complémentaire à celle des neuf professionnels de la santé répondant aux critères de sélection.

L'échantillon final, quasi uniquement composé de femmes (neuf femmes et un homme), se compose donc de dix professionnels : quatre médecins généralistes, quatre psychologues, une infirmière et une anthropologue. Tous travaillent dans des structures de soins de santé primaires tels que des centres d'accueil (d'urgence ou non), des services de santé mentale de première

ligne et des maisons médicales se situant dans différentes communes de Bruxelles. La majorité des participants a une expérience de minimum un an dans le domaine de la migration.

Un tableau récapitulatif des caractéristiques des dix professionnels représentés dans l'échantillon final est repris ci-dessous. (cf. Tableau 1) Les critères repris dans ce tableau sont : la fonction, le genre, le type de structure de soins de santé primaire, le nombre d'années d'expérience au sein de celle-ci et sa localisation.

<u>Professionnels</u>	<u>Fonction</u>	<u>Genre</u>	<u>Type de structure</u>	<u>Années d'expérience</u>	<u>Localisation de la structure</u>
1 (M1)	Médecin Mise au point santé	Femme	Centre d'accueil (d'urgence)	3 ans	1000 Bruxelles
2 (P1)	Psychologue Entretiens d'évaluation et de stabilisation de crise	Femme	Centre d'accueil (d'urgence)	1 an	1000 Bruxelles
3 (P2)	Psychologue Suivi santé mentale auprès de personnes exilées	Femme	Service de santé mentale de première ligne	20 ans	1050 Ixelles
4 (P3)	Psychologue Référénte santé mentale	Femme	Centre d'accueil	5 ans	1210 Saint-Josse-ten-Noode
5 (M2)	Médecin Consultations médecine générale	Homme	Maison médicale au forfait	1 an	1080 Molenbeek-Saint-Jean
6 (P4)	Psychologue Consultations psychologie	Femme	Maison médicale au forfait	18 ans	1000 Bruxelles
7 (A1)	Anthropologue Organisation d'activités communautaires	Femme	Service de santé mentale de première ligne	16 ans	1050 Ixelles
8 (M3)	Médecin Consultations médecine générale	Femme	Centre d'accueil	Moins d'un an	1080 Molenbeek Saint-Jean
9 (I1)	Infirmière Consultations infirmières et visites à domicile	Femme	Maison médicale au forfait	8 ans	1080 Molenbeek-Saint-Jean
10 (M4)	Médecin Consultations médecine générale	Femme	Maison médicale au forfait	6 ans	1080 Molenbeek-Saint-Jean

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques des participants de l'échantillon final

2. Analyse des entretiens semi-directifs

Le concept d'acculturation semblait méconnu par la plupart des professionnels. Cependant, bien qu'ils ne connaissent pas ce terme spécifique, plusieurs stratégies qu'ils utilisent ont pu être identifiées, montrant qu'ils intègrent ce concept dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes.

L'analyse des entretiens a donc permis de mettre en lumière huit stratégies différentes : l'identification du rapport à la culture (1), l'utilisation des représentations des migrants et de leurs croyances comme outils (2), la psychoéducation (3), l'approche centrée sur les besoins (4), le travail en équipe multidisciplinaire (5), la collaboration avec l'interprète et le médiateur culturel (6), l'information et la formation (7) et l'évaluation des interventions (8).

Celles-ci sont illustrées à l'aide de verbatims qui permettent de relater avec exactitude certains propos exprimés par les personnes interrogées. Pour rappel, afin de conserver l'anonymat des participants et la confidentialité des données, les différents professionnels sont identifiés comme suit : « M1 » pour le « médecin n°1 », « P1 » pour le « psychologue n°1 » et « I1 » pour l' « infirmier n°1 ». En ce qui concerne les propos de l'anthropologue, ceux-ci sont identifiés avec la lettre et le chiffre « A1 ».

3. Stratégies identifiées

3.1 Identification du rapport à la culture

Le rapport qu'ont les personnes migrantes à leur culture d'origine ou à la culture d'accueil a été questionné afin de pouvoir identifier dans quelle « stratégie » d'acculturation, décrite par J. Berry, se situent les personnes issues de migration. Bien que l'identification ne se fasse pas directement par les professionnels interrogés, une déduction peut être faite grâce à certains propos émis.

Par exemple, la présence de culture semble souvent dépendre du stade dans lequel ces personnes se trouvent dans leur parcours migratoire. En effet, certains des professionnels interrogés voient les personnes à leur arrivée en Belgique et pour eux, il ne semble pas toujours facile de percevoir une certaine notion de culture en général. La stratégie de la marginalisation peut dès lors être identifiée :

« *Quand je vois les personnes, c'est tellement tôt et les personnes vont tellement mal que tout ce qu'elles veulent c'est d'aller bien.* » (P1)

« *Les personnes sont en grande situation de précarité donc la culture est le cadet de leur souci. [...] La culture n'a pas la moindre importance car elles sont tout le temps en mode survie. C'est une thématique globale qui est mise de côté, la leur comme la nouvelle.* » (P3)

Néanmoins, selon d'autres intervenants, certaines personnes semblent encore accorder de l'importance à certains aspects propres à leur culture, n'ayant plus que cela comme uniques repères. Dans ce cas-ci, la stratégie de la séparation peut être identifiée :

« *Les gens ont tendance à rester entre cultures du fait de la langue [...]. La plupart des personnes restent dans leur culture, c'est la seule chose qui leur appartient encore [...], je suis impressionnée par le nombre de gens qui font le ramadan malgré qu'ils vivent en rue.* »
(M1)

« *[...] c'est quelque chose qui reste très fort, l'organisation de la vie quotidienne [...], surtout en matière d'alimentation aussi, et de mode de vie [...] je pense qu'ils restent très fort liés à ce qu'ils ont connu [...]* » (M4)

D'ailleurs, la volonté d'intégration ne semble pas toujours facilement percevable auprès de cette population :

« *[...] je les vois au début de leur arrivée donc c'est compliqué de voir une évolution à ce niveau-là. [...]* » (P1)

« *Je reçois les personnes qui viennent d'arriver donc elles ne sont pas là depuis longtemps. Il n'y a pas de vraie intégration encore.* » (P2)

Toutefois, des comportements décrits par certains intervenants laissent tout de même croire à une motivation d'intégrer leur nouveau pays :

« *Certains font quand même un énorme effort [...], ils le disent « c'est la première fois qu'une femme me touche » [...], il y a une grande différence d'ouverture [...] les personnes lettrées ont envie de s'intégrer [...]* » (M1)

« Ce que je vois c'est des personnes qui ont envie, des personnes qui souhaitent apprendre le français [...], il y a beaucoup de motivation même si c'est complexe car elles ne vont pas bien. » (P1)

Durant leur périple migratoire, les personnes ont tellement été confrontées à un bain de cultures que finalement, faire la distinction entre sa culture d'origine et la culture du pays d'accueil semble complexe, selon certaines intervenantes :

« [...] ils ont été dans un tourbillon de différences culturelles [...] il y a aussi une espèce de construction déconstruction de la culture [...] la plupart se retrouvent en rue et est-ce qu'il y a de la culture dans la rue ? Est-ce que la culture de la rue ce n'est pas de survivre ? » (P4)

« [...] il y a une grande ambivalence, c'est les personnes qui sont tiraillées entre deux pays, deux cultures, deux identités et qui doivent se refaçonner une nouvelle identité. » (A1)

3.2 Représentations des migrants et croyances comme outils

Afin de mieux comprendre les personnes migrantes dans le cadre de la prise en charge de leur santé mentale et de prendre en compte le processus d'acculturation auquel elles sont confrontées, différents professionnels semblent principalement aller chercher certaines informations auprès des patients eux-mêmes. De fait, ce sont ceux qui détiennent le plus de connaissances à propos des habitudes propres à leur culture :

« Tout ce que je sais sur les cultures, je le sais de mes patients. » (P2)

« C'est aussi en fait m'intéresser aux gens, leur poser des questions, qu'ils m'expliquent leur culture. » (M2)

« Ce sont les patients qui m'apprennent tout ça. [...] c'est les personnes qui m'apprennent comment me tenir avec eux, ce qui leur convient ou pas. » (P4)

D'ailleurs, toutes les psychologues et l'anthropologue interrogées soulignent l'importance de partir des représentations des personnes afin de pouvoir créer une relation de confiance et s'appuyer sur ces éléments de références durant la rencontre. Cela leur permet de faire le lien entre leurs habitudes de vie et les nouvelles auxquelles elles sont confrontées, et de leur offrir des outils pour mieux comprendre ce nouvel environnement :

« Je propose souvent qu'il me dise ce qu'il sait et ce qu'il a entendu [...], je demande souvent qui a pu l'aider s'il était chez lui avec la souffrance qu'il avait [...] c'est le travail de tisser un lien, créer un cadre de confiance [...] » (P2)

« [...] la culture je l'utilise souvent pour faire parler les gens [...] c'est plus facile pour les personnes de raconter « tiens quelles sont vos habitudes, comment vous faites ceci ? » » (P4)

« [...] en leur demandant « comment ça se passe chez vous ? » » (M4)

« L'idéal, c'est de les aider avec leurs propres repères à prendre ce qu'ils peuvent, ce qui les soutient de leur culture, leur pays d'origine, laisser ce qui était compliqué et recomposer avec ce qui est soutenant. [...] redonner une place à tout un chacun, que chacun puisse retrouver une parole ou s'énoncer à partir de qui il est en fonction de ses repères, de sa manière de concevoir le monde [...] » (A1)

Néanmoins, il semble que certaines croyances prennent beaucoup de la place dans la rencontre soignant-soigné. En effet, celles-ci, souvent d'ordre religieux ou magique, se déconstruisent lentement, et ce avant de pouvoir réellement prendre en charge et discuter de la santé mentale du patient migrant :

« [...] pour certains il y a encore beaucoup de magie et la peur de sorts jetés [...] » (M1)

« [...] dans une autre culture les problèmes de santé mentale sont associés au diable. » (P1)

« [...] des préconçus comme par le fait qu'une dépression ne serait pas une vraie maladie. [...] J'ai pleins de patients qui ne veulent pas aller voir un psy parce que Dieu suffit [...] » (M2)

« Beaucoup de personnes qui viennent d'ailleurs viennent de contextes culturels où la référence elle est au destin ou à ce que Dieu nous a prévu [...] » (P4)

« [...] des explications d'envoûtement ou de voilà, « je vais mal parce que j'ai été envoûtée », c'est vraiment essayer d'être attentif à ça. » (A1)

Toutefois, certains professionnels insistent sur le fait que parfois certaines croyances peuvent être des outils intéressants dans la prise en charge de la santé mentale de ces personnes-là :

« Les musulmans par exemple [...], quand je questionne les idées suicidaires et qu'ils me répondent que c'est impossible car ils iront en enfer, c'est quelque chose de positif je trouve. »

(P1)

« [...] pour lui le Ramadan c'est vraiment un mois saint, il le respecte vraiment et pendant un mois il ne va pas toucher à une goutte d'alcool. » (M2)

« [...] la proposition de rituels est venue d'un patient [...] » (P2)

3.3 Psychoéduquer pour déstigmatiser

Les professionnels de la santé interrogés constatent un certain tabou autour de la santé mentale, particulièrement auprès du public migrant. De plus, selon eux, le fait que les problèmes de santé mentale soient souvent stigmatisés n'encourage pas les personnes dans le besoin à en parler ou à consulter :

« Pour la plupart des nationalités la santé mentale est un gros tabou. » (M1)

« [...] c'est un grand cap pour elles, [...] elles ne voulaient pas forcément voir un psy car c'est quelque chose qui n'est pas forcément apprécié dans leur culture. » (P1)

« [...] on sait que la santé mentale est souvent stigmatisée dans certains pays, [...] certaines personnes ont parfois même encore des tabous et viennent chez nous en disant « je ne suis pas fou », [...] » (P3)

« Ce que je remarque c'est que dans quelques cultures ils ne veulent pas en parler avec leur famille parce que ce n'est pas normal [...] » (M3)

« [...] je trouve que c'est vraiment plus compliqué de parler de tout ce qui est santé mentale avec eux [...] » (I1)

« La plupart du temps les gens ne veulent pas trop en parler [...] La reconnaissance d'un problème psychiatrique ou psychologique est différent en fonction des cultures [...] c'est pas quelque chose qu'on considère comme étant un vrai problème médical. » (M4)

« [...] le fait que dans certaines cultures, une femme ne va pas mettre des mots sur le fait qu'elle ait été violée. Elle ne va pas parler de certaines choses qui sont considérées comme des questions taboues. » (A1)

Dans certaines cultures, les professionnels semblent même retrouver une sorte de pudeur culturelle concernant certaines façons de faire ou de dire, ou qui concerne le genre, ce qui entrave parfois les échanges :

« Je suis une femme alors que beaucoup de patients sont des hommes. Les médecins sont souvent des hommes dans leur pays [...], beaucoup d'hommes n'ont parfois pas été vu de façon dénudée, n'ont jamais été touchés par une femme. » (M1)

« [...] dans certaines langues le mot « émotion » n'existe pas. » (P3)

« [...] ils ne savent pas comment s'exprimer autour de cela [...] » (I1)

« Il y a des parfois des difficultés culturelles, des personnes qui vont dire qu'elles préféreraient plutôt être reçues par un clinicien, homme ou femme [...] » (A1)

C'est pour cela que l'explication d'éléments théoriques et la vulgarisation de certaines données semblent primordiales et partie intégrante de leurs entretiens, afin de rassurer les personnes en perte de repères totale et d'ainsi les inviter à poser un regard différent sur leur santé mentale :

« J'introduis toujours avec des notions en psychologie que j'essaie d'aborder [...], je fais beaucoup de psychoéducation, j'explique beaucoup d'éléments théoriques, je les vulgarise et j'adapte en fonction de chaque personne. [...] j'explique comment ça se passe ici tout en respectant la culture [...], j'adapte naturellement, au feeling. » (P1)

« [...] je passe beaucoup de temps à expliquer les choses [...] donner des repères auxquels la personne peut se raccrocher [...] qu'il puisse avoir des outils. » (P2)

« On essaie de donner quelques repères de règles de vie, on essaie d'expliquer sans infantiliser [...]. » (P3)

« On les rassure en disant que ce n'est pas parce qu'on va voir un psy qu'on est fou. » (P4)

« On va expliquer ce que c'est qu'un psychologue, on va expliquer ce que c'est qu'un cadre de suivi à XXX, donc vraiment surtout expliquer l'enjeu de confidentialité, [...] de rassurer la personne par rapport à ça, de lui dire, c'est un espace confidentiel où vous amenez ce que vous avez envie d'amener [...] normaliser le fait qu'avec ce qui leur arrive, y a de quoi avoir du mal » (A1)

Certains professionnels se rendent d'ailleurs compte de l'importance qu'a l'éducation dans notre société. Certaines personnes migrantes ne savent parfois ni lire ni écrire et ont très peu de connaissances et de littératie en santé. Cela impacte significativement l'échange et la façon dont les professionnels vont prendre en charge la santé mentale du patient migrant :

« [...] pour les migrants je dois aller à l'essentiel et être plus simpliste [...], ils ont parfois aussi peu de littératie et peu d'éducation, par exemple pour lire et écrire tout simplement [...] la compréhension de certaines choses est vraiment diminuée parfois, mais je ne veux pas faire de généralité ! » (M1)

« Ce qui est problématique avec certaines cultures c'est qu'il y a souvent peu de notions de base en psycho [...] » (P1)

« Bien souvent, les personnes ne savent pas ce que c'est un psychologue, quel est son rôle. » (P2)

« [...] avec les gens qui n'ont pas été à l'école, c'est plus difficile d'en parler [...] » (M3)

Enfin, la considération de la psychosomatique dans la prise en charge de la santé mentale semble importante à prendre en compte. Comme évoqué précédemment, il existe encore un certain tabou autour de la santé mentale dans certaines cultures et les personnes verbalisent ainsi moins leurs souffrances. Aider les personnes migrantes à identifier certains symptômes psychosomatiques leur permet de mieux comprendre les troubles de santé mentale et d'en quelques sortes les déstigmatiser :

« Les notions de psychosomatique [...] les choses que je dois le plus répéter car c'est lié et il faut y faire attention [...] » (P1)

« Certaines personnes ont parfois tendance à somatiser parce que dans ces cultures on exprime moi verbalement [...] La douleur doit être prise en compte dans les soins, même dans la prise en charge de la santé mentale. » (P3)

« Des personnes qui me parlent de troubles de sommeil, d'appétit, voilà je vais leur demander « à quoi tu penses ? » etc. » (M2)

« Si je constate que les patients ont plusieurs plaintes un peu psychosomatiques. [...] qui ont une plainte mais qu'ils n'arrivent pas à exprimer verbalement et donc qui s'exprime

physiquement. [...] d'expliquer aussi qu'il y a parfois un lien entre ce que le corps essaie d'exprimer et la tête. » (M4)

« Le fait que souvent des souffrances psy vont souvent se manifester de manière psychosomatique par exemple pour certaines cultures. [...] des maux un peu diffus dans tout le corps. » (A1)

3.4 Une approche centrée sur les besoins

L'environnement stressant dans lequel les personnes migrantes vivent, souvent dans l'attente d'une régularisation, n'améliore pas leur santé mentale. Selon certains professionnels, elles ont beaucoup de choses en tête et n'ont pas le temps ou l'énergie de prendre soin d'elles :

« [...] pour les migrants je dois aller à l'essentiel et être plus simpliste car ces personnes ont beaucoup de choses en tête et beaucoup de choses à faire [...] » (M1)

« Les primo-arrivants arrivent avec toutes leurs ressources sociales perdues, tous leurs repères et leur cadre de référence perdus, [...]. » (P2)

De plus, leurs besoins primaires, tels que se nourrir et se loger, semblent être au centre de leurs préoccupations, la plupart des centres d'accueil n'ayant plus de place pour les héberger. Cela impacte considérablement la prise en charge de leur santé mentale ainsi que leur rapport à la culture, celle-ci ne figurant pas dans leurs priorités. Il semble donc crucial de prendre ces besoins en compte, même dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale, pour permettre la création d'un lien de confiance et y intégrer indirectement le processus d'acculturation :

« Les conditions de vie font qu'on voit une dégradation énorme de la santé mentale chez ces personnes [...] » (M1)

« [...] les personnes sont en grande transition, dans un cadre et un environnement stressant, où les besoins de base ne sont pas assouvis (la chambre est partagée, les langues sont différentes, l'hygiène est parfois compliquée...) [...] on ne peut pas faire de réel suivi quand les éléments primordiaux ne sont pas traités. » (P1)

« Le fait qu'elles n'accèdent pas à leurs besoins primaires [...] cela a un gros impact sur la prise en charge de la santé mentale, [...] on a souvent l'impression de faire du pansement tant que la personne n'a pas acquis ses droits. » (P3)

« [...] le fait que les personnes ne soient plus autonomes, n'aient plus de chambre à elles [...], ce sont des choses qui me reviennent souvent. » (M3)

« [...] est-ce que c'est ça la priorité aussi ? Quand tu vois les déterminants sociaux [...] si on s'occupait déjà de ça pour améliorer la santé mentale, ce serait déjà un pas [...] » (I1)

« [...] c'est souvent par ce biais-là que la confiance peut se lier dans un tout premier temps, c'est parce que la personne est tellement bloquée au niveau de sa situation sociale qu'elle a besoin d'une personne pour être à ses côtés pour l'aider à y voir plus clair et démêler toutes ces personnes qui sont soi-disant dans son réseau de soutien ou d'aide. [...] pour qu'on puisse se sentir bien et pour qu'on puisse commencer à dire des choses, il faut qu'on se sente accueilli et donc c'est le propre d'autres services aussi » (A1)

L'anthropologue insiste également sur l'importance de cette approche globale, et plus particulièrement en ce qui concerne l'écoute et les démarches en réseau :

« XXX a cette spécificité de proposer un accompagnement global de la personne, partant de cette idée qu'on peut pas séparer la question de la souffrance psy, de la situation sociale hyper précaire et parfois vraiment violente que subissent ces personnes. [...] c'est un accompagnement global où il y a une écoute globale de la situation de la personne et beaucoup de démarches en réseau. » (A1)

En outre, certains participants rappellent la complexité des procédures administratives ainsi que la difficulté pour des personnes migrantes d'accéder aux services nécessaires. Cela complique sans aucun doute la prise en charge par les professionnels et ne permet bien souvent pas un suivi optimal des personnes migrantes :

« La partie socio-administrative et l'accès aux soins qui n'est pas facile. [...] les délais sont tellement longs que les gens sont parfois déplacés d'ici-là [...], le manque de stabilité est à prendre en compte. » (M1)

« [...] il existe des centres spécialisés dans la prise en charge de la santé mentale des migrants mais ce sont des centres saturés. » (M2)

« [...] on ne peut pas orienter dans le système parce que c'est saturé [...] » (P3)

Enfin dans la continuité des entretiens concernant la prise en charge de la santé mentale des migrants, certaines propositions émergent comme des cours de langue ou des activités en

groupe afin de favoriser l'intégration de ces personnes dans leur nouveau pays d'accueil ainsi que l'écoute et l'ouverture à d'autres réalités et d'autres points de vue :

« Rien que pour l'apprentissage de la langue, je vais plus proposer des activités [...], je multiplie les propositions de structures pour augmenter leur boîte à outils [...] » (M1)

« On propose aussi de participer en groupe [...] permet de travailler certaines choses, le sentiment d'appartenance [...] avoir un groupe d'appui, de référence. » (P2)

« [...] d'encourager des femmes à faire des sports de groupe, des activités collectives [...] il y a aussi des petites formations qui peuvent se faire. [...] Ceux qui ne parlent pas vraiment le français, vraiment les encourager à apprendre la langue parce que c'est la base de l'autonomie aussi. » (M4)

« Mais souvent, pour des personnes pour qui ça semble être plus compliqué d'évoquer cette idée d'une souffrance ou d'une difficulté de santé mentale, c'est de dire, mais voilà, on peut vous proposer un espace confidentiel pour vous, pour ne pas que vous soyez seul face à ces difficultés. [...] le fait de pouvoir se rassembler à plusieurs, de partager ces différents points de vue, ça peut parfois les aider [...] dans les espaces communautaires. [...] intégrer une dimension plus collective à l'offre de soins est incontournable pour des personnes qui cumulent des ruptures, qui sont confrontées à un monde qui est perçu comme hostile. » (A1)

3.5 Travail en équipe multidisciplinaire et diversifiée

Afin de favoriser une approche globale, la multidisciplinarité ainsi que l'interdisciplinarité semblent être des aspects importants pour l'intégration du processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale de la population migrante. La totalité des participants l'a évoqué lors des entretiens semi-directifs. Certains collaborent plutôt avec des professionnels dans le domaine juridique afin de suivre la procédure de demande d'asile, d'autres plutôt avec des professionnels dans le domaine social afin d'accompagner les personnes dans la recherche d'un logement ou d'un travail, si leur statut le leur permet. Une prise en charge optimale se traduit selon eux par la complémentarité des différents intervenants qui vont permettre au patient migrant de soulager sa santé mentale en l'aidant à s'intégrer dans son nouveau pays d'accueil :

« On a une réunion par semaine où on échange des informations entre médecins, infi, psy, sage-femme et l'admin, les informations sont assez fluides. Les résidents ont aussi des

personnes qui les voient tous les jours comme les accompagnants de vie ou les assistants sociaux qui ont un rôle primordial de nous informer [...]. Il y a une grande collaboration quand même. » (P1)

« On travaille avec des interprètes, 80% de nos consultations sont avec interprètes [...], la multidisciplinarité est un outil [...], les collègues sont des ressources importantes pour nous aussi. » (P2)

« [...] on n'a pas la choix que d'être au courant de toutes les difficultés psychosociales de nos patients [...], on essaie de garder de bons contacts avec les centres d'hébergement [...] il y a beaucoup de travail avec les avocats aussi, pour gérer tout le côté juridique [...] » (P3)

« [...] parfois on fait appel à des interprètes ou des médiateurs culturels, ce sont des choses qui selon moi sont nécessaires. » (M2)

« Ici on travaille avec des avocats [...] je travaille avec mes collègues assistants sociaux et médecins pour les dimensions somatiques et sociales. » (P4)

« Parfois on a aussi un psychiatre qui vient sur place si c'est vraiment urgent. » (M3).

Selon l'anthropologue, cela passe également par un travail en réseau :

« Le travail en réseau est fondamental. » (A1)

De plus, la diversité culturelle au sein de certaines équipes est soulignée comme une force et un atout dans l'appréhension de certaines situations :

« Une autre particularité aussi c'est qu'on est multiculturel. Cela permet une certaine confiance et une ouverture avec les patients. » (P2)

« [...] la diversité au sein de notre maison médicale, [...] l'accueil, heureusement qu'on les a parce que parfois dans les réunions elles nous disent « fais quand même attention à ça et à ça » [...] » (I1)

« Souvent, je peux parler en arabe avec eux et donc ça facilite le contact. » (M4)

3.6 Collaboration avec l'interprète et le médiateur culturel

Il semble transparaître dans les entretiens que la communication avec les personnes migrantes n'est pas toujours facile. En effet, les professionnels de la santé semblent souvent se trouver confrontés à des personnes ne parlant pas la même langue qu'eux. Cette barrière

linguistique, souvent identifiée comme frein important dans l'échange, peut d'ailleurs réellement mettre à mal celui-ci :

« La barrière linguistique est une première source de mal compréhension, ce n'est pas toujours facile de se faire comprendre. Tant eux dans leur pathologie, tant moi dans la prise en charge. Beaucoup de personnes ne se sentent pas écoutées et entendues [...] » (M1)

« Un deuxième gros élément qui est complexe dans la prise en charge est la communication avec ces personnes, c'est la langue, elles parlent une autre langue. Soit on parle français ou anglais mais parfois ce n'est pas le cas. » (P1)

*« [...] ça dépend du facteur de la langue, c'est compliqué avec les personnes qui ne parlent pas un mot de français. Les gens avec qui je ne peux pas communiquer c'est tout de suite très compliqué même si j'essaie de me faire comprendre avec des gestes, ça reste très sommaire. »
(M2)*

« La langue est le premier défi, ça c'est évident. » (P4)

« [...] ça dépend s'il y a la langue qu'on peut facilement parler oui ou non » (M3)

*« [...] il y a des difficultés par exemple avec les gens qui ont une barrière linguistique [...] »
(I1)*

De plus, l'anthropologue exprime que les personnes migrantes semblent avoir besoin d'une écoute singulière, adaptée à leur situation et leur vécu :

« [...] les personnes qui viennent d'ailleurs ont besoin d'une écoute adaptée par rapport à des souffrances qui seraient énoncées de façon culturellement différente que nous. [...] on a pleins de différentes façons de les mettre en contexte, de se les expliquer, de les énoncer, qui sont du côté de la culture, mais aussi au niveau de l'éducation qu'on a eue, de l'enfance qu'on a eue. » (A1)

C'est pour cette raison que nombreux d'entre les professionnels de la santé ont évoqué le rôle particulier qu'ont les interprètes, et parfois même les médiateurs culturels, durant leurs consultations. Ceux-ci permettent non seulement une communication plus aisée grâce à leur travail de traduction, mais ils permettent également une meilleure compréhension de chaque situation grâce à leur références culturelles pointues et parfois même d'être un levier dans certaines situations plus compliquées comme l'évocation de sujets tabous :

« A xxx on a une traductrice mais aussi une médiatrice culturelle. J'ai déjà beaucoup appris grâce à elle ! [...] ils sont un moyen de créer un meilleur tremplin vers un cours de langue [...] » (M1)

« [...] on a déjà des interprètes sur place [...] certains sont parfois même un peu plus formés que d'autres aux aspects de la médiation culturelle [...]. » (P3)

« Sans interprètes il ne se passe rien [...] ceux-ci sont des référents culturels qui sont intéressants [...] je prends beaucoup le temps de discuter avec eux après les séances pour avoir des infos parce que eux ils peuvent très rapidement, en entendant l'accent, la façon de parler des gens, me donner des infos utiles sur si quelqu'un est éduqué, son niveau social [...], ce sont des gens qui ont une bonne formation [...] avec l'idée que la langue et la culture pourraient apaiser des conflits ou permettre un meilleure compliance au traitement. » (P4)

Bien que ces interventions externes soient des outils intéressants pour intégrer le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes, elles peuvent également compromettre certaines rencontres. En effet, la présence d'une personne supplémentaire dans l'échange peut décourager la personne migrante à se livrer, l'interprète étant parfois une personne d'une autre culture, et biaise parfois certaines transmissions d'informations :

« [...] parfois problématique car quand la famille ou l'interprète vient interpréter, on perd parfois une partie de l'info [...] » (M1)

« Avec les interprètes, la parole passe par un intermédiaire qui va parfois changer un peu la phrase [...], c'est une personne en plus pendant la consultation donc parfois le cadre est un peu compliqué. [...] » (P1)

« [...] ça rajoute une personne dans la consultation donc ce n'est pas toujours facile [...] parfois c'est compliqué à mettre en place pour des raisons pratico-pratiques comme les horaires spécifiques ou les patients parfois en retard. » (M2)

« [...] elles peuvent avoir des craintes par rapport à des personnes qui sont des interprètes, qui sont repérées comme issues d'une autre communauté. » (A1)

Sans oublier que ces services semblent représenter un certain coût dans certaines institutions et être ainsi peu accessibles à certaines populations :

« [...] on peut demander une médiation culturelle [...] c'est parfois compliqué à mettre en place [...] de plus, c'est payant donc c'est parfois une barrière aussi. » (M2)

« On avait des contacts avec une médiatrice [...] le problème c'est que c'est payant hein [...] et à la fin tu ne réussis pas cette collaboration, c'est ça qui est dommage. » (I1)

3.7 Information et formation dans la prise en charge de la santé mentale

Afin d'intégrer et de considérer le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes, il semble important pour les professionnels de la santé interrogés de s'informer et de se former davantage à ce sujet. D'une part, certains s'informent par le biais de littératures scientifiques afin de d'améliorer leur « Evidence Based Medicine » :

« On essaie de continuer à lire des articles scientifiques, à ne pas rester sur ses acquis. On continue à se renseigner [...] » (P3)

« [...] rester ouvert et oui, par le biais de lectures ou de formations. » (A1)

D'autre part, et ce pour la plupart des participants, certains ont l'opportunité de se former à diverses thématiques concernant la dimension culturelle dans les soins. Cependant l'offre semble vaste et peu précise :

« Pas mal d'activités sont organisées, surtout pour la santé mentale mais parfois on se dit qu'il y a tellement ! » (M1)

« On fait une formation ici par rapport au cadre culturel et la rencontre interculturelle [...] » (P2)

« Plusieurs collègues sont en demande de se former en ethnopsychiatrie mais ce n'est pas facile car cela prend du temps. » (P3)

« J'ai l'impression qu'il y a beaucoup de formations mais qu'elles sont très générales [...] » (M3)

« Il y a pas mal de petites formations mais il faut un peu les trouver [...] » (M4)

Certains revendiquent même plus de propositions de formations afin d'être plus « armés » dans leur prise en charge spécifique et proposent l'obligation de certaines d'entre-elles données par des pair-aidants⁹ :

« J'aimerais bien me former dans le cadre de mon travail, je ne trouve pas qu'on ait assez de propositions, un petit peu d'offre mais pas assez [...], on devrait beaucoup plus avoir des outils pour être plus adapté dans notre prise en charge [...] il y a parfois trop de désir d'avoir tout de suite des résultats et donc on investit peu à long terme [...] je pense que si j'étais mieux formée je pourrais faire un meilleur travail. » (P1)

« Pour moi c'est quelque chose qui devrait être fait. Offrir enfin même imposer des formations obligatoires [...]. Certains n'ont parfois pas conscience de la réalité de terrain ce qui peut entraîner une mauvaise prise en charge. [...] c'est important dans le domaine de la santé et en particulier de la santé mentale. [...] des formations obligatoires [...] par des pairs-aidants qui vont permettre de raccrocher tout un public à la première ligne [...]. » (M2)

« [...] à la maison médicale on ne se forme pas assez [...] cela fait longtemps que je n'ai plus suivi de formations. » (I1)

Ils soulignent d'ailleurs l'importance de la sensibilisation à l'aspect culturel, et toute la place que ceci peut prendre, dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes :

« [...] je devrais être encore plus sensibilisée à ce qui existe [...], c'est hyper important d'intégrer ça autant que ça ne nuit pas à la personne, [...] » (M1)

« C'est vraiment élémentaire [...], ça peut aider pour l'alliance et le lien qui peut être créé avec la personne. » (P1)

« Fondamental [...], il faut aller chercher les informations ailleurs [...], on apprend pour répondre à la culture d'ici mais pas à la société actuelle. » (P2)

« On doit avoir une approche sensible à la culture [...] il faut former les professionnels à être sensibilisés. » (P3)

« [...] d'être sensibilisé à la différence ça oui, je pense que c'est essentiel. » (P4)

⁹ Les pairs-aidants sont des personnes qui ont elles-mêmes vécu l'expérience de la grande souffrance psychique et/ou sociale. Ils ont tiré un savoir de cette expérience de vie et ils souhaitent mettre cette expérience (en situation complexe) ainsi que leur expérience du rétablissement (expérience vers un mieux-être) au profit d'autres qui vivent des expériences similaires. (Bouhon, 2021)

Enfin, il semble également important pour les professionnels interrogés de rester attentifs à ne pas tomber dans une banalisation des maux et une généralisation des cultures. En effet, chaque patient migrant est différent et a le droit d'être considéré comme une personne en souffrance à part entière :

« On a parfois tendance à mettre toutes les cultures étrangères dans le même sac [...], parce qu'on voit ça tous les jours, [...] on banalise certaines choses. » (M1)

« On est vraiment tellement habitués à ces différences culturelles, [...] ce sont des notions de base sur lesquelles on ne revient plus trop c'est vrai [...] on généralise parfois un peu alors que chaque pays et chaque personne sont différents [...] » (P1)

« Je me suis tellement habituée à travailler avec les personnes de tout horizon que maintenant j'aborde les choses de la même manière [...] maintenant je suis tout à fait formée et même déformée à prêter attention à ces questions-là [...] (P4)

« [...] en tout cas une attention à ne pas trop vite sauter à des conclusions ou enfermer la problématique dans une seule lecture possible et vraiment être à l'écoute de la personne, de ce qu'elle amène et ne pas être dans une confrontation ou renier ce qu'elle amène [...] » (A1)

3.8 Evaluation des interventions

Les interventions des professionnels de la santé doivent pouvoir être évaluées et leur efficacité mesurée. En effet, l'amélioration des interventions grâce à l'évaluation de celles-ci contribue en quelque sorte indirectement à la prise en compte du processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants. Bien que cela ne semble pas être une tâche évidente, plusieurs façons sont évoquées pour évaluer l'impact de celles-ci.

Tout d'abord, il semble ressortir des entretiens semi-directifs que la plupart des personnes migrantes sont envoyées vers des psychologues par les médecins ou infirmiers qu'elles voient au préalable, et qu'elles viennent rarement d'elles-mêmes. Les demandes propres semblent rarement exprimées bien que le besoin de recourir à des soins de santé mentale soit clairement identifié par les professionnels de santé. Certains semblent tout de même impressionnés par leur volonté d'aller mieux et de se prendre en charge :

« [...] on me les envoie même si je pense que tout le monde devrait avoir accès [...] » (P1)

« [...] on parle d'un moment de crise pour le patient et qui vient souvent envoyé par quelqu'un [...]. Ce sont plutôt les autres qui m'envoient la personne. » (P2)

« Les personnes arrivent rarement en premier lieu chez un psy [...] on va leur proposer ou certains vont demander. » (P3)

« Une demande exprimée ? Pas tant que ça. Mais des gens qui se rendent compte qu'ils ont besoin d'un soutien psy que je propose, oui. » (M2)

*« [...]c'est rarement eux qui vont faire la démarche vers nous pour ce problème-là [...] »
(M4)*

En ce qui concerne le suivi, bien que crucial dans la prise en charge de la santé mentale, celui-ci est compliqué à mettre en place, surtout dans les centres d'urgence, pour diverses raisons ; l'accès difficile car les centres sont saturés, le turn-over des professionnels... :

« [...] nous ne faisons pas de suivi, les médecins changent tous les jours [...] pour les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ce n'est pas idéal du tout. » (M1)

« [...] je trouve ça frustrant de laisser des personnes qui vont très mal sans suivi. » (P1)

« [...] l'envoyeur est recontacté. A la suite de cela on choisit quel est le professionnel le plus adapté pour les besoins spécifiques du patient. » (P2)

Même dans les maisons médicales, où le suivi fait partie intégrante de la philosophie de ce type de structure, celui-ci ne semble pas toujours évident non plus, la santé n'étant pas la priorité de la population migrante :

« [...] ce qui est intéressant avec les personnes migrantes c'est qu'en fait, elles ne viennent pas souvent, d'abord parce que je pense que la santé ce n'est pas leur priorité. [...] Il y a aussi toujours un peu, j'ai l'impression, cette gêne de ne pas vouloir embêter ou de ne pas vouloir faire de vagues autour d'eux. [...] Leur suivi médical n'est pas toujours régulier ou toujours très facile à organiser. » (M4)

De ce fait, l'évaluation à proprement parler est complexe. Celle-ci se base principalement sur les ressentis des professionnels et les retours de certains collègues. Bien qu'elle serait fortement appréciée, l'évaluation quantitative de l'amélioration de l'état de santé mentale est impossible. La seule dimension réellement objective serait l'évolution positive des symptômes chez les personnes migrantes :

« Je ne fais pas un DSM et rarement une échelle de dépression [...], les traducteurs et les aidants admin qui sont là quasi tous les jours, ils viennent nous faire des retours en disant

« ce patient est revenu, il a été voir un tel ou un tel, il te remercie, quand on lui demandait comment il allait, il allait mieux ». » (M1)

« C'est très difficile de juger car on a peu de retours [...] parfois on a des retours d'autres professionnels mais c'est impossible de mesurer quantitativement. [...] on essaie de donner le plus d'outils possibles [...] c'est ce qui est le plus utile, quand une personne peut se raccrocher à un outil concret. » (P1)

« La récupération des ressources. Quand je commence à sentir que les personnes peuvent me parler de certaines choses, qu'elles me parlent de projets, qu'elles arrivent à rigoler [...] La situation n'a pas bougé mais la façon de parler d'elle-même est différente. » (P2)

« J'aimerais qu'on en arrive à une vraie analyse de nos pratiques et les résultats qu'on atteint et ceux qu'on aimerait atteindre, avoir de vrais indicateurs à chaque fois. [...] on a parfois certains éléments purement objectifs comme l'amélioration des symptômes [...] » (P3)

« [...] c'est de voir que la personne a moins de symptômes, moins de flashback, qu'elle dort mieux, qu'elle peut faire plus de choses [...] » (P4)

« Si elle a été voir un psy, [...] s'il arrive à faire des activités [...] si je vois qu'il y a une modification de l'expression des plaintes. » (M4)

Pour l'anthropologue, évaluer l'amélioration de l'état de santé mentale d'une personne migrante serait plutôt d'ordre d'intégration dans la société :

« [...] ces personnes peuvent commencer, on l'espère, à se reconstruire tout doucement, à se créer cette nouvelle identité composée, à trouver du travail, à se rendre/ se sentir utile. [...] tisser des nouvelles relations, créer son propre réseau de soutien, ne pas simplement subir ces difficultés de santé mentale ou ses difficultés physiques, mais savoir à qui s'adresser, se sentir mieux outillé pour aller trouver des solutions, des sources de soutien dans des moments de difficulté. [...] Pouvoir s'investir dans sa société d'accueil. » (A1)

Mais d'ordre culturel et identitaire également :

« [...] le plus influent sur la santé mentale, c'est de pouvoir peut-être avoir une relation plus apaisée avec la culture qui a été laissée derrière soi. [...] d'avoir ce sentiment plus apaisé par rapport à cette partie de son identité, [...] de pouvoir avoir une relation un peu plus apaisée avec la culture de la société d'accueil. » (A1)

L'unique infirmière de l'échantillon se positionne quant à elle aussi concernant la thématique de l'évaluation des interventions en santé mentale en déplaçant la responsabilité de l'évaluation sur les médecins :

« [...] en tant qu'infi, je ne fais pas vraiment d'évaluation, ce sont plutôt les médecins qui font ça [...] » (I1).

Selon plusieurs intervenants, l'état et l'évolution de leur santé mentale dépendra de comment les personnes migrantes seront accueillies dans leur nouveau pays mais aussi l'état d'esprit avec lequel les professionnels prendront en charge ces personnes fragilisées :

« L'ouverture d'esprit pour l'accueil, pour tous les professionnels de la santé. Ils ont tous un rôle à jouer. [...] » (P2)

« Arrivés ici, l'accueil qui leur est réservé fera toute la différence [...], il faut absolument un vrai accueil, avec logement, hébergement, soutien [...] si on ne donne pas ça, on ne permet pas aux gens d'aller bien. » (P4)

« [...] une meilleure politique d'accueil, je pense que ça c'est en fait la base. » (M4)

« [...] soigner l'accueil de chaque personne dans sa singularité, c'est essentiel. » (A1)

Partie IV : Discussion

A l'issue des résultats de cette étude, plusieurs stratégies mises en place par les professionnels de la santé pour intégrer le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes ont été identifiées. Bien que ce processus semble souvent être intégré de manière indirecte et parfois inconsciente - car les professionnels ne semblent pas toujours sensibilisés au processus d'acculturation - les stratégies mises en lumière sont essentielles dans ce contexte spécifique. En effet, en les appliquant, les professionnels de la santé adoptent en réalité une **approche globale** de la santé mentale, se manifestant à travers divers aspects des pratiques mises en œuvre. Rappelons d'ailleurs que prendre en compte la santé mentale des personnes migrantes favorise déjà l'approche globale de leur santé en général. Plutôt que de segmenter la personne au travers d'une conception mécaniste du corps, l'approche globale de la santé se base sur la conception de l'être humain comme un tout (physique et mental), en perpétuelle interaction avec son environnement social et physique, et remet ainsi le modèle biomédical dominant en cause. (Penser la Santé Autrement : Vers une Approche Globale et Féministe ? - Éducation Santé, s. d.)

Culture et migration comme déterminants sociaux de la santé mentale

Les résultats ont montré que les migrants sont souvent confrontés à un bain de cultures dont certains aspects se manifestent à travers les défis rencontrés durant les échanges entre professionnel et patient migrant. Ces aspects culturels restent pour eux des points de repère et une manière de s'identifier, même si la notion de culture peut se perdre durant le périple migratoire. En effet, la culture et la façon dont un individu la perçoit peut être influencée par le contexte dans lequel il vit. Kirmayer et al. (2013) soulignent d'ailleurs que les cultures, en tant que systèmes de connaissances et de pratiques, sont essentielles à notre identité. Même après des changements profonds, nos antécédents culturels influencent notre comportement, comme les accents, les styles de gestes et les habitudes de vie. Le concept de culture inclut des modèles cognitifs, des connaissances, des discours et des pratiques situées dans des interactions et des institutions sociales. La signification de la culture implique aussi l'altérité, définissant un groupe ou une communauté comme distincts par des éléments tels que l'origine, la langue, la religion et le mode de vie. (Bäårnhielm, 2016) La culture impliquant en réalité une grande dimension identitaire, semble donc importante à prendre en compte lors de la prise en charge de la santé

mentale des personnes migrantes et peut d'ailleurs être considérée comme déterminant social de la santé.

En effet, selon la définition de l'OMS, les déterminants de la santé sont les « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations* ». Les professionnels de la santé interrogés ont ainsi pu mettre en avant le fait que la culture influençait d'une certaine manière la santé mentale des migrants à travers les croyances et tabous y étant associés. Dans beaucoup de cultures, la santé mentale ne se discute pas, celle-ci étant souvent liée à des expériences surnaturelles comme la magie ou des sorts jetés. Kirmayer et al. (2013) expliquent ceci comme des expériences de détresse physique ou émotionnelle qui mobilisent les systèmes culturels de connaissances pour tenter de donner un sens au problème. (Kirmayer et al., 2013)

C'est pour cette raison que prendre en compte les représentations des personnes migrantes semble être, pour beaucoup, la base essentielle de la création de liens et de confiance. Cette approche est fondamentale pour intégrer le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants et favoriser l'approche globale. Considérer la personne en partant de ses propres repères permet une ouverture réciproque et prend en compte la culture comme déterminant social de la santé. La prise en compte de la culture devrait d'ailleurs constituer le point de départ pour comprendre la situation et le point de vue des patients, en intégrant également tous les aspects sociaux et structurels pertinents, selon Savas et al. (2024). De plus, cela permet d'établir des parallèles entre leurs représentations et les nouvelles normes auxquelles elles sont confrontées dans leur nouveau pays, facilitant ainsi la psychoéducation et la vulgarisation de certaines informations.

Aucun intervenant n'évoque l'utilisation d'outils spécifiques pour faciliter l'échange en tenant compte de l'aspect culturel. Beaucoup fonctionnent au « feeling » et s'adaptent au fur et à mesure de leurs rencontres avec les personnes migrantes. Pourtant, un outil d'évaluation des facteurs culturels et contextuels, figurant dans le manuel de diagnostic DSM-5, existe : l'entretien de formulation culturelle (EFC). Grâce à une série de 16 questions, l'EFC permet de mieux comprendre le contexte culturel de chaque patient, y compris son idiome culturel, ses expressions de détresse, ses modèles explicatifs, ses stratégies d'adaptation et son identité. (Bäärnhielm, 2016)

En outre, la migration pourrait également être considérée comme un déterminant social de la santé. Le Dictionary of epidemiology donne une définition proche de celle de l'OMS : « *un*

déterminant est un facteur, qu'il s'agisse d'un événement, d'une caractéristique, ou de toute autre entité définissable, qui provoque un changement de l'état de santé ou d'une autre caractéristique définie ». (Alla, 2016) La migration étant considérée comme un événement dans la vie d'une personne migrante répond ainsi à la définition ci-dessus en impactant la santé mentale de cette personne. En effet, le statut d'immigrant représente une forme d'inégalité quotidienne qui peut être omniprésente et inéluctable, selon Castañeda dans National Academies of Sciences (2018). Selon les différents auteurs, « *considérer l'immigration comme un déterminant social de la santé peut offrir une nouvelle et précieuse façon d'examiner les liens entre l'immigration et la santé* ». (National Academies of Sciences, 2018)

Il est intéressant de noter que la majorité des participants interrogés ne semblaient pas connaître le concept d'acculturation, fortement lié aux concepts de culture et de migration. Bien que les défis de la rencontre interculturelle entre soignants et patients migrants ainsi que les différents déterminants de la santé soient bien connus, il n'est pas toujours évident de déterminer si les professionnels de la santé y sont suffisamment sensibilisés. Les connaissances des professionnels influençant directement leurs pratiques, il est crucial de les conscientiser davantage à l'importance de la prise en compte de ces déterminants sociaux de la santé afin de garantir une prise en charge optimale de la santé mentale des personnes migrantes en y intégrant le processus d'acculturation. En effet, Savas et al. (2024), expliquent de manière explicite dans leur article que la première étape pour améliorer l'accessibilité, l'acceptabilité, la qualité et la confiance dans les soins de santé pour les réfugiés et les migrants consiste à utiliser les normes existantes en adaptant et en appliquant de manière réfléchie les recommandations et les lignes directrices au contexte local et professionnel spécifique, y compris en matière d'enseignement et de formation.

Sensibiliser davantage permettrait également d'éviter le risque de banalisation qui existe. Bien que certains professionnels de la santé l'aient souligné, il est essentiel de rester vigilants afin de ne pas généraliser les cultures et de ne pas les amalgamer. Chaque culture est unique et comporte ses propres nuances et spécificités. Il est donc important de traiter chaque patient de manière individualisée, en tenant compte des particularités culturelles spécifiques et en évitant les stéréotypes. Cela permet de garantir une prise en charge respectueuse et adaptée, qui valorise la diversité et la singularité de chaque individu en favorisant l'approche centrée sur le patient.

Enfin, il ne faut pas oublier que la santé mentale représente également un déterminant de la santé (personnel) pouvant être impacté par d'autres déterminants. Il est important de les considérer comme un tout, en interaction les uns avec les autres. Ceux-ci peuvent être les causes et

conséquences de chacun, cette vision s'intégrant dans l'approche globale de la santé. Puisque la santé mentale n'est pas aussi objectivement mesurable que la santé physique, il est essentiel de prendre en compte les déterminants de la santé qui peuvent l'influencer (ou en être la conséquence). Les aspects personnels, sociaux, économiques et environnementaux doivent être intégrés dans toute évaluation ou intervention en santé mentale pour permettre davantage l'intégration du processus d'acculturation dans cette prise en charge spécifique et ainsi mieux comprendre et adresser les facteurs qui impactent le bien-être mental des personnes migrantes.

Une approche globale grâce à différents professionnels

La multidisciplinarité, faisant partie intégrante de l'approche globale, est également soulignée dans les résultats. Plusieurs professionnels semblent être impliqués d'une façon ou d'une autre dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes. Ceux-ci répondent soit aux besoins directement liés à la santé mentale, soit aux autres besoins exprimés par cette population fragilisée. En raison de leur situation instable et des nombreuses barrières auxquelles les personnes migrantes sont confrontées, la multidisciplinarité ainsi que l'interdisciplinarité dans leur prise en charge est essentielle. Dans une vision holistique de la santé, elles permettent finalement de prendre correctement en charge les différents déterminants de la santé mentale des migrants.

Les acteurs sociaux et juridiques

Les procédures administratives sont longues et éprouvantes pour les personnes migrantes, et l'environnement dans lequel elles se retrouvent est souvent très stressant. Selon les professionnels interrogés, beaucoup de migrants, en particulier les primo-arrivants, semblent accorder peu d'importance à la prise en charge de leur santé mentale. En effet, une grande partie de leurs besoins primaires n'étant pas respectés, ces derniers prennent le dessus sur leur santé mentale.

C'est pourquoi les professionnels du domaine social et juridique jouent un rôle crucial auprès de cette population défavorisée. Sollicités pour répondre à leurs besoins primaires non satisfaits, ils contribuent à une prise en charge globale de leur santé mentale en abordant des déterminants de santé tels que le logement ou l'emploi. Leur perspective est complémentaire à celle des professionnels de la santé, permettant d'évaluer l'évolution de l'état de santé des migrants et d'ainsi collaborer avec les professionnels de la santé pour promouvoir « la santé et la capacité d'épanouissement » des patients migrants et des communautés. (Savas et al., 2024)

L'interprète et le médiateur culturel

Les rôles de l'interprète et du médiateur culturel semblent également particulièrement cruciaux. Ces professionnels facilitent la communication entre les patients migrants, qui parlent souvent une langue différente de celle de leurs soignants, et des équipes de santé. Leur présence permet non seulement de surmonter les obstacles linguistiques, mais aussi d'assurer une compréhension mutuelle des contextes culturels, ce qui est indispensable pour offrir des soins adaptés, de qualité et respectueux des spécificités de chaque individu.

En effet, le facteur linguistique, faisant sans aucun doute partie de la culture de chaque individu, est un élément important à prendre en compte dans la rencontre soignant-soigné issu de migration. Perçu comme frein important dans la communication, l'aspect de la langue est souvent identifié en premier lieu lors de l'évocation des différents défis rencontrés durant les entretiens semi-directifs. Pourtant, la communication est une composante importante dans l'accompagnement d'un patient, celle-ci ayant un impact sur la relation soignant-soigné et la sécurité des patients. (Dray et al., 2022) En effet, le risque de mauvaise interprétation ou de mauvaise compréhension existe, ainsi que la complexité d'une description précise de certains symptômes. Ceci peut ainsi parfois mener à des erreurs de diagnostic pour le professionnel ou de médication pour le patient, particulièrement dans des situations plus stressantes ou urgentes. (De Moissac & Bowen, 2018)

Dans le cadre des soins de santé mentale, la communication par la langue y est particulièrement importante car le dialogue entre les patients et les praticiens est au cœur de l'évaluation diagnostique et du traitement. Le manque d'attention à la langue et à la culture peut empêcher l'établissement d'une communication et d'une confiance adéquate entre le patient migrant et le professionnel de santé. (Brisset et al., 2013)

Selon Dray et al. (2022), l'utilisation de services d'interprétariat réduit les erreurs de communication liées aux difficultés de traduction, améliore la compréhension des patients et est indispensable pour garantir l'égalité d'accès aux soins pour tous les patients. Cependant, l'accessibilité de ces services n'est pas toujours optimale, notamment en raison de contraintes financières. Les professionnels travaillant dans des maisons médicales soulignent que les interprètes y sont moins accessibles que dans les centres d'accueil d'urgence, où leur présence est plus fréquente.

De plus, certaines personnes ont parfois recours à des interprètes dits « non-professionnels » tels que des membres de la famille ou des amis. Bien que cela paraisse plus simple pour les soignants, le patient préférant communiquer avec une personne de confiance, cela n'a pas toujours des effets très positifs. En effet, ceux-ci méconnaissent souvent le langage médical ce qui peut poser problème lors de la traduction. Par ailleurs, la perte d'informations existe et ce moyen de communication ne respecte pas totalement le cadre professionnel, ne se déroulant pas dans le respect de l'autonomie et de l'intimité du patient. En effet, cette pratique soulève des questions de confidentialité et de respect du secret médical entre le patient et le membre de la famille chargé de la traduction. (Dray et al., 2022)

Qu'ils soient professionnels ou non, les interprètes peuvent parfois compromettre certains échanges. La présence de cette personne supplémentaire peut dissuader le patient migrant de se confier, par crainte de ne pas être bien compris ou d'être jugé. Cette dynamique peut créer une barrière supplémentaire, où le patient se sent moins à l'aise pour partager des informations sensibles ou personnelles. De plus, l'interprète, même s'il est professionnel, peut involontairement influencer la conversation, introduisant des biais ou des malentendus.

En outre, les médiateurs interculturels ne doivent pas être considérés comme des intervenants provisoires mais plutôt comme des acteurs à part entière dans la dynamique de soins. (Dauvrin et al., 2010) L'empathie, la sensibilité culturelle et une communication de qualité, avec le soutien de la médiation culturelle et des interprètes, sont essentielles pour créer la confiance auprès de la population migrante. (Savas et al., 2024)

Enfin, ce qui est intéressant de souligner est qu'au cours des entretiens réalisés, la barrière linguistique semblait moins être présente dans le cadre d'une pratique professionnelle en maison médicale que dans des centres d'accueil de première ligne. Ceci pourrait être lié au fait que la majorité des personnes consultant en maison médicale ait déjà eu un minimum de temps pour s'intégrer dans leur nouveau pays d'accueil et à apprendre une nouvelle langue, ou tout simplement grâce à la diversité des équipes.

Les professionnels de santé

Il est intéressant de noter que les problèmes de santé mentale sont souvent associés exclusivement aux psychologues. Durant le recrutement des participants, les médecins et infirmières ont fourni peu de retours, préférant orienter les candidats vers des psychologues. Or, ceux-ci ont un rôle crucial à jouer dans la prise en charge de la santé mentale, qui devrait

être intégrée aux soins de santé primaires. Leur participation est essentielle, que ce soit pour la prévention, très peu abordée durant les entretiens semi-directifs, ou pour la détection de problèmes de santé mentale. En agissant à leur niveau, ils deviennent des partenaires complémentaires des psychologues, contribuant de manière significative à une prise en charge globale et efficace de la santé mentale des migrants.

Les résultats ont également démontré l'importance de l'éducation et de la littératie en santé au sein de la rencontre. Cette dernière étant définie comme « *la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie* » va, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) « *au-delà de l'aptitude à lire des brochures et à prendre des rendez-vous* ». Elle repose essentiellement sur l'aptitude à obtenir, à comprendre, à interpréter et à évaluer l'information sur les soins et les services de santé afin d'être en mesure de prendre des décisions appropriées. (Dray et al., 2022) En effet, il semble plus compliqué pour les professionnels de bien prendre en charge la santé mentale des patients quand ceux-ci sont peu éduqués et qu'ils ont peu de notions en matière de santé. De plus, bien que la communication et la littératie en santé soient deux concepts bien différents, ils sont tout de même fort liés. Les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer en ce qui concerne l'information et l'éducation à la santé des personnes migrantes mais également en ce qui concerne la collaboration avec les interprètes afin que certaines informations médicales soient correctement transmises.

Les professionnels de la santé doivent également être conscients de la place de la psychosomatique et la prendre en compte dans leur prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes. En effet, ce concept défini comme « *une approche systématique d'analyse des relations entre les processus psychiques et des manifestations physiques pathologiques* » (Del Volgo, 2003), semble important à prendre en compte et est d'ailleurs souligné par différents intervenants. Celle-ci permet non seulement d'identifier des troubles psychiques exprimées par des symptômes physiques, mais aussi de verbaliser plus facilement certaines douleurs internes pour certaines personnes. Elle contribue ainsi à une approche plus holistique de la personne. De plus, le potentiel de la médecine psychosomatique à enrichir les soins de santé globaux dépasse la seule dimension psychiatrique. Il englobe également l'intégration des connaissances sur les facteurs individuels, culturels et contextuels qui interagissent avec divers facteurs comportementaux influençant la santé (Bauer et al., 2010), ce qui est particulièrement pertinent pour la population migrante.

Enfin, le rôle de l'infirmier dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes semble pertinent à questionner. La seule infirmière interrogée ne semblait pas spécialement concernée par son rôle à jouer en déplaçant, par exemple, la responsabilité de l'évaluation des interventions sur les médecins. Pourtant, l'intervention de l'infirmière a tout autant son importance que celle des autres professionnels de la santé. En effet, sa mission de prévention et de soutien est cruciale comme complémentarité aux autres interventions ainsi que de suivi et d'observation.

Le rôle de l'anthropologue

Finalement, il serait pertinent de reconsidérer la place de l'anthropologue dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes. L'anthropologue incluse dans l'échantillon final, bien qu'elle ne répondait pas initialement aux critères de sélection, joue un rôle crucial dans les activités communautaires du centre où elle travaille. Ces professionnels apportent une perspective unique et complémentaire sur les questions migratoires, différente de celle des autres professionnels de la santé. D'ailleurs, dans la pratique clinique, la perspective anthropologique encourage les professionnels de la santé à adopter une « curiosité » empathique envers les patients et les communautés, ce qui leur permet de mieux comprendre ce qui est véritablement en jeu pour ces personnes. (Savas et al., 2024)

Ainsi, il serait également intéressant de réexaminer la définition de « professionnel de la santé ». L'anthropologue, par ses observations et interventions, offre des réponses similaires à celles des professionnels de la santé durant les entretiens semi-directifs, et semble contribuer significativement à la prise en charge de la santé mentale des migrants. Dès lors, ne devrions-nous pas élargir ou redéfinir le concept de professionnel de la santé pour inclure ceux qui, bien que n'ayant pas une formation en santé, ont un impact notable dans ce domaine ?

L'approche communautaire de la santé mentale

L'approche communautaire comme dimension importante dans l'approche globale de la santé n'a pas été réellement évoquée durant les entretiens semi-directifs par les professionnels de la santé. Pourtant, cette approche définie comme une pratique fondée sur un système de solidarité et de dialogues horizontaux entre pairs, verticaux entre diverses couches professionnelles, sociales et générationnelles, et durables, prenant en compte les générations présentes et futures, pourrait être davantage utilisée dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale des migrants. En effet, cette pratique repose sur une base collective locale,

impliquant la population dans le diagnostic collectif des problèmes et des potentialités, et intégrant les dynamiques sociales. (Morel, 2007)

En accordant davantage d'importance à ce type de pratique et en l'intégrant à la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes, plusieurs aspects sont favorisés, dont l'intégration du processus d'acculturation et la prise en compte des différents déterminants sociaux. Selon Savas et al. (2014), les approches participatives et l'engagement de la communauté sont d'une grande valeur pour créer la confiance, du niveau individuel au niveau de la communauté.

De plus, l'intégration de personnes migrantes, ayant stabilisé leur situation, dans le cadre de formations, serait intéressant dans le cadre d'activités communautaires. Ces individus, en qualité de pairs-aidants, pourraient apporter une contribution précieuse aux professionnels de la santé en partageant leur expérience personnelle. En intégrant des pairs-aidants migrants, on favorise non seulement un échange d'expertise mais également un enrichissement mutuel. Ceux-ci peuvent offrir des perspectives internes sur les défis spécifiques que rencontre cette population, fournissant ainsi des « insights » que les professionnels de la santé, malgré leur formation, pourraient ne pas pleinement appréhender.

Limites

Bien que l'analyse des résultats ait été relue par la promotrice de ce mémoire, la réalisation et l'analyse des entretiens ont été effectuées par une seule personne. L'absence de perspectives multiples sur ces entretiens peut introduire une certaine subjectivité dans leur interprétation, surtout dans le cadre d'une recherche qualitative. Ceci peut être d'autant plus le cas que la personne ayant réalisé et analysé les entretiens travaille au sein d'une maison médicale et est en contact régulier avec des personnes issues de migration. Plusieurs participants sont d'ailleurs ses collègues directs, et le sujet l'affecte également directement.

L'objectif de ce mémoire de type qualitatif n'est pas d'atteindre des résultats généralisables à une plus grande échelle. Par ailleurs, la taille et la composition de l'échantillon ne sont pas représentatives de l'ensemble des professionnels travaillant avec des personnes migrantes. En effet, seule une infirmière est représentée dans l'échantillon final ainsi qu'un seul homme. Ceci peut être partiellement dû au manque d'intérêt de participation durant le recrutement des participants.

En outre, même si la saturation des données semble atteinte en raison des répétitions des intervenants, nous ne pouvons jamais en être totalement certains.

Concernant les entretiens semi-directifs, bien que la plupart aient été menés en présentiel et ont donc permis l'observation de l'environnement et des structures existantes, certains se sont tenus en distanciel. Ceci peut impacter certains échanges de par la mauvaise connexion et du coup d'une perte d'informations. De plus, certains participants étaient parfois limités dans le temps et ne pouvaient donc pas répondre à la totalité des questions dans le guide d'entretien ce qui biaise probablement certains résultats de l'étude. Deux intervenants sur les dix avaient également comme langue maternelle le néerlandais, ce qui empêchait parfois l'approfondissement de certaines questions et réponses. Dans le futur, le français comme langue maternelle pourrait figurer dans les critères de sélection afin de faciliter l'échange.

Partie V : Perspectives et recommandations

Ce mémoire étant plutôt exploratoire, il semble plus pertinent de proposer des approfondissements sur certains aspects plutôt que d'élaborer des recommandations basées sur des données limitées.

Perspectives et suggestions pour la pratique

Les perspectives et recommandations liées à l'intégration du processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants sont multiples. Il en ressort qu'une approche globale est primordiale, d'une part en accordant plus d'importance aux déterminants sociaux de la santé et en considérant la culture et la migration comme tels, et d'autre part, en intégrant davantage différents acteurs tels que les interprètes et médiateurs culturels ainsi que les anthropologues. La place de ces derniers dans la prise en charge de la santé mentale des migrants pourrait d'ailleurs davantage être discutée.

Plusieurs d'entre les professionnels interrogés cherchent à se tenir informés à travers des lectures scientifiques mais ils expriment surtout le désir de se former davantage sur ce sujet de plus en plus pertinent. Beaucoup déplorent l'offre de formation limitée et demandent plus de formations accessibles. Investir dans de telles formations serait bénéfique à long terme, permettant de mieux équiper les professionnels de la santé face à l'augmentation des flux migratoires.

Bien qu'il existe une certaine sensibilisation à l'importance de l'aspect culturel dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes, la réalité montre que peu d'interventions concrètes sont mises en œuvre. De plus, les initiatives de prévention et de promotion de la santé mentale dans ce contexte sont encore plus rares, aucun intervenant n'en ayant réellement parlé. Il est crucial de développer et d'implémenter des stratégies spécifiques et adaptées pour répondre efficacement aux besoins de cette population vulnérable, ainsi que de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé mentale auprès de ce public à plus grand risque.

Le service d'interprètes par exemple, pourrait être complété par la transmission de connaissances sur le fonctionnement du système de santé du nouveau pays d'accueil et en renforçant la compréhension des stratégies de promotion de la santé des personnes migrantes. Par exemple, un modèle utilisant des « communicateurs de santé » a été mis en œuvre dans certaines régions de Suède. Ces communicateurs de santé organisent des rencontres avec des

groupes de réfugiés nouvellement arrivés dans les communautés locales. Ils établissent une communication interactive dans la langue des réfugiés, les informant sur les stratégies de promotion de la santé générale et mentale, ainsi que sur les soins de santé du pays d'accueil. (Bäärnhielm, 2016)

De plus, certains outils, comme l'EFC, évoqué dans la partie discussion, sembleraient également intéressants à utiliser pour une meilleure compréhension du vécu du patient issu de migration ainsi que certains outils d'évaluation pour mesurer l'impact des interventions. Ceci permettrait de mieux adapter et personnaliser la prise en charge.

Enfin, axer certaines interventions sur une approche communautaire de la santé mentale semblerait intéressante à mettre en place. Des activités collectives permettent l'échange dans un environnement propice et offrent la possibilité de s'intégrer davantage dans la nouvelle communauté d'accueil comme dans le cadre de cours de langue. De plus, certaines personnes migrantes en situation plus stabilisée pourraient également y participer en les incluant en tant que pair-aidants. Cette approche participative valoriserait les compétences des migrants en renforçant leur sentiment d'utilité et d'intégration sociale.

Perspectives et suggestions pour la recherche

Afin d'hétérogénéiser l'échantillon et d'étendre la recherche, un plus grand nombre d'infirmiers et d'infirmières pourrait être recruté. De plus, intégrer davantage de professionnels de la santé masculins afin d'équilibrer le ratio homme-femme de l'échantillon serait pertinent. En effet, selon certaines sources, les femmes seraient plus sensibles que les hommes aux questions culturelles et psychosociales

Ensuite, il pourrait être intéressant d'interroger certaines fonctions comme les assistants sociaux ou les éducateurs dans les centres d'accueil pour personnes migrantes, étant donné leur complémentarité dans le travail multidisciplinaire de la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes. Ceci donnerait une vision plus globale grâce aux différentes perspectives.

Enfin, il aurait été intéressant de tester le guide d'entretien afin d'évaluer une première fois le temps nécessaire pour réaliser les entretiens semi-directifs et identifier les questions plus prioritaires et pertinentes à poser.

Conclusion

Depuis toujours, les mouvements de populations ont façonné les sociétés et les cultures à travers les continents, contribuant ainsi à la richesse et la diversité humaine. Le phénomène migratoire, en constante évolution, a de nombreuses répercussions. Sur le plan social et économique, mais également sur le plan de la santé, les migrants font face à des transformations majeures et à de nombreux défis. L'effet sur la santé mentale a été mis en évidence de manière spécifique dans ce mémoire.

Toutefois, bien que les conséquences sur la santé mentale soient relativement bien documentées, la prise en charge de cette population spécifique ne semble pas évidente, notamment en raison des disparités culturelles. Ce travail avait pour objectif de mettre en lumière les stratégies utilisées par les professionnels de la santé de première ligne pour intégrer le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants.

Les dix entretiens semi-directifs ont permis d'identifier huit stratégies mises en place par les professionnels interrogés. Celles-ci semblent intégrer de manière plutôt indirecte et inconsciente le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes. L'importance d'une approche globale a été soulignée en considérant davantage les déterminants sociaux de la santé comme la culture et la migration. En outre, la multidisciplinarité et la définition des rôles précis de chaque professionnel semblent cruciales pour cette prise en charge spécifique. Enfin, une attention particulière à la prévention et l'éducation à la santé mentale des migrants semble importante ainsi que d'axer davantage les interventions sur des activités en groupe dans la perspective d'une approche plus communautaire.

Plusieurs suggestions ont été élaborées pour tenter d'améliorer la pratique et d'approfondir la recherche mais pour pouvoir traiter le sujet de la santé mentale des migrants dans toute son ampleur, il convient avant tout de considérer la diversité culturelle comme une richesse. En effet, comme nous le rappelle l'anthropologue interrogée :

« Soigner l'accueil de chaque personne dans sa singularité, c'est essentiel [...] l'écoute et l'ouverture à d'autres réalités nous permet de nous ouvrir à d'autres manières de concevoir le monde. »

Bibliographie

acculturation - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert. (s. d.). <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/acculturation>

Alla, F. (2016). 3. *Les déterminants de la santé*. Dans : François Bourdillon éd., *Traité de santé publique* (pp. 15-18). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.bourd.2016.01.0040>

Bäärnhielm, S. (2016). Refugees' mental health—a call for a public health approach with focus on resilience and cultural sensitivity. *European Journal Of Public Health*, 26(3), 375-376. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw055>

Baptista, I., et al. (2016). Asylum Seekers, Refugees and Homelessness : The Humanitarian Crisis and the Homelessness Sector in Europe. *European Observatory On Homelessness*. <https://eprints.whiterose.ac.uk/111072/>

Bauer, A. M., et al. (2010). The Role of Psychosomatic Medicine in Global Health Care. *Current Psychiatry Reports/Current Psychiatry Reports*, 13(1), 10-17. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0162-2>

Belga, L. R. I. A. (2023). *122.300 nouveaux immigrés permanents en Belgique en 2022, l'immigration au plus haut dans les pays de l'OCDE*. Consulté le 4 mars 2024 sur <https://www.rtbef.be/article/122300-nouveaux-immigres-permanents-en-belgique-en-2022-limmigration-au-plus-haut-dans-les-pays-de-locde-11276346>

Berry, J. W. (1997). Immigration, Acculturation, and Adaptation. *Applied Psychology*, 46(1), 5-34. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>

Bouhon, J. (2021). Santé des migrants et bonnes pratiques. *Fédération des Maisons Médicales*. <https://www.maisonmedicale.org/Sante-des-migrants-et-bonnes/>

Brisset, C., et al. (2013). Language Barriers in Mental Health Care : A Survey of Primary Care Practitioners. *Journal Of Immigrant And Minority Health*, 16(6), 1238-1246. <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9971-9>

Carod-Artal, F. J. (2017). *Social Determinants of Mental Health*. Dans Springer eBooks (p. 33-46). https://doi.org/10.1007/978-3-319-59123-0_4

Castelli, F. (2018). Drivers of migration : why do people move ? *Journal Of Travel Medicine*, 25(1). <https://doi.org/10.1093/jtm/tay040>

Choy, B., et al. (2021). Systematic review : Acculturation strategies and their impact on the mental health of migrant populations. *Public Health In Practice*, 2, 100069. <https://doi.org/10.1016/j.puhip.2020.100069>

Constitution de l'OMS. (s. d.). Consulté le 14 avril 2024 sur <https://www.who.int/fr/about/accountability/governance/constitution>

Dauvrin, M., Geerts, C., & Lorant, V. (2010). Santé des migrants et bonnes pratiques : résultats belges du projet EUGATE. *Santé Conjuguée*, 51, 19-25. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:74647>

Dauvrin, M., Gysen, J., & Lorant, V. (2016). L'accès aux soins pour les personnes sans-papiers : un chemin parsemé d'embûches. *Revue Education Santé*, 324. https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal%3A182454/datastream/PDF_01/view

Définition : acculturation. (s. d.). <https://www.toupie.org/Dictionnaire/Acculturation.htm>

Définition d'un « migrant » selon l'OIM | International Organization for Migration. (s. d.). International Organization For Migration. <https://www.iom.int/fr/definition-dun-migrant-selon-loim>

Del Volgo, M. (2003). La médecine psychosomatique d'hier et d'aujourd'hui. *Actualité de la Psychanalyse*, 127-136. <https://www.cairn.info/la-douleur-du-malade--9782749201887-page-127.htm>

De Moissac, D., & Bowen, S. (2018). Impact of Language Barriers on Quality of Care and Patient Safety for Official Language Minority Francophones in Canada. *Journal Of Patient Experience*, 6(1), 24-32. <https://doi.org/10.1177/2374373518769008>

Dray, É., et al. (2022). Lever de la barrière linguistique dans la prise en charge médicale de patients allophones. *Santé Publique*, Vol. 34(6), 783-793. <https://doi.org/10.3917/spub.226.0783>

Funk, M., Benradia, I., & Roelandt, J. (2014). Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *L'Information Psychiatrique*, Volume 90(5), 331-339. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1203>

Hasanović, M., Šmigalović, D., & Fazlović, M. (2020). Migration and Acculturation: What We Can Expect in the Future. *Psychiatria Danubina*, 32(Suppl 3), 386–395.

Hayer, D. (2012). La culture : des questions essentielles. *Humanisme*, 296, 85-88. <https://doi.org/10.3917/huma.296.0085>

HCR - The UN Refugee Agency. (s. d.). La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés | HCR. HCR. Consulté le 14 avril 2024 sur <https://www.unhcr.org/fr/en-bref/qui-nous-sommes/la-convention-de-1951-relative-au-statut-des-refugies#:~:text=La%20Convention%20de%201951%20relative%20au%20statut%20des%20r%C3%A9fugi%C3%A9s%2C%20un,%C3%89tats%20pour%20assurer%20leur%20protection.>

Kennedy, S., et al. (2014). The Healthy Immigrant Effect : Patterns and Evidence from Four Countries. *Journal Of International Migration And Integration*, 16(2), 317-332. <https://doi.org/10.1007/s12134-014-0340-x>

Kirmayer, L. J., Rousseau, C., & Guzder, J. (2013). Introduction : The Place of Culture in Mental Health Services. Dans *International and cultural psychology/International and cultural psychology series* (p. 1-20). https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7615-3_1

Koen Dewulf (Éd.). (2021). *La migration en chiffres et en droits : Les cahiers du rapport annuel-Population et mouvements*. Dans Myria. https://www.myria.be/files/2021_Population_et_mouvements.pdf

Kohn, L., & Christiaens, W. (2014). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. *Reflets et Perspectives de la Vie Économique, Tome LIII(4)*, 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>

Lebano, A., et al. (2020). Migrants' and refugees' health status and healthcare in Europe : a scoping literature review. *BMC Public Health*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08749-8>

Larousse, É. (s. d.). *Définitions : migrant - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/migrant/51397>

Migrations | Statbel. (s. d.). Consulté le 12 mai 2024 sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mouvement-de-la-population/migrations#news>

Morel, J. (2007). L'approche communautaire de la santé : Une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques. *Fédération des maisons médicales*. <https://www.maisonmedicale.org/l-approche-communautaire-de-la/>

National Academies of Sciences, E., Division, H. and M., Practice, B. on P. H. and P. H., & Equity, R. on the P. of H. (2018). Immigration and the Social Determinants of Health. In *Immigration as a Social Determinant of Health : Proceedings of a Workshop. National Academies Press (US)*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535940/>

Origine | Statbel. (s. d.). Consulté le 12 mai 2024 sur <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population/origine>

Paquot, L. (2022). Dénombrement des personnes sans-chez-soi en région de Bruxelles-Capitale. Dans *Bruss'Help*. https://brusshelp.org/images/Rapport_denombrement_2022_FR.pdf

Peeters, J-C. (2023). *WFSP2282 : Réinsertion et réhabilitation sociales, syllabus de master en santé publique* [document non publié]. Université Catholique de Louvain. Woluwé Saint-Lambert.

Penser la santé autrement : vers une approche globale et féministe ? - *Éducation Santé*. (s. d.). <https://educationsante.be/penser-la-sante-autrement-vers-une-approche-globale-et-feministe/>

Réfugié, migrant, sans-papiers. . . Lexique & définitions – CIRE asbl. (2021). CIRE Asbl. Consulté le 25 avril 2024 sur <https://www.cire.be/publication/refugie-demandeur-dasile-migrant-lexique-et-definitions/>

Satinsky, E. N., et al. (2019). Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe : A systematic review. *Health Policy*, 123(9), 851-863. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.02.007>

Statistiques sur la migration vers l'Europe—Commission européenne. (s. d.). Consulté le 23 mars 2024 sur <https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/statistics-migration-europe>

Straßmayr, C., et al. (2012). Mental health care for irregular migrants in Europe : Barriers and how they are overcome. *BMC Public Health*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-367>

United Nations. (s. d.). *Migrants | Nations Unies*. Consulté le 24 mars 2024 sur <https://www.un.org/fr/fight-racism/vulnerable-groups/migrants>

Uphoff, E., et al. (2020b). An overview of systematic reviews on mental health promotion, prevention, and treatment of common mental disorders for refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. *Cochrane Library*, 2020(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd013458.pub2>

Virupaksha, H. G., Kumar, A., & Nirmala, B. P. (2014). Migration and mental health : An interface. *Journal Of Natural Science, Biology And Medicine*, 5(2), 233. <https://doi.org/10.4103/0976-9668.136141>

World Health Organization : WHO. (2022). *Santé mentale : renforcer notre action*. Consulté le 23 mars 2024 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

World Health Organization : WHO. (2021). *Santé mentale et déplacements forcés*. Consulté le 23 mars 2024 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>

Annexes

Annexe 1 : Synthèse des résultats des entretiens exploratoires

Pour rappel, l'échantillon des entretiens exploratoires est composé de cinq professionnels travaillant dans des domaines hétérogènes mais tous en lien avec la thématique de la migration. Les caractéristiques des participants sont repris dans la tableau ci-dessous :

<u>Professionnels</u>	<u>Fonction</u>	<u>Genre</u>	<u>Type de structure</u>	<u>Années d'expérience</u>
1 (A)	Psychologue	Femme	Centre d'accueil (d'urgence)	1 an
2 (B)	Juriste spécialisée en droit des étrangers	Femme	Aujourd'hui en tant que chercheuse en « droit et migration » mais avant au « Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) »	30 ans
3 (C)	Coordinateur social	Homme	Centre d'accueil de jour mixte pour personnes sans-abris	19 ans
4 (D)	Doctorante réalisant sa thèse sur: « Soins de santé pour tous : ethnicité, biais et soins de santé mentale, le cas de la médecine générale. »	Femme	Institut de recherche	4 ans
5 (E)	Infirmière	Femme	Centre d'accueil	1 an et demi

Tableau I : Récapitulatif des caractéristiques des participants des entretiens exploratoires

Les résultats émergeant de ces cinq entretiens exploratoires sont les suivants :

Tout d'abord, il semble primordial de préciser que tous les répondants ont insisté sur l'importance de définir les différents concepts liés au terme générique de « migrant ». En effet, selon (A) un migrant est « *quelqu'un qui part de son pays et qui va vers un autre* ». Selon (E), être migrant commence « *à partir du moment où on quitte notre culture, notre famille et tout ce qu'on a déjà connu, dans la recherche d'une vie meilleure* ». Enfin, « *nous sommes tous parfois un peu migrant finalement* », souligne (D). Néanmoins, au sein de ce terme global, différentes

« catégories » de migrants sont identifiées, définies en fonction de leur statut légal ou illégal, ou de la raison pour laquelle ils ont migré : les migrants de 1ère ou 2ème génération ayant migré pour des raisons économiques ou politiques, pour le regroupement familial, pour les études... ; les demandeurs d'asile (=demandeurs de protection internationale) ; les réfugiés ; les personnes en situation irrégulière...

NB : J'imagine qu'il existe encore d'autres catégories mais ce sont principalement celles-ci qui ont été évoquées pendant les entretiens.

Ce qui est intéressant à souligner dans le cadre de la définition de ces différents concepts est qu'en fonction du statut déterminé, une personne ne bénéficie pas des mêmes droits qu'une autre. La plupart des répondants ont insisté sur l'importance de passer par la demande d'asile, en tant que nouvel arrivant en Belgique, pour avoir accès à certains droits ; droit au logement et à l'accueil, droit à la nourriture, droit à un avocat, droit à des soins médicaux... De plus, ce statut spécifique permet d'être légal dans le pays d'accueil, le temps de la procédure. En effet, à la fin de celle-ci, le demandeur d'asile se voit accepter ou refuser sa demande d'asile par le CGRA . Dès lors, le demandeur d'asile reçoit un nouveau statut (souvent celui de « réfugié » et donc un permis de séjour de durée illimitée) ou il est renvoyé dans son pays, avec la possibilité de réitérer sa demande.

Les procédures d'asile et de régularisation sont souvent longues, complexes et éprouvantes. Madame (B) fait part de son ressenti lors des entretiens qu'elle réalisait ; « *Tu vois des gens brisés* ». En effet, le parcours migratoire est difficile. Elle évoque les trois étapes qui constituent ce parcours parfois interminable : ontologique (pré-départ), situationnel (départ), administratif (recherche de repères, peu de compréhension). Madame (A) raconte que les personnes qu'elles voient vont très mal ; « *[...] le bien-être psychologique des personnes est vraiment très fort impacté par ce qu'elle ont vécu au pays mais aussi par leur parcours migratoire [...], beaucoup de personnes qui finissent par être plus impactées au moment présent par leur parcours migratoire que par ce qu'elles ont vécu au pays tellement c'est long et éprouvant.* ». Pas étonnant que les symptômes de dépression et de syndrome de stress post-traumatique soient les plus rencontrés chez ces personnes-là, lors des entretiens avec madame (A). Le problème malheureusement est « *qu'on ne soigne pas en profondeur* », raconte-t-elle. Souvent redirigées vers d'autres centres plus « spécialisés », un suivi optimal de ces personnes n'est que rarement (bien) assuré. De plus, cela ajoute bien souvent de l'attente supplémentaire chez ces personnes en cours de procédures.

De plus, les professionnels rencontrent souvent d'autres problématiques durant leurs échanges et observations sur le terrain. La barrière culturelle à laquelle ils sont confrontés ne facilite pas toujours la rencontre, par exemple. « *C'est une rencontre entre deux cultures, pour eux et pour nous* », exprime monsieur (C). Les habitudes de vie sont différentes d'un pays à un autre, et cela est également le cas en ce qui concerne la santé. Les professionnels, comme les personnes migrantes font face à des différences de réalité. Bien que ces dernières semblent souvent « *tolérantes* » car « *elles ne sont plus à ça près* », elles vivent parfois de réels chocs culturels, évoque (A). En ce qui concerne la santé mentale par exemple, il existe encore beaucoup de croyances négatives autour de celle-ci et de sa prise en charge dans certains pays. Certaines personnes refusent parfois de l'aide psychologique car « *ce sont les fous qui vont voir les psys* », raconte (E). Elle m'explique que chez les arabes par exemple, on utilise parfois le terme « *al nafsi* », qui signifie « *docteur de l'âme* », pour désigner un psychologue ou un psychiatre.

A cette barrière culturelle vient souvent s'ajouter la difficulté de la barrière linguistique. Bien que de nombreux services d'interprètes existent et travaillent en partenariat avec la plupart des centres d'accueil et d'aide, le risque de perdre de l'information ou de ne pas traduire exactement ce que la personne aidée exprime existe. De plus, en ce qui concerne la santé mentale, il n'est pas toujours facile d'en parler quand quelqu'un d'autre (=interprète) se trouve dans la pièce, me souligne (D).

Bien que la plupart des personnes migrantes semblent préoccupées par leur santé en général, la santé mentale ne figure souvent pas dans leurs priorités. Probablement car d'autres préoccupations telles que trouver de l'argent, un travail, et d'autres besoins de première nécessité, sont selon eux, prioritaires. Mais également, comme évoqué ci-dessus, car il existe encore des tabous dans certaines cultures concernant cet aspect de la santé. Pourtant la santé mentale est primordiale dans le suivi de santé d'une personne. Selon (C), les problèmes de santé mentale ne sont pas suffisamment pris en compte. NB : Il évoque cela dans le cadre de son travail avec des personnes sans-abris, qui, pour la plupart, ne sont pas demandeurs d'asile et qui n'ont pas de titre de séjour belge. Ils sont en situation irrégulière. En effet, on fait le lien avec les droits en fonction de statuts évoqués ci-dessus. Si les personnes sans-abris sont une majorité de personnes en situation irrégulière, elles n'ont pas droit au logement et se retrouvent donc « *à la rue* ». Cela est interpellant ... Il semble que le droit au logement fait partie de La Déclaration universelle des droits de l'Homme. Une observation qui confirme une fois encore que la théorie ne correspond pas toujours à la réalité.

Selon lui, « *On ne prend pas la mesure de ce que cela peut engendrer en termes de conséquences dans la société.* ». Bien que dans certaines structures d'accueil les soins de santé mentale font partie du plan de soins des personnes accueillies, ils ne semblent pas encore être réellement identifiés comme soins de santé primaires en tant que tels. Les professionnels ainsi que les personnes en besoin, ne paraissent pas assez informés sur tout ce que ces problèmes englobent et à l'importance de les prendre en charge. De plus, l'importance de la littératie en santé est souvent méconnue au sein de la population migrante. Cela nous rappelle à quel point la promotion de la santé, sous toutes ses formes, est primordiale dans notre société et dans le monde entier.

Enfin, la question de l'exclusion sociale dans cette population migrante s'est posée. Avant d'aborder d'avantage cette thématique, (D) rappelle l'importance de bien définir quelques concepts clés ; le préjugé et le stéréotype. Elle explique que ce n'est pas toujours évident de mesurer la discrimination dans les soins de santé et que c'est un sujet qui est souvent très sensible quand on l'aborde. Bien que certaines formes d'exclusion semblent avoir émergées de sa recherche, « *personne ne dira jamais publiquement qu'il ou elle est raciste* », confie-t-elle. En ce qui concerne (B), elle rapporte qu'elle a le sentiment qu'« *on criminalise fort l'étranger* ». (C), lui, a même pu observer des formes de racisme entre personnes migrantes. L'exclusion existe, et sous toutes ses formes.

Autres résultats et pistes de réflexion supplémentaires :

- Tous ont évoqué le problème persistant du manque de personnel qualifié. La demande devient de plus en plus importante et l'offre ne suit pas/plus.
- (D) suggère d'analyser ses entretiens et focus groupe réalisés dans le cadre de sa thèse et rappelle qu'en fonction du point de vue de la recherche (point de vue des migrants > point de vue des professionnels), la question de recherche sera totalement différente.
- (C) a évoqué sa crainte de voir apparaître un phénomène grandissant de migration climatique.

La conclusion personnelle de ces entretiens exploratoires était la suivante :

Au terme de cette analyse, je me rends compte que j'aurais aimé m'entretenir avec d'autres personnes encore. Ce sujet est tellement vaste et complexe. Il englobe énormément de dimensions différentes. Néanmoins, plusieurs points retiennent tout de même mon attention.

Tout d'abord, l'importance de bien définir les différents concepts existants. En effet, il n'existe pas de réel consensus concernant la définition des migrants. Les risques concernant la santé mentale ne seront pas les mêmes chez les différents « types » de migrants.

Ensuite, grâce aux entretiens réalisés, j'en ai appris davantage sur les procédures d'asile existantes. Je réalise mieux à quel point ces procédures sont complexes et longues, et à quel point elles peuvent impacter les personnes y étant confrontées, même encore après leur « voyage » migratoire.

Enfin, les problématiques liées aux différences culturelles sont multiples et réelles. Cela semble être un vrai défi de mieux les appréhender. Que ce soit au niveau de la promotion à la santé, l'information et la formation ou simplement dans la communication et l'échange avec les personnes migrantes, j'ai le sentiment qu'il y a encore du travail à faire, tant auprès de ces dernières que des professionnels. Dès lors, comment pourrions-nous mieux sensibiliser ces personnes à l'importance de la prise en charge de la santé, et dans ce cas-ci, à l'importance de la santé mentale ?

Annexe 2 : Affiche d'appel à la participation



Master Sciences de la Santé Publique

SANTÉ MENTALE ET MIGRATION

Vous êtes un.e professionnel.le de la santé et travaillez dans une structure de soins de santé primaires? Vous êtes confronté.e aux défis de la prise en charge de la santé mentale des migrant.e.s?

JE RÉALISE MON MÉMOIRE ET VOTRE EXPÉRIENCE COMPTE!

Contactez-moi!
+32 474 45 21 36
diane.pirmez@student.uclouvain.be

Annexe 3 : Guide d'entretien

Guide d'entretien mémoire

« Comment les professionnels de santé intègrent-ils le processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants ? »

Bonjour, je m'appelle Diane et je suis étudiante en Master de Sciences de la Santé Publique. Dans la cadre de mon mémoire, j'interroge des professionnels de la santé sur la prise en charge de la santé mentale des personnes migrantes dans des structures de soins de santé primaires.

L'entretien durera une trentaine de minutes. Me permettez-vous de l'enregistrer afin de pouvoir le réécouter et l'analyser plus profondément par la suite ?

Je tiens également à vous assurer que l'anonymat de celui-ci est garanti et que je n'utiliserai que notre entretien dans la cadre de ma recherche.

Présentation, expérience et contexte professionnel

- Pourriez-vous brièvement vous présenter ? Quelle profession exercez-vous ?
- Dans le cadre de votre profession, êtes-vous régulièrement en contact avec des personnes étrangères, migrantes ? => normalement oui
- Comment se passe le contact avec ces personnes ? Est-il différent qu'avec d'autres personnes, non-migrantes ?
- Pouvez-vous décrire votre expérience dans la prise en charge de la santé mentale des migrants ? (Et comment vous l'abordez – voir question ci-dessous)
- Pouvez-vous décrire comment vous abordez la prise en charge de la santé mentale des migrants dans votre pratique professionnelle ?
- Quels sont, selon vous, les principaux défis rencontrés lors de la prise en charge de la santé mentale des migrants ?
- De ce que vous observez, quel est leur rapport à leur culture d'origine et la nouvelle culture (de leur pays d'accueil) à laquelle ils sont confrontés ? Pourriez-vous me donner des exemples de situations où cela se manifeste ?

Connaissance et compréhension de l'acculturation et des différences culturelles

- Avez-vous déjà entendu parler du concept d'acculturation ? (Si non, je donne une brève définition
NB : « le processus par lequel une personne ou un groupe assimile une culture étrangère à la sienne »
- (Si oui) Comment définiriez-vous le concept d'acculturation (dans le contexte de la santé mentale des migrants) ?
- Comment tenez-vous compte des aspects culturels et des différences culturelles dans votre pratique quotidienne ?
- Pouvez-vous partager des exemples de situations dans lesquelles vous avez été confronté(e) à des défis spécifiques liés à l'acculturation lors de la prise en charge de la

santé mentale des migrants ? OU Pouvez-vous me relater une situation dans laquelle la culture du patient/de la patiente a été problématique ?

- Y a-t-il des situations où la culture (et pas culture en tant que tel, peut aussi être éléments de culture) a permis de débloquent une certaine problématique ?
- Comment vous (in)formez-vous sur la thématique de la culture dans les soins ?
- Comment percevez-vous l'importance de la sensibilisation culturelle dans votre travail avec les migrants en matière de santé mentale ?

Approches, interventions et prise en charge en santé mentale des migrants

- Comment évaluez-vous les besoins en santé mentale des migrants ?
- Comment adaptez-vous vos interventions en conséquence ? (demandes ? observations ?)
- Comment adaptez-vous vos interventions thérapeutiques en fonction du « niveau » d'acculturation des migrants ?
- Comment prenez-vous en compte le processus d'acculturation dans votre approche de traitement (médicamenteux) des problèmes de santé mentale chez les migrants ?
- Pouvez-vous partager des exemples de stratégies que vous utilisez pour faciliter l'adaptation des migrants à leur nouvel environnement culturel ?
- Quels sont les outils ou les ressources que vous utilisez pour évaluer et prendre en compte le processus d'acculturation chez vos patients migrants ?
OU Quels sont les outils ou les ressources que vous trouvez les plus utiles dans votre pratique pour traiter les problèmes de santé mentale chez les migrants ?
- Comment gérez-vous les barrières linguistiques et de communication dans votre pratique avec les migrants ?
- Pouvez-vous parler des collaborations interprofessionnelles que vous avez mises en place pour mieux prendre en charge la santé mentale des migrants ?
- Comment collaborez-vous avec ces professionnels de la santé ou intervenants sociaux pour intégrer l'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants ?

Evaluation des interventions

- Comment mesurez-vous l'efficacité de vos interventions en matière de santé mentale auprès des migrants ?
- Quels sont les facteurs liés à l'acculturation que vous considérez comme les plus influents sur la santé mentale des migrants ?
- Quelles suggestions avez-vous pour améliorer l'intégration du processus d'acculturation dans la prise en charge de la santé mentale des migrants dans le cadre de votre pratique professionnelle ?

Conclusion

- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Je pense que nous avons fait le tour des questions. Un tout grand merci pour votre disponibilité et votre temps. J'analyserai votre entretien par la suite avec les autres que j'aurai effectués et espère trouver des réponses à mes questions. Belle continuation !

