



**Conseil  
Supérieur de la Santé**

**FACTEURS DE FRAGILISATION  
PSYCHOLOGIQUE ET DE RÉTABLISSEMENT  
CHEZ LES DEMANDEURS DE PROTECTION  
INTERNATIONALE**

**SEPTEMBRE 2024  
CSS N° 9744**



**.be**

## **DROITS D'AUTEUR**

Service public Fédéral de la Santé publique, de la Sécurité  
de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement

### **Conseil Supérieur de la Santé**

Avenue Galilée, 5 bte 2  
B-1210 Bruxelles

Tél.: 02/524 97 97

E-mail: [info.hgr-css@health.fgov.be](mailto:info.hgr-css@health.fgov.be)

Tous droits d'auteur réservés.

Veillez citer cette publication de la façon suivante :  
Conseil Supérieur de la Santé. Facteurs de fragilisation psy-  
chologique et de rétablissement chez les demandeurs de  
protection internationale. Bruxelles: CSS; 2024. Avis n° 9744.

La version intégrale de l'avis peut être téléchargée à partir  
de la page web: [www.css-hgr.be](http://www.css-hgr.be)

Cette publication ne peut être vendue



## **AVIS DU CONSEIL SUPERIEUR DE LA SANTE N° 9744**

### **Facteurs de fragilisation psychologique et de rétablissement chez les demandeurs de protection internationale**

This report aims at providing public health policy-makers, the authorities responsible for examining asylum applications, the authorities responsible for accommodation, and the carers of this population with specific recommendations on mental health of people seeking international protection.

Version validée par le Collège de  
5 Juin - 2024<sup>1</sup>

### **RÉSUMÉ**

Etant donné les facteurs de stress pré- péri- et post-migration, les demandeurs de protection internationale (DPI) sont particulièrement à risque de présenter des problèmes de santé mentale. Les fragilités déjà présentes à l'arrivée peuvent être entretenues, voire renforcées par les procédures pour obtenir le droit de séjour et les conditions de vie dans la nouvelle terre d'accueil. La santé mentale des DPI est d'ailleurs un sujet de préoccupation selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Les taux de prévalence des troubles de stress post-traumatique, des troubles anxieux et dépressifs sont en effet supérieurs dans ce groupe en comparaison avec la population générale. Les mineurs non accompagnés (mineurs qui migrent sans leurs parents) sont particulièrement exposés au risque de subir des événements traumatiques graves au cours de leur trajectoire.

Une fois arrivés dans le pays d'accueil, outre les expériences de racisme et de discrimination et l'isolement social important, les DPI doivent aussi faire face à plusieurs facteurs de vulnérabilité propres à la **procédure de demande de protection internationale**.

Pour diverses raisons, les procédures de protection internationale sont en effet de plus en plus longues, or le temps joue un rôle déterminant dans l'installation, le maintien ou l'aggravation des vulnérabilités. Cette attente ajoute aussi une impossibilité de se projeter, un manque de perspective, puisque les DPI ne savent pas s'ils vont pouvoir rester dans le pays, ni même quand il pourra le savoir.

La manière dont se déroule la procédure a également un impact sur le bien être psychosocial, notamment à cause du manque d'informations. Les DPI ne sont pas toujours suffisamment informés du contexte juridique et des différentes phases dans la demande de protection internationale, de sorte qu'ils s'appuient aussi sur des informations (souvent incomplètes et/ou incorrectes) reçues par divers canaux informels, ce qui peut générer du stress et renforcer un sentiment d'impuissance.

Etant donné que le droit d'asile prévoit que les DPI justifient eux-mêmes leur demande de protection internationale, cela peut mener à une crainte permanente d'oublier certains éléments des événements vécus, et au sentiment de ne pas être pris au sérieux. Devoir

<sup>1</sup> Le Conseil se réserve le droit de pouvoir apporter, à tout moment, des corrections typographiques mineures à ce document. Par contre, les corrections de sens sont d'office reprises dans un erratum et donnent lieu à une nouvelle version de l'avis.

raconter son histoire continuellement peut aussi renforcer les fragilités. Les conditions mêmes de l'entretien (par ex. sa durée) constituent par ailleurs une autre charge de stress importante pour les DPI.

Or, ces souffrances psychiques vont elles-mêmes avoir un impact sur le déroulement de la procédure de demande de protection internationale, et notamment sur la possibilité de témoigner puisque certains problèmes psychiques (mais aussi la honte et la peur) ont des conséquences sur la mémoire et donc sur la capacité de partager les expériences vécues.

**L'accueil en centres collectifs** peut aussi avoir un impact sur le bien-être des résidents, du fait notamment du manque de sécurité physique et psychique (perte d'identité sociale, de repères sociaux, désillusions), d'autonomie (sentiment de dépendance au personnel, règles strictes, structure temporelle rigide), de liens (tensions entre résidents dans les centres collectifs, difficultés à créer de nouveaux liens dans la communauté), et d'espace pour se détendre (cohabitation, trop peu d'espaces permettant l'intimité et favorisant le bien-être). En particulier, la vie en centre complique la vie de famille et l'accomplissement du rôle parental (perte d'autorité parentale et sentiment d'impuissance face aux dangers pour les enfants inhérents à la vie en centre, manque d'intimité et d'espaces de loisirs, souvent manque d'espace pour les devoirs pour les enfants, etc.). D'autres groupes, tels que les femmes, les personnes LGBTQIA+, et les jeunes enfants sont aussi particulièrement à risque.

Pour pouvoir traiter les problèmes psychiques, il est nécessaire d'avoir **accès** en temps utile **à des soins appropriés**. Cependant, malgré plusieurs rapports déjà publiés sur ce sujet en Belgique, l'accès aux soins de santé, et en particulier de santé mentale, reste problématique pour ce groupe cible. Une recherche systématique a permis d'identifier plusieurs obstacles à l'accès aux soins :

- le manque de connaissances (des DPI et des prestataires de soins de santé) sur les droits aux soins de santé ou sur les procédures pour y accéder ;
- les problèmes linguistiques et de communication. Travailler dans les soins avec des interprètes professionnels permet d'optimiser la communication, mais le recours à des interprètes y reste très limité. Le recours à la famille ou autres résidents comme interprètes n'est pas recommandé dans ce cadre (en raison de la confidentialité, liberté de parole et des problèmes d'interprétation) ;
- les facteurs culturels (conceptions différentes des soins et de la santé mentale) ;
- les attentes à l'égard des services de santé mentale ou les divergences sur les modalités de traitement. Les DPI auront notamment tendance à croire qu'il est de leur responsabilité personnelle de gérer leurs facteurs de stress et d'y faire face ; et si une aide est demandée, elle proviendra plus souvent de sources informelles (famille, amis, chefs religieux...) ;
- le manque de confiance dans les organismes publics (ne pas vouloir se confier à des inconnus, ou partager des informations sensibles), notamment à cause du manque d'information (en ce qui concerne le secret professionnel, la séparation des pouvoirs etc), et la peur de la discrimination ;
- les difficultés pratiques (transport, garde d'enfants) et structurelles (difficultés à accéder aux services de santé de la population générale, listes d'attente, contraintes administratives, manque de services spécialisés et de professionnels formés).

Les autorités chargées d'évaluer les demandes de protection internationale doivent prendre en compte la vulnérabilité des DPI et mettre en place des mécanismes pour identifier ces vulnérabilités et fournir aux DPI un soutien approprié tout au long de la demande de protection internationale. Via une analyse de la littérature, l'audition d'experts et de stakeholders, le CSS a cependant identifié des lacunes dans la mise en œuvre de ces mesures.

Or, ces souffrances psychiques et les difficultés à accéder à une prise en charge adéquate auront également un impact sur les possibilités du DPI à participer et s'intégrer à la société du pays d'accueil. Tout DPI étant susceptible de devenir citoyen belge, investir dans leur santé mentale, dès leur arrivée sur le territoire, constitue un important précurseur de leur future intégration et participation à la société belge. L'absence d'intervention aura quant à elle un coût important pour la société (notamment un recours accru aux services de santé et une participation réduite aux activités économiques).

Le CSS recommande donc, aux autorités européennes et belges, d'offrir des **voies de migration sûres** et de mettre en œuvre des politiques de lutte contre le racisme, ainsi que des **programmes qui favorisent la participation et la diversité et réduisent la discrimination**.

Le CSS fait également des recommandations spécifiques aux différentes autorités fédérales et des entités fédérées :

- Autorités en charge de l'accueil : garantir à **chaque DPI un logement conforme à la dignité humaine dès son arrivée en Belgique**, qui répond aux normes minimales de l'accueil (de Fedasil depuis 2018), et en particulier aux conditions suivantes :
  - accueil sur mesure, sur base de l'évaluation des besoins,
  - créer un sentiment de sécurité dans les centres,
  - favoriser l'intimité, l'autonomie, les liens (avec sa famille, au sein du centre et avec la communauté locale) et les perspectives d'avenir,
  - veiller à une offre de base de soutien psychosocial,
  - veiller à une information de base autour de la vie affective, sexuelle et relationnelle,
  - accorder une attention particulière aux femmes enceintes, aux parents ayant des bébés, et aux enfants et adolescents.

Les membres du personnel des centres d'accueil doivent disposer des moyens et ressources suffisants :

- renforcer le personnel des centres d'accueil (et notamment celui des services sociaux et médicaux),
  - explorer les possibilités d'intégrer des pair-aidants et des experts du vécu,
  - valoriser les compétences et expertises,
  - favoriser l'accès à la formation continue concernant des aspects généraux (psychopathologie du nourrisson, des (jeunes) enfants, des adolescents et des adultes) et spécifiques (influences culturelles sur la santé mentale, influence de l'expérience de la migration et du contexte d'accueil sur la santé mentale à tous les âges, le trauma, la résilience et les facteurs d'adaptation en cas de stress et de crise ... ).
- Autorités en charge des procédures (Office des étrangers, Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides – OE, CGRA) :
    - permettre la **présence de l'avocat et/ou une personne de confiance** (choisie par la personne) dès **l'introduction de la demande de protection internationale à l'office des étrangers** ;
    - **informer** les DPI sur les modalités de la procédure, de manière correcte au niveau du contenu, de la méthode et du moment ;
    - respecter **les délais légaux** en terme de décision ;

- **clarifier les attentes** en ce qui concerne les documents médicaux et psychologiques déposés ;
  - **améliorer la prise en compte des vulnérabilités** lors de la demande de protection internationale en général et de l'entretien personnel en particulier ;
  - garantir la **formation des interprètes** (en soins de santé mentale et aux difficultés spécifiques liées à la demande de protection internationale) et assurer un suivi de la qualité de leurs services.
- Autorités en charge de la santé :
- Garantir à toute personne, quel que soit son statut administratif, le droit à la santé et l'accès à des services de santé de qualité.
  - Intégrer les besoins de soins des DPI
    - dans les services existants afin de garantir l'accès à des soins de santé mentale et somatique de qualité,
    - dans les (nouvelles) politiques de santé du fédéral et des entités fédérées,
    - dans les politiques de prévention et de promotion à la santé développés par les Communautés (notamment, dans les écoles).
  - Renforcer l'offre actuelle de médiation interculturelle et d'interprètes :
    - Élargir l'offre et améliorer l'accès (gratuit) à ceux-ci pour tous les professionnels de la santé qui souhaiteraient y faire appel.
    - Former suffisamment ces interprètes à la santé mentale et aux problématiques spécifiques des DPI.
    - Faire un suivi de la qualité.
  - Favoriser l'accompagnement multidisciplinaire et la collaboration entre professionnels.
  - Encourager le travail transdisciplinaire avec la participation d'experts du vécu (cf. préférence pour le réseau informel).

Enfin, le CSS fait des recommandations pour les professionnels de la santé, adressées à la fois :

- Aux prestataires de soins : s'ouvrir au travail avec les DPI et acquérir **les compétences pour une prise en charge sensible à la culture**, pour notamment être en mesure de faire la distinction entre les réactions normales au stress et les troubles psychologiques (compréhension contextualisée des symptômes, notamment à l'aide de l'entretien de formulation culturelle).
- Aux associations professionnelles :
  - Accompagner les psychologues, médecins, psychiatres et autres prestataires de soins dans la rédaction des attestations concernant les besoins procéduraux spécifiques ou comme preuve de ce qui s'est passé (sur la base du protocole d'Istanbul) : fournir des clarifications pour l'élaboration d'attestations appropriées.
  - Soutenir et motiver le personnel de santé pour qu'il adopte une approche sensible à la culture et au contexte.
  - Indiquer les outils numériques ou services en ligne qui permettent de faciliter les échanges dans la langue maternelle des DPI.
  - Sensibiliser les professionnels à l'utilité des médiateurs interculturels et interprètes.
  - Recours à des experts du vécu dans la mesure du possible.
  - Informer les professionnels de santé concernant les droits aux soins.

- Aux commissions responsables de la déontologie au sein des professions : Mettre en place une réflexion déontologique sur le risque de tension qu'il peut y avoir entre plusieurs rôles (thérapeute, expert, diagnosticien), et les différents aspects relatifs au respect du secret professionnel.
- Aux Universités – Hautes écoles : Œuvre en faveur d'une formation adéquate (tant au niveau formation de base que continue) des professionnels de la santé, de la santé mentale et du travail psychosocial, notamment au travail sensible à la culture, aux problématiques de santé propres aux migrants et réfugiés, et au système de santé (réseaux, droits et procédures)

#### Mots clés et MeSH *descriptor terms*<sup>2</sup>

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Refugees	Applicant for international protection	Verzoeker om internationale bescherming	Demandeur de protection internationale	Antragsteller auf internationalen Schutz
Mental Health	Mental health	Geestelijke gezondheid	Santé mentale	Psychische Gesundheit
Health Services Accessibility	Access to care	Toegang tot zorg	Accès aux soins	Zugang zu medizinischer Versorgung
Stress Disorders, Post-Traumatic	Trauma	Trauma	Trauma	Trauma
	Vulnerability	Kwetsbaarheid	Vulnérabilité	Verletzlichkeit

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.

#### Liste des abréviations utilisées

CGRA	Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides
CFI	<i>Cultural Formulation Interview</i> (entretien de formulation culturelle)
CIBA	<i>Centrum Intensieve begeleiding asielzoekers</i>
COO	Centre d'Orientation et d'Observation
CSS	Conseil Supérieur de la Santé
DPI	Demandeur de Protection Internationale
EUAA	<i>European Union Agency for Asylum</i>
ILA	Initiative Locale d'Accueil
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé
MENA	Mineurs Etrangers Non Accompagnés
OE	Office des étrangers
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
POZAH	<i>Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis</i>
TSA	Trouble du Spectre de l'Autisme
TSPT	Trouble du Stress Post traumatique

<sup>2</sup> Le Conseil tient à préciser que les termes MeSH et mots-clés sont utilisés à des fins de référencement et de définition aisés du scope de l'avis. Pour de plus amples informations, voir le chapitre « méthodologie ».

## TABLE DES MATIÈRES

Résumé .....	1
Table des matières .....	6
I. Introduction et question.....	7
II. Méthodologie .....	8
III. Elaboration et argumentation.....	9
1. Demandeurs de protection internationale .....	9
2. État de santé (mentale) des demandeurs de protection internationale .....	9
2.1 Prévalence .....	9
2.2 Facteurs de risque et de protection .....	10
3. Impact sur la santé mentale : procédure.....	11
3.1 Longueur et complexité de la procédure.....	11
3.2 Modalités de la procédure (auditions).....	13
3.3 Impact de la santé mentale sur la demande de protection internationale.....	14
4 Impact sur la santé mentale : accueil en centre .....	18
4.1 Introduction .....	18
4.2 Facteurs de vulnérabilité .....	19
4.3 Familles.....	22
4.4 Groupes vulnérables .....	22
4.5 Dépistage et pris en compte des besoins .....	23
5 Accès et qualité des soins .....	24
5.1 Introduction .....	24
5.2 Obstacles à l'accès aux soins.....	25
5.3 Situation en Belgique.....	31
6 Impact de la santé mentale : Intégration future .....	33
IV. Conclusions et recommandations.....	35
V. Références .....	42
VI. Composition du groupe de travail .....	50
ANNEXE : Méthodologie Umbrella review .....	52

## I. INTRODUCTION ET QUESTION

En Belgique, d'après le rapport annuel du CGRA, 35.507 personnes ont introduit une demande de protection internationale auprès de l'Office des étrangers (OE) en 2023. Compte tenu des expériences éprouvantes, souvent traumatisantes, qu'elles ont traversées dans leur pays d'origine ou durant leur trajet de migration, ces personnes sont particulièrement à risque d'avoir des problèmes de santé mentale. Les fragilités déjà présentes peuvent par ailleurs être entretenues, voire renforcées par les conditions de vie dans la nouvelle terre d'accueil. Certains des impératifs liés à la procédure de droit au séjour ont des effets délétères sur la santé des personnes concernées et de leurs familles ; qui font que la santé mentale des personnes en demande de protection internationale se dégrade parfois gravement. Une revue systématique de littérature montre qu'il existe dans les pays à revenu élevé une corrélation entre la santé mentale des migrants et les politiques d'entrée restrictives, y compris les restrictions subséquentes en matière d'accès à l'emploi et à l'éducation (Juárez et al., 2019).

S'ils sont pris à temps, dans des conditions adéquates, les troubles de santé mentale peuvent être soignés avec efficacité. Or, pour diverses raisons, les problématiques de santé mentale des DPI sont peu prises en considération. En effet, l'accès aux soins de santé reste problématique pour ce groupe cible. En 2019, le KCE avait déjà publié un rapport complet à ce sujet (Dauvrin et al., 2019) qui indiquait de fortes limitations et faisait des recommandations pour améliorer l'accès aux soins de santé de cette population. En 2020, le rapport ETHEALTH du SPF Santé Publique (Coune et al., 2020) rappelait le déficit en matière d'accès et de qualité de soins pour les migrants et minorités ethniques et signalait que, huit ans après le premier rapport ETHEALTH (Derluyn et al., 2011), la plupart de ses recommandations étaient toujours d'actualité et devenaient extrêmement prioritaires.

Or, l'impact de troubles de la santé mentale non traités peut être important, notamment sur les capacités d'apprentissage, de relations intrafamiliales et d'habilité sociale. Ne pas intervenir pour soutenir la santé mentale a un coût important pour la société : la majorité des coûts économiques d'une mauvaise santé mentale se manifestent par une participation réduite aux activités économiques, telles que l'emploi, l'éducation, le bénévolat et les soins familiaux (Christensen et al., 2020).

Etant donné ces différents constats et l'urgence de la situation, et suite à une consultation du secteur de la santé mentale pour déterminer ses priorités de travail dans le domaine de la santé mentale, le CSS a décidé d'élaborer un avis afin de faire des recommandations à destination des autorités, des instances en charge de l'examen des dossiers de demande de protection internationale, des instances en charge de l'accueil, et des soignants et accompagnants de ce public afin de :

- d'une part, diminuer les facteurs de risques de détérioration de la santé mentale des personnes en demande de protection internationale ;
- et d'autre part renforcer les facteurs favorisant leur rétablissement psychique.

Ces actions pourront ensuite faciliter la participation active de ces personnes à notre société, pendant leur procédure de séjour et après l'obtention du titre de séjour.

## II. MÉTHODOLOGIE

Après analyse de la demande, le Collège et le président du groupe de travail ont identifié les expertises nécessaires. Sur cette base, un groupe de travail *ad hoc* a été constitué, au sein duquel des expertises en psychologie, psychiatrie, sociologie, médecine générale, santé publique, sciences de l'éducation étaient représentées. Les experts de ce groupe ont rempli une déclaration générale et *ad hoc* d'intérêts et la Commission de Déontologie a évalué le risque potentiel de conflits d'intérêts.

L'avis est basé sur une revue de la littérature scientifique, publiée à la fois dans des journaux scientifiques et des rapports d'organisations nationales et internationales compétentes en la matière (*peer-reviewed*), ainsi que sur l'opinion d'experts académiques et de terrain.

Une *umbrella review* a été plus spécifiquement menée pour la partie « accès aux soins », afin de fournir un résumé de la littérature actuelle sur les obstacles rencontrés par les personnes issues de l'immigration récente pour accéder aux soins de santé mentale (voir détails au point 5.2).

Plusieurs stakeholders ont aussi été entendus (FEDASIL, CGRA, Médecins du Monde ... voir détails au point VI. Composition du groupe de travail).

Pour la partie « procédure », des auditions d'experts juridiques issus du monde académique ont également été menées.

Après approbation de l'avis par le groupe de travail (et par le groupe de travail permanent en charge du domaine santé mentale), le Collège a validé l'avis en dernier ressort.

### III. ELABORATION ET ARGUMENTATION

#### 1. Demandeurs de protection internationale

En Belgique, d'après le rapport annuel du CGRA, 35.507 personnes ont introduit une demande de protection internationale auprès de l'OE en 2023. 67,6 % des demandeurs étaient des hommes, contre 32,4 % de femmes et les principaux pays d'origine des demandeurs étaient la Syrie, l'Afghanistan, la Palestine, la Turquie et l'Érythrée. L'OE a aussi enregistré en 2023 2.594 demandeurs d'une protection internationale ayant déclaré être des mineurs étrangers non accompagnés (87 % étant des garçons).

Il est important par ailleurs de noter la présence de personnes en séjour irrégulier en Belgique, dont le nombre est plus difficile à estimer (une estimation par Surkyn (VUB) parle de 112 000 personnes sans titre de séjour qui vivent en Belgique en 2023<sup>3</sup>), et qui font face à des problèmes spécifiques qui ne seront pas abordés dans cet avis (voir notamment le rapport du KCE (Roberfroid et al., 2015) et le [Livre vert](#) (2014), en ce qui concerne l'accès aux soins et à l'Aide Médicale Urgente).

#### 2. État de santé (mentale) des demandeurs de protection internationale

##### 2.1 Prévalence

Le rapport 2018 du Bureau régional de l'OMS en Europe a identifié plusieurs sujets de préoccupation concernant la santé des DPI, dont la santé mentale (y compris les troubles de stress post-traumatique, les troubles anxieux et dépressifs).

En Belgique, il n'existe actuellement aucune base de données centralisée rassemblant des données relatives aux problèmes de santé des DPI ou à leur utilisation des soins de santé (Dauvrin et al., 2019). La plupart ne sont pas repris dans les enquêtes de santé (nationales ou régionales). Les seules données disponibles à leur sujet sont le fruit d'initiatives locales.

Des données issues de la littérature internationale font état de taux de prévalence chez les DPI de 25,5% pour le trouble de stress post-traumatique (TSPT), de 30,1% pour les troubles dépressifs, de 11% pour les troubles anxieux et de 1,5% pour les psychoses (Blackmore et al., 2020). D'autres études indiquent des taux de 48.7% de TSPT (Hamrah et al., 2020), de 40 à 50% d'anxiété et de détresse psychologique, ou de 16% de maladie mentale grave (16 %) (Chen et al., 2017 ; Guajardo et al., 2018 ; Taylor et al., 2014). Dans un rapport de 2018, le centre d'expertise Pharos (Pays-Bas) fait état de taux de prévalence de 13 à 26% de réfugiés qui souffrent de TSPT et/ou de dépression. Dans la population générale en Europe, la prévalence vie entière du TSPT dans la population générale a été estimée à 1 à 3 %, tandis que la prévalence de la dépression a été estimée à 6,38% (Arias-de la Torre et al., 2021).

La diversité de prévalence retrouvée dans les études est non seulement liée à des différences méthodologiques, mais aussi à une grande hétérogénéité dans la population. En effet, l'état de santé mentale dépend fortement de nombreux facteurs de risque et de protection auxquels les DPI font face au cours du processus migratoire, qui font que leurs besoins diffèrent aussi de ceux des populations des pays d'accueil.

---

<sup>3</sup> <https://www.belganewsagency.eu/new-research-suggests-there-are-112000-undocumented-migrants-in-belgium>

## 2.2 Facteurs de risque et de protection

Giacco (2019) a notamment identifié plusieurs facteurs de risque et de protection pour la santé mentale des migrants, liés à différents moments du parcours de migration :

Conditions de vie dans leur pays d'origine : les réfugiés sont souvent originaires de populations touchées par la guerre, les discriminations, les conflits, les catastrophes naturelles, la dégradation de l'environnement ou la crise économique. Les événements violents ou traumatisants, torture, pauvreté, discriminations, problèmes de santé mentale antérieurs constituent des facteurs de risque, tandis qu'un niveau d'éducation élevé et de bonnes conditions financières peuvent être des facteurs de protection.

Parcours de migration : l'accès à la nourriture et à l'eau, à l'assainissement et aux autres services essentiels ainsi qu'aux soins est souvent insuffisant. Les personnes peuvent également être exposées à des violences parfois graves de la part des passeurs (traite des êtres humains), des populations locales voire des forces de l'ordre (par exemple en Lybie, dans certains pays de la zone Schengen, etc), à des refoulements (Orsini et al., 2022; Uzureau et al., 2022), aux risques d'accidents, d'hypothermie, de brûlure, de grossesse non désirée et de complications liées à l'accouchement. La séparation des membres de la famille peut aussi constituer un facteur de risque.

Politiques d'entrée et d'intégration et conditions de vie et de travail du pays d'accueil : Les DPI arrivent en Belgique avec un certain nombre de vulnérabilités psychiques liées à la situation dans leur pays d'origine avant le départ, à l'exil en soi et au trajet de migration. C'est avec toutes ces vulnérabilités préexistantes, et bien souvent sans avoir eu le temps de surmonter les expériences traumatisantes antérieures, que les DPI doivent faire face lors de leur arrivée à d'autres facteurs de stress affectant leur bien-être, liés :

- **à la durée et l'incertitude de la demande de protection internationale** (méconnaissance des aspects juridiques, incertitude concernant le futur),
- **à l'accueil** : le manque d'abri, l'insécurité alimentaire peuvent être des facteurs de risque, tandis que des besoins de base suffisamment satisfaits constituent des facteurs de protection (Giacco, 2019). L'accueil en centres collectifs peut aussi être problématique (voir détails ci-dessous) ;
- aux difficultés à **obtenir les soins de santé** nécessaires : dans le pays d'accueil, la santé est également souvent liée aux déterminants sociaux de la santé (emploi, revenu, éducation, logement). Or, les réfugiés demeurent parmi les membres les plus vulnérables de la société et font souvent face à un accès insuffisant ou restreint aux services de santé généraux ;
- aux expériences de **racisme et discrimination**, et au réseau social limité : du fait de cette xénophobie et de l'isolement social, ils se retrouvent dans des conditions de vie, de logement et de travail souvent déplorables (chômage, travail au noir avec les risques d'abus et d'exploitation concomitants). Ils doivent également faire face aux menaces d'expulsion ou de détention, à la peur de perdre son emploi ou son rôle social, aux conflits identitaires et familiaux, stress d'acculturation, changement de statut social. Les facteurs de protection seront les réseaux sociaux liés à l'ethnicité, les liens avec le pays d'accueil, une meilleure situation de logement, une forte densité ethnique.

Facteurs individuels : certains groupes sont plus vulnérables, comme les personnes atteintes de handicaps ou de pathologie psychiatrique, les femmes et les personnes LGBTQIA+ (victimes de violence sexuelle), les enfants (victimes d'exploitation, de maltraitance), ainsi que les bébés, qui seront aussi impactés par la santé mentale de leur mère (voir par exemple Zietlow et al., 2019 ; Brennan et al., 2008 ; Feldman et al., 2009 ; Madigan et al., 2018 ;

Oberlander et al., 2018), et notamment en ce qui concerne les risques de troubles du spectre de l'autisme (TSA) (Beverdors et al., 2019 ; Linnsand et al. , 2021). Le stress prénatal de la mère enceinte peut également avoir un impact sur le développement de l'embryon, avec des conséquences possibles tout au long de la vie (Van den Bergh et al., 2020).

En particulier, la recherche a largement démontré que **les mineurs étrangers non accompagnés** (MENA) sont plus exposés au risque de subir des événements traumatiques de plus en plus graves, en particulier au cours de leur trajectoire entre leur pays d'origine et le pays d'accueil, mais aussi pendant leur séjour dans le pays d'accueil. Leurs trajectoires migratoires - comme celles de nombreux, voire de la plupart des réfugiés adultes - sont complexes et très longues, avec de multiples interruptions, plusieurs séjours plus longs dans d'autres pays européens et des expériences répétées de violence et d'abus (voir par exemple Orsini et al., 2022). En outre, le fait de vivre ces expériences et l'ensemble du parcours migratoire sans le soutien et les conseils de leurs parents ou d'autres membres de leur famille, tout en restant très liés à leur famille et préoccupés par elle, aggrave l'impact sur la santé mentale de ces jeunes réfugiés, comme le montrent de nombreuses études en Europe et ailleurs (voir par exemple Bean et al., 2007 ; Derluyn et al., 2009). La recherche a également montré que ces problèmes de santé mentale peuvent durer pendant une période considérable après l'installation, souvent aggravés par les défis matériels et sociaux quotidiens, y compris les expériences de stigmatisation et de discrimination, que ces mineurs rencontrent dans les pays d'installation (voir par exemple Verelst et al., 2022 ; Pfeiffer et al., 2022). Les mineurs peuvent vivre cette procédure de manière encore plus stressante, car leurs espoirs et attentes sont souvent plus élevés que les adultes, d'où le risque plus grand de déception.

### 3. Impact sur la santé mentale : procédure

#### 3.1 Longueur et complexité de la procédure

Il existe un grand nombre d'études dans le domaine des migrations et des réfugiés qui montrent à quel point les procédures de demande de protection internationale sont devenues longues en Europe et dans la plupart des sociétés riches du monde (pour les États-Unis et l'Amérique du Nord en général, voir par exemple Fisher et al. 2022, Boyce 2020 et Ellermann et Gorokhovskaia 2020 ; pour d'autres parties du monde comme l'Australie ou le Japon, voir par exemple Vogl & Methven, 2020 et Sigona et al., 2021 ; pour l'Europe, voir par exemple Bertoli et al., 2022, Drangsdal, 2020 et Tschalaer, 2023). En Belgique, le temps moyen de séjour dans le réseau Fedasil oscille selon les années entre 15 et 22 mois et la durée moyenne de la procédure est, selon le CGRA, de 392 jours en 2019 (un délai de procédure plus long pouvant aussi être le résultat d'une demande venant du demandeur lui-même, ou du lancement de nouvelles procédures).

L'article 6 § 1 de la Convention européenne des droits de l'Homme, qui garantit le droit à une décision dans un délai raisonnable, ne s'applique pas au domaine de la migration, ni la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.

Dans le domaine de la migration, la directive procédure 2013/32/UE fixe des délais indicatifs pour l'examen des demandes de protection internationale, avec une période maximale de 21 mois. La loi belge transpose ces délais, mais aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> En droit pénal, où le respect du délai raisonnable est crucial pour éviter des retards injustifiés dans les procédures et pour garantir une administration de la preuve équitable (le temps pouvant altérer la qualité des témoignages), des sanctions, telles que des déclarations de culpabilité réduites, sont prévues en cas de dépassement de ce délai raisonnable.

Les délais prescrits ne sont d'ailleurs souvent pas respectés, ce qui augmente l'insécurité des DPI. Le non-respect des délais peut être considéré comme déraisonnable, mais aucune conséquence positive ou négative n'est spécifiée pour les DPI.

Cependant, le principe du délai raisonnable, comme principe général de droit s'applique dans le contexte de la mise en œuvre du droit des étrangers. Ce principe doit permettre au DPI d'être rapidement fixé sur son sort et d'assurer la sécurité juridique en évitant une trop longue incertitude sur l'issue de la procédure.

Des cas concrets montrent que des DPI actuels ont attendu plusieurs années pour une décision, conduisant à des condamnations et des réparations en raison du non-respect du délai raisonnable. En Belgique, des plans comme "Tabula Rasa" sont mis en place pour résorber l'arriéré de traitement des demandes de protection internationale, mais l'efficacité de telles mesures reste à évaluer.

Une fois arrivé dans le pays d'accueil, les DPI se retrouvent donc confrontés à une longue période d'attente, durant laquelle ils doivent faire face non seulement à certains aspects du passé non résolus (exil, traumatisme, deuil culturel), à des conditions de vie actuelles difficiles, mais aussi à l'incertitude concernant l'avenir. Dans les faits, les procédures de demande de protection internationale sont de plus en plus longues, et le temps joue un rôle déterminant dans l'installation, le maintien ou l'aggravation des vulnérabilités. De nombreuses recherches indiquent que la temporalité des procédures est l'une des principales sources de vulnérabilité pour les DPI, causant une variété de stress pour les demandeurs et leur famille (voir par exemple Giacco, 2020 ; Wu et al., 2021 ; et Alim et al., 2021 ; Laban et al., 2004 ; Laban et al., 2009). On constate notamment un lien entre les procédures très longues pour certains publics (par exemple, les hommes seuls) et des comportements addictifs qui se développent fortement (antidouleurs, hash, marijuana, médicaments psychotropes, cocaïne etc). (Horyniak et al., 2016 ; De Kock et al., 2016). La durée de l'attente serait un facteur de risque de psychopathologie même plus important que d'autres facteurs de risque tels que les événements négatifs vécus dans le pays d'origine (Laban et al., 2004).

Les DPI n'ont en réalité à l'heure actuelle **aucune prise** sur le déroulement en termes de temps consacré à l'examen de leur demande de protection internationale. Celle-ci ne dépendra pas de leur implication ou de leur collaboration dans la procédure mais dépendra entièrement du bon vouloir de l'administration et de la priorité ou non qui y est consacrée par l'instance de protection internationale. Les DPI commencent alors à vivre au jour le jour et perd toute perspective d'avenir, ce qui peut mener à ce que Seligman a appelé l'« impuissance acquise » (*learned helplessness* ; Seligman & Maier, 1967), qui est un sentiment d'impuissance résultant d'un vécu répété de situations sur lesquelles l'individu n'a aucune maîtrise ; et qui résulte en souffrance psychique proche de la dépression et de l'anxiété et favorise une attitude résignée, passive qui se généralise dans tous les domaines de la vie de l'individu. Furtos (2009) parle dans ce contexte du syndrome d'auto-exclusion, à savoir la capacité qu'a le sujet d'exercer sur lui-même une activité psychique pour s'exclure de la situation, pour ne pas la subir ni la penser, s'excluant par là-même du lien à soi, aux autres et au monde.

Cette attente ajoute une **impossibilité de se projeter**, un manque de perspective, puisque les DPI ne savent pas s'ils vont pouvoir rester dans le pays, ni même quand ils pourront le savoir. Sarolea et al. (2021) ont ainsi observé une démotivation pour apprendre la langue, s'intégrer à la société belge etc. car les DPI ne savent pas s'ils pourront rester en Belgique. Or, le sentiment de sens contribue fortement à la qualité de vie (Van Dijk et al., 2001 ; Ghazinour et al, 2004). Dans une étude évaluant la qualité de vie, le handicap, la santé physique et leurs liens avec la psychopathologie, Cornelis et al. (2007) ont identifié la durée du séjour comme principal prédicteur d'une faible qualité de vie chez les DPI. Les longues procédures de demande de protection internationale sont aussi associées à une incapacité fonctionnelle accrue et plus de plaintes physiques. Des recherches ultérieures confirment que

les séjours prolongés dans les centres d'accueil ont des impacts négatifs sur la santé mentale et entravent l'intégration socio-économique (Bakker et al., 2014; Hainmueller et al., 2016). L'incertitude quant au futur affecte la probabilité d'emploi à long terme, indépendamment de l'âge et du niveau d'éducation. L'impact de la procédure sur le bien-être mental risque d'être plus important si les conditions d'accueil sont difficiles ou si la procédure elle-même génère de l'anxiété. Selon Cornelis et al. (2007), les indicateurs de santé sont également influencés par des événements négatifs dans le pays d'accueil, des problèmes familiaux et des facteurs socio-économiques, indépendamment de la psychopathologie, touchant même ceux sans troubles psychiatriques.

### 3.2 Modalités de la procédure (auditions)

La procédure a un impact sur le bien être psychosocial, pour les raisons suivantes :

#### 1) Le manque d'information

Dès son arrivée au centre d'accueil, les DPI se retrouvent dans un moment d'angoisse avant l'entretien car ils ne savent pas ce qu'ils doivent dire, ce qu'il vaut mieux ne pas dire (Gils et al., 2012). En effet, d'après Sarolea et al. (2021), il existe des lacunes dans l'explication du contexte juridique et des différentes phases dans la demande de protection internationale de sorte que les demandeurs ne comprennent pas toujours les enjeux (pour un récent examen systématique des études existantes concernant le contexte européen, voir Ahmadinia et al. 2022). Les DPI s'appuient alors sur les informations reçues par divers canaux : amis, parents, membres de leur communauté, autres DPI, internet etc. Ces informations reçues ne sont ni tout à fait exactes ni tout à fait complètes. A cela s'ajoute les problèmes de langue, d'interprétariat, de mauvaise traduction qui peuvent compliquer la compréhension des informations transmises.

Ce manque d'information génère non seulement du stress car on ne sait pas comment vont se dérouler les auditions, ce qu'on doit dire ou non, mais renforce également ce sentiment d'impuissance, de perte de contrôle (également lié à d'autres aspects aléatoires de la procédure, tels que le choix du centre, de l'avocat, le rôle linguistique...).

#### 2) La charge de la preuve

Il est d'autant plus important d'être correctement informé que, dans le cas des demandes de protection internationale, la charge de la preuve repose sur le demandeur (sauf exceptions). Le CGRA<sup>5</sup> explique qu'il « doit montrer que sa demande d'asile est justifiée et raconter les événements concrets qui le concernent personnellement. Il doit faire des déclarations plausibles et cohérentes qui ne sont pas en contradiction avec des faits généralement connus. Si possible, il doit également fournir des documents pour étayer ses déclarations ». Sa crédibilité et la valeur des documents fournis seront à la base de la décision.

D'après Sarolea et al. (2021), cela peut causer des souffrances psychiques de différents types :

- la crainte permanente d'oublier certains éléments des événements vécus (puisque chaque hésitation, une confusion, une erreur temporelle ou géographique risquent d'être interprétées comme mensonge) génère beaucoup de stress ;

<sup>5</sup> Voir : [https://www.cgra.be/sites/default/files/content/download/files/examen\\_dune\\_demande\\_dasile\\_20150512.pdf](https://www.cgra.be/sites/default/files/content/download/files/examen_dune_demande_dasile_20150512.pdf)

<sup>5</sup> Radiographie de la main et du poignet, qui permet de comparer l'ossification des os et la présence de cartilage de croissance à des planches de référence.

- le sentiment de ne pas être pris au sérieux, de ne pas être respecté, le vécu d'hostilité de la part des autorités de protection internationale ont également un impact sur l'estime de soi ;
- enfin, cette nécessité de raconter son histoire continuellement risque également de maintenir, voire de renforcer l'état de stress post traumatique car le demandeur a l'impression qu'il ne peut pas oublier ce qui s'est passé, ce qui rend difficile l'établissement d'une distance psychologique par rapport aux traumatismes vécus.

Les MENA sont aussi soumis à des examens médicaux et/ou à l'examen de leurs documents de naissance afin de confirmer leur minorité, si une autorité a exprimé un doute sur leur âge déclaré. Ces tests relatifs à l'âge constituent une grande source de stress pour les mineurs. En attendant le résultat du test, les résidents sont sous pression car leur accueil en Belgique pourrait alors changer radicalement. Les « test osseux »<sup>6</sup> peuvent notamment contribuer à maintenir une souffrance psychique (sentiment d'être pris pour un menteur par exemple), car ces tests ont une marge d'erreur importante (selon Fournier, 2017 : entre 1-2 ans).

### 3) Les conditions de l'entretien

Les conditions mêmes de l'entretien (qui dure en général 4h, parfois deux, voire trois entretiens, parfois avec des mois d'intervalle) constituent par ailleurs une autre charge de stress importante pour les demandeurs. Le niveau d'éducation, de langue (encore plus si les langues utilisées ne sont pas les langues maternelles des différentes personnes impliquées), ou les différences culturelles sont d'autres barrières à la compréhension mutuelle qui renforcent encore l'anxiété de ne pas être bien compris, d'autant plus que la **présence d'un avocat ou d'une personne de confiance** lors de l'introduction de la demande à l'Office des étrangers (première étape de la demande de protection internationale) n'est **pas autorisée** dans la législation relative à la demande de protection internationale. En droit pénal au contraire, l'assistance d'un avocat est imposée lors de l'audition quand la personne est en situation de vulnérabilité (privation de liberté, mineurs), pour s'assurer de son bon déroulement. La non-concordance entre ce qui est déclaré lors de l'entretien à l'OE et l'audition au CGRA, est pourtant susceptible de jouer en défaveur du candidat réfugié.

### 3.3 Impact de la santé mentale sur la demande de protection internationale

#### 1) Impact des vulnérabilités psychiques

Les souffrances psychiques peuvent avoir des conséquences sur la possibilité de témoigner, et donc sur le déroulement de la procédure de demande de protection internationale.

Dans le cadre d'une demande de protection internationale, le CGRA organise, en application des réglementations belges, européennes et internationales, un entretien personnel au cours duquel les DPI ont la possibilité d'expliquer et de démontrer les raisons de leur demande. Cet entretien personnel, élément essentiel de la demande de protection internationale, porte sur un ensemble d'éléments pertinents, dont les déclarations des demandeurs et tout document pertinent en leur possession. Ces déclarations peuvent notamment comprendre la description d'expériences traumatisantes vécues dans le pays d'origine.

Or, des facteurs psychologiques, émotionnels et culturels peuvent avoir un impact sur la capacité des DPI à partager leurs histoires de manière cohérente et crédible (BCHV – CBAR, 2014). Certains DPI éprouvent des difficultés, voire sont totalement incapables de partager ces expériences en raison de la peur, de la honte ou simplement de la difficulté à revivre certains souvenirs. La mémoire humaine est en effet sujette à des erreurs et à des

changements au fil du temps. Le TSPT et la dépression notamment peuvent affecter de différentes manières la capacité à se souvenir précisément des expériences traumatisantes et à en parler lors de l'entretien d'asile :

**TSPT** : La personne peut revivre constamment son expérience traumatique, ou dans certains cas être incapable de s'en souvenir (Saadi et al., 2021). Les souvenirs d'une expérience traumatisante sont également d'une nature différente, fragmentés et davantage sensoriels, émotionnels, c'est-à-dire souvent difficilement verbalisables. Lorsque les DPI sont interrogés sur un événement traumatisant, ils n'auront souvent que des fragments ou des impressions (sentiments vécus au moment de l'évènement tels que peur, honte, culpabilité, colère...). Plus l'intervalle entre les entretiens est long, plus les détails changent pour les personnes présentant des scores élevés de TSPT. Leur récit est alors considéré comme incohérent par les autorités en charge des demandes de protection internationale.

D'autres symptômes du TSPT peuvent également avoir un impact sur la capacité à se souvenir : les troubles du sommeil par exemple peuvent causer des problèmes de concentration ; les difficultés à ressentir ou exprimer une émotion peuvent avoir un impact sur la manière de raconter son histoire.

**Dépression** : il y aura un biais vers les événements négatifs, et une tendance à une mémoire trop générale qui peut conduire à un récit manquant de détails et donc jugé comme manquant de crédibilité.

**Stress et l'anxiété** (liés à la procédure et à l'audition elle-même) : impact sur la capacité à se souvenir, à être exact dans son récit (Tapia et al., 2007).

**Honte et stigmatisation** : ces facteurs empêchent parfois les DPI de parler de leurs expériences traumatisantes. La honte est souvent ressentie par les DPI qui sont victimes de torture, de viol et d'autres traitements dégradants. La honte favorise alors le silence, qui peut être un mécanisme d'adaptation ou un moyen d'éviter de repenser à l'évènement et d'être confronté à des souvenirs douloureux. Les DPI peuvent garder le silence sur leur traumatisme pendant des années. Certains tabous culturels peuvent aussi décourager la divulgation d'évènements douloureux. Les croyances (sur ce qu'il faut dire ou non par exemple, notamment liées au manque d'information ou aux informations erronées), ainsi que les méfiances (en cas de présence d'un interprète ou d'un représentant des autorités qu'on ne connaît pas, par exemple) vont aussi avoir un impact sur la volonté et la capacité à raconter. Ce silence peut avoir un impact sur l'évaluation de la demande de protection internationale, les autorités chargées de l'asile le considérant comme un choix personnel, alors que des processus psychologiques puissants et complexes interviennent.

## 2) Situation en Belgique

Ces différents facteurs remettent en cause la validité même du recours au témoignage. Or, le domaine du droit de l'asile est le seul où le témoignage d'une personne avec souffrance psychique a autant de poids<sup>7</sup>.

En droit d'asile, la politique européenne commune en matière de protection internationale établit des normes de protection plus élevées pour certains **groupes vulnérables**, notamment

---

<sup>7</sup> En droit pénal, l'appréciation des preuves ou témoignages tient compte de rapports et d'analyses d'experts en psychiatrie, désignés par le tribunal (et d'éventuelles contre-expertises). En cas d'irresponsabilité pénale, le juge peut prendre une mesure de « défense sociale » : la personne est dirigée vers un établissement de défense sociale pour recevoir des soins, plutôt que de purger une peine. En droit civil également, il existe un régime de protection des personnes vulnérables, basé sur un certificat médical circonstancié. Les experts médicaux sont également impliqués dans les conflits en matière civile (par ex. litiges entre des victimes d'accident du travail et l'assurance de l'employeur).

les victimes de torture, de viols ou d'autres formes graves de violence. Le droit européen et le droit belge imposent un cadre légal clair qui oblige les autorités à identifier les DPI ayant des besoins particuliers à un stade précoce de la demande de protection internationale (cela inclut la détection des traumatismes et d'autres formes de vulnérabilité) et à prendre en compte les vulnérabilités des DPI. Les DPI ayant été exposés à des persécutions ou à des atteintes graves dans le passé bénéficient par ailleurs d'un renversement de la charge de la preuve, ce qui signifie que l'État a la responsabilité de prouver que leur demande n'est pas fondée. Si une vulnérabilité est identifiée, le demandeur doit aussi être orienté vers des services d'accueil et de soins de santé mentale appropriés.

Les législations européenne et belge prévoient pour cela un certain nombre de possibilités, comme celle d'organiser un examen médical en cas de persécution ou de préjudice grave subi. Les articles 48/8 et 48/9 de la loi du 15 décembre 1980 (insérés par une loi du 21 novembre 2017, transposant la directive Procédure), prévoient également la possibilité de consulter un professionnel de la santé compétent pour demander un avis au sujet d'un certificat médical que le demandeur a déposé de sa propre initiative et à ses frais en rapport avec des indications de persécutions passées ou d'atteintes graves.

Même si le fait qu'une personne souffre d'une maladie mentale ou d'une déficience intellectuelle ne signifie pas en soi que cette personne est incapable de comprendre et de participer efficacement à la procédure d'examen de la demande de protection internationale (HCR, 2020), les législations européenne et belge prévoient aussi la possibilité de demander des recommandations médicales concernant les **besoins procéduraux** particuliers et le soutien approprié dont les DPI peuvent avoir besoin pour se conformer pleinement à la procédure et pour pouvoir communiquer de manière utile les motifs et les éléments à l'appui de leur demande.

Des mécanismes de prise en compte de la vulnérabilité ont été mis en place au sein des différentes agences impliquées dans la demande de protection internationale (Fedasil et le CGRA) :

- L'article 22, § 1/1 de la loi sur l'accueil dispose que « *parallèlement à l'examen des besoins spécifiques relatifs à l'accueil, l'existence de nécessités procédurales particulières, telles que visées à l'article 48/9 de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès au territoire, au séjour, à l'établissement et à l'éloignement des étrangers, est examinée. L'Agence peut faire des recommandations à l'Office des étrangers et au Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides concernant les besoins procéduraux spéciaux dont un demandeur d'asile peut avoir besoin, sous réserve de son accord.* »
- Avant de recueillir ses déclarations, l'OE offre au demandeur, en application de l'article 48/9, § 1 de la loi sur les étrangers, la possibilité de présenter de manière détaillée et précise, au moyen d'un questionnaire à bas seuil, toute information indiquant ses besoins procéduraux particuliers ;
- En application de l'article 48/9, § 3 de la loi sur les étrangers, les DPI peuvent communiquer de nouveaux éléments au CGRS à un stade ultérieur de la procédure (c'est-à-dire après l'entretien à l'OE, après l'entretien au CGRS).

Les techniques et méthodologies utilisées lors de l'entretien visent à offrir au demandeur des garanties procédurales cruciales pour gérer les facteurs psychologiques, culturels et environnementaux susceptibles d'avoir un impact sur le déroulement de l'entretien. Il s'agit par exemple de fournir les explications nécessaires au candidat au début, pendant et à la fin de l'entretien, d'instaurer un climat de confiance et de dialogue, d'assurer la neutralité, l'empathie, la flexibilité, et de favoriser les questions ouvertes entrecoupées de questions plus ciblées. Cela nécessite une bonne préparation du dossier en amont par l'officier de protection.

Pour cela, les agents de protection chargés d'interroger les DPI vulnérables, notamment ceux qui ont subi des traumatismes, doivent recevoir une formation appropriée. Les agents de protection du CGRA bénéficient par exemple d'un certain nombre de formations développées de manière pluridisciplinaire par l'Agence européenne pour l'asile (*European Union Agency for Asylum - EUAA*) : « Méthode d'entretien pour les demandeurs d'asile », « Entretien avec les personnes vulnérables » et « Entretien avec les enfants ».

D'autres mesures de soutien appropriées sont par exemple le traitement prioritaire ou le report de la demande, le sexe de l'officier de protection ou de l'interprète, la présence d'un conseiller confidentiel, la disposition ou l'emplacement de la salle d'audience, la forme et le contenu de l'entretien personnel, l'utilisation d'une demande écrite d'information, l'audition de témoins ou l'utilisation de toute autre source dans le but de recueillir les renseignements pertinents de la demande, etc.

Le dossier administratif auprès des instances de demande de protection internationale doit indiquer quels besoins ont été identifiés dans le cadre de la procédure et quel soutien approprié a été fourni.

Dans les faits, la prise en compte durant la procédure des vulnérabilités psychologiques n'est cependant pas toujours suffisante :

- 1) Les DPI ne sont pas toujours en mesure de comprendre suffisamment la procédure et le fonctionnement de l'état de droit (personnes illettrées dans leur propre langue notamment). Il devrait être possible d'être accompagné d'un avocat durant l'interview à l'OE.
- 2) Les DPI n'ont pas nécessairement accès directement à un professionnel de la santé susceptible d'identifier et d'attester la présence d'indications de persécutions ou de besoins procéduraux particulier. Pour voir un psychologue ou psychiatre, ils doivent d'abord passer par le service médical du centre d'accueil. Il serait donc important de favoriser l'accès à un psychologue, psychiatre etc. suffisamment longtemps avant l'audition. Par ailleurs, les professionnels de la santé ne disposent pas tous de l'expertise nécessaire pour rédiger de tels rapports circonstanciés. Les centres spécialisés (par ex. l'asbl Constats, qui effectue des expertises selon le Protocole d'Istanbul, ou le service de psychologie au CHU Brugmann, qui fait des rapports circonstanciés sur base de tests psychométriques) ont des listes d'attente ou des coûts importants.
- 3) Au niveau de la délivrance des attestations, il n'y a pas à l'heure actuelle de critères objectifs fixés pour les attestations médicales. Le [protocole d'Istanbul](#) définit comment évaluer la concordance entre les symptômes psychiques et somatiques et ce que personne raconte avoir vécu (modalités de l'examen médical et psychologique et manière de rédiger le certificat médical pour établir le lien de causalité entre séquelles (somatiques, psychiques etc.) et histoire de la torture). Il y a également quelques considérations et techniques générales en ce qui concerne l'audition des victimes présumées de torture ou d'autres mauvais traitements par toute personne qui doit y faire face professionnellement, ainsi que des éléments qui peuvent être remis en question, bien que ce protocole ne se concentre pas sur l'aptitude de la personne à témoigner. Le CGRA a récemment préparé un guide concernant les « Éléments médicaux dans le cadre d'une demande de protection internationale (procédure d'asile) » qui pourrait aider à cet égard.

Le fait que ce soit le thérapeute du demandeur qui fournisse l'attestation pose par ailleurs un problème de confusion de rôles qui risque de biaiser la relation

thérapeutique (voir notamment l'article 45 du [code déontologie](#) des psychologues : « le psychologue s'en tient à une seule activité avec la même personne »).

- 4) Selon Sarolea et al. (2021), on ne sait pas toujours non plus dans quelle mesure les attestations sont prises en compte dans les décisions. D'après ces auteurs, la gestion des vulnérabilités serait plutôt déterminée par les capacités du système de protection internationale à prendre en compte telle ou telle vulnérabilité que par la vulnérabilité même dont souffre le sujet en demande de protection internationale. La vulnérabilité est alors souvent réduite à des aspects « techniques » (par exemple aménagements pratiques lors de l'audition).
- 5) Enfin, même si selon l'article 57/5ter, § 2, 2° de la loi du 15 décembre 1980 le CGRA peut prendre une décision sans avoir entendu les DPI, les dispenses de l'entretien personnel pour des raisons psychologiques constituent des exceptions. Il s'agit en effet des cas où le CGRA considère *que* « *le demandeur ne peut être entendu en personne en raison de circonstances permanentes indépendantes de sa volonté* », et ces conditions doivent être objectivées par l'apport d'attestations médicales très étayées et ne sont que très exceptionnellement reconnues (par exemple, dans le cas d'une admission de longue durée du demandeur en psychiatrie, un candidat atteint de démence ou d'une déficience intellectuelle grave, une personne sourde et muette, un candidat ayant un problème de toxicomanie grave et chronique, ou un trouble de stress post-traumatique très sévère avec dissociation,...).

Un projet du Fonds asile, migration et intégration (AMIF) en cours vise à examiner comment le CGRA peut rationaliser et améliorer son approche à cet égard, par exemple en ce qui concerne la participation des demandeurs présentant des vulnérabilités physiques et/ou mentales à la demande de protection internationale en général et à l'entretien personnel en particulier.

#### 4 Impact sur la santé mentale : accueil en centre

##### 4.1 Introduction

En Belgique, la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des DPI et d'autres catégories d'étrangers (plus communément appelée « loi accueil »), qui transpose en droit belge les directives 2003/9/CE et 2013/33/EU de l'Union européenne, constitue la référence en matière d'accueil. Cette loi prévoit une aide matérielle pour les demandeurs de protection internationale et certaines autres catégories d'étrangers. Cette aide matérielle comprend l'hébergement, les repas, l'habillement, l'accompagnement médical, social et psychologique, l'octroi d'une allocation journalière ainsi que l'accès à l'aide juridique, à des services tels que l'interprétariat et à des formations. Cette aide est dispensée au sein de structures collectives gérées par Fedasil ou ses partenaires.

Si certains DPI sont hébergés dans des initiatives locales d'accueil (ILA - organisés par les autorités locales), dans lesquelles ils ont une certaine intimité et autonomie, la plupart sont hébergés dans des centres d'accueil collectifs du réseau Fedasil. Dans ces centres, les familles ont des chambres séparées mais les personnes seules partagent une chambre, et les installations sanitaires sont partagées (la plupart du temps). Ces installations doivent être conformes aux normes minimales définies pour l'accueil (depuis 2018) (Normes européennes – EUAA, 2016), mais celles-ci ne sont pas toujours suffisantes pour assurer le bien-être des résidents.

En effet, la recherche en santé mentale montre que les facteurs de stress dans la vie quotidienne influencent le bien-être psychologique : l'environnement physique influence notamment le bien-être et la santé mentale car il autorise différents types de comportements, d'activités quotidiennes et d'interactions sociales (Hauge et al., 2017). La qualité du logement

a par exemple une grande importance pour le sentiment de sécurité, le contrôle et le sentiment d'être "chez soi" et peut influencer l'estime de soi et l'identité. Mouratidis (2021) et Moore (2018) montrent aussi comment l'environnement bâti impacte le bien-être.

Le lien entre le logement et le bien-être est encore plus crucial pour la population des DPI. En effet, ils arrivent dans le centre après un vécu difficile dans les pays d'origine et/ou le parcours migratoire qui suscite des souffrances susceptibles de se manifester au fil du temps après leur arrivée. Cette population a tout particulièrement besoin d'un lien avec un lieu physique comme base de sécurité, et de reconstituer un foyer dans son pays d'accueil (O'Mahony & Sweeney, 2010 ; cité dans Lietaert et al., 2020) ; et en particulier les mineurs non accompagnés (Pfeiffer et al., 2022; Behrendt et al., 2023). Malgré la reconnaissance d'être enfin dans un endroit sûr, ils se retrouvent également vite confrontés à un certain nombre de difficultés liées tant à l'environnement physique qu'à l'organisation de la vie collective (promiscuité, inactivité et désœuvrement, violences, perte des repères, règles multiples et infantilisation, choc culturel etc.).

Plusieurs chercheurs ont ainsi mis en évidence l'impact de la qualité du logement dans les **centres d'asile collectifs** sur le bien-être des résidents (Hauge et al., 2017 ; Van der Horst, 2004 ; Hajak et al., 2021 ; Lietaert et al., 2020).

D'après Hajak et al. (2021), la qualité du logement contribue à hauteur de 20 % à la santé mentale, et la probabilité de symptômes dépressifs diminue avec l'augmentation de la satisfaction à l'égard du logement. Les logements partagés sont associés à une plus grande détérioration de la santé mentale, et en particulier les logements d'urgence (écoles, gymnases). Il y aurait aussi un lien entre d'une part la satisfaction à l'égard du logement ou la réponse aux besoins de base (manger, avoir suffisamment de ressources pour fonctionner au quotidien) et d'autre part les symptômes de TSPT.

Le rapport du KCE (Dauvrin et al., 2019) indiquait déjà en 2019 que la littérature démontre clairement l'impact négatif des centres d'accueil collectif sur la santé des DPI. D'après ce rapport, un séjour de plus de 4 mois devient préjudiciable au bien-être des résidents, avec apparition de problèmes de santé tels que manque de sommeil, anxiété et dépression. Il ressort également d'une étude de Fedasil sur le bien être des DPI en structure collective (2022), que les résidents ressentent généralement leur bien-être de manière négative.

#### 4.2 Facteurs de vulnérabilité

L'impact de l'accueil en centre collectif peut être décrit en partant des principes d'intervention en soutien psychosocial dans les situations d'urgence décrits par Hobfoll et al. (2007) : donner le sentiment de sécurité, donner le sentiment d'une efficacité personnelle et collective, reconnecter, apaiser, donner de l'espoir.

##### Sentiment de sécurité

Les DPI éprouvent dans un premier temps un sentiment de sécurité en arrivant dans un centre, mais ce sentiment peut rapidement se transformer en "**violence psychique**", liée au choc culturel, à la "dépossession de soi", la procédure etc. (Gsir et al., 2012). La distance géographique et temporelle par rapport à la vie pré-migratoire, ainsi que l'exposition à de nouveaux contextes culturels, peuvent remettre en question l'identité (OMS, 2023). La perte de repère sociaux, déjà inhérente à l'asile (perte du statut social, professionnel, des groupes d'appartenance, de son identité de parent, de sa place dans une filiation, etc), est renforcé dans les centres, où tous les résidents vivent dans le même contexte, selon les mêmes règles, avec comme seule identité celle de « demandeur d'asile ». Ils doivent réapprendre à vivre

avec ce statut, ce nouveau contexte (alors que bien souvent ils ne parlent pas la langue) (voir notamment Adams & Ghanem, 2023; Asmal-Lee et al., 2022 ; Crapolicchio et al., 2023).

L'arrivée apporte aussi de grandes désillusions puisque les espoirs de justice et de droit qu'ils plaçaient en l'Europe se retrouvent confrontés à l'absence de droits, au rejet et au racisme (Elsrud, 2020 ; Lavdas et al., 2023 ; Wilhelm & Bartel, 2021).

Les résidents en centre d'accueil sont aussi confrontés à de la **violence physique**, qu'elle soit individuelle ou entre communautés (Gsir et al., 2012). Même si les centres sont toujours surveillés (ce qui, en soi, procure aussi un sentiment d'insécurité) ils ne sont pas toujours perçus par les résidents comme un endroit sûr (Saroléa, et al., 2021) : les résidents peuvent être harcelés, violés et soumis à des violences pendant leur séjour dans le centre. Ces problèmes de sécurité sont encore plus importants la nuit parce qu'il y a moins de travailleurs.

### Sentiment d'efficacité

Dès le départ, les DPI perdent leur autonomie car ils n'ont pas le choix du centre dans lequel ils se rendront pour attendre la fin de leur procédure (Sarolea et al., 2021). Or, certains centres sont mieux situés que d'autres, notamment en ce qui concerne les possibilités de déplacements (audiences, rendez-vous médicaux) et d'activités (présence d'associations dans la région, activités récréatives et d'éducation, de formation et d'emploi), et de manière plus générale l'accueil réservé aux DPI.

L'autonomie des résidents est par ailleurs fortement impactée par les nombreuses règles et procédures à suivre dans les centres collectifs. Même si ce type d'organisation est nécessaire, il s'avère difficile à vivre quand on y reste longtemps (parfois, des années). En effet, les routines quotidiennes strictement organisées ont un impact important sur le bien être (Lietaert et al., 2020), ce qui est aussi démontré dans les recherches sur la qualité de vie en institution pour personnes âgées (Welford et al., 2010 ; Moilanen et al., 2021 ; Verderber et al.; 2023). Dans un centre d'asile, l'impact sera d'autant plus important que cette structure rigide contraste fortement avec les expériences quotidiennes des DPI en matière d'attente prolongée, d'incertitude, de chaos et d'ennui. Plusieurs chercheurs (Hauge et al., 2017 ; Van der Horst, 2004) montrent que ces horaires fixes, de même que les mesures de contrôle, de récompense et de punition, entraînent une perte d'autonomie et des sentiments de frustration dus à un traitement infantilisant. Comme les résidents ne peuvent pas entièrement planifier et gérer leur vie, ils ont l'impression de ne pas pouvoir la contrôler (Gsir et al., 2012). Tout devient une routine, car il y a peu de choses que les DPI puissent faire. Les résidents peuvent se sentir dépendants du personnel, qu'il s'agisse de questions très basiques, comme manger et faire la lessive (pas toujours de cuisine privée ni commune, ils ne peuvent pas toujours décider de ce qu'ils mangent ; structure temporelle rigide avec heures fixes pour les repas, le sommeil et les visites) ou de questions plus importantes, comme suivre un cours de langue ou une formation professionnelle. Les résidents doivent suivre une procédure ou prendre rendez-vous pour satisfaire chacun de leurs besoins. En conséquence, les résidents peuvent vivre ce manque d'indépendance et ces attentes prolongées et incertaines comme une forme d' « emprisonnement ». Cela provoque un sentiment de perte d'identité et entraîne souvent des difficultés à retrouver son autonomie une fois reconnu comme réfugié. La vie quotidienne dans un centre collectif entrave donc le processus déjà difficile de rétablissement. Les rapports de Fedasil indiquent aussi que les résidents perçoivent généralement leur bien-être de manière positive en accueil individuel, se sentant mieux et plus autonomes par rapport à l'accueil collectif. Dauvrin et al. (2019) parlent aussi du manque d'autonomie et de l'infantilisation des DPI dans les centres d'accueil collectif.

Les barrières linguistiques, qui jouent un rôle important dans toutes les dimensions du bien-être, réduisent en particulier l'autonomie, puisque les résidents se retrouvent dépendants de ceux capables de traduire pour eux.

### Reconnecter

Les réseaux familiaux et sociaux sont habituellement une ressource importante pour faire face aux difficultés. Les DPI sont cependant très souvent isolés.

La famille dans le pays d'origine constitue plutôt une source de vulnérabilité (Gsir et al., 2012, Sarolea et al., 2021). En effet, lorsque les DPI appellent leur famille dans leur pays d'origine, ils éprouvent souvent un sentiment de culpabilité d'être partis dans des circonstances généralement difficiles, et de ne pas savoir si et quand ils seront reconnus. Du fait de cette pression, ils auront tendance à appeler de moins en moins. Pour les mineurs non accompagnés, rester en contact avec la famille est plutôt un facteur de protection (Behrendt et al., 2023).

La vie en centres collectifs peut contrebalancer l'isolement social, surtout à l'arrivée du DPI, lorsqu'il ne connaît que très peu la langue locale (Kox & van Liempt, 2022), mais la vie en centre est souvent perçue comme un environnement de cohabitation forcée, dans un climat de défiance généralisée (Ní Raghallaigh, 2014; Alessi, 2016; Kahn et al., 2018; Sarolea et al., 2021), où les relations sociales entre résidents sont souvent superficielles, et les amitiés profondes rares (Fedasil, 2022). On y retrouve en effet un mélange de différentes communautés, qui provoque des tensions entre résidents d'origines différentes, également liées aux expériences vécues dans le pays d'origine ou sur la route migratoire. Il n'est donc pas facile de partager son vécu.

Les réseaux plus solidaires et qui perdurent dans le temps sont ceux que les DPI ont construit pendant le voyage et dans le pays d'origine (Behrendt et al., 2023), ou une fois arrivé en Belgique. L'OMS (2023) identifie aussi le soutien communautaire comme facteur important pour la santé mentale, soulignant que les politiques favorisant l'intégration sociale et renforçant les liens familiaux et communautaires sont recommandées. Mais ces liens sont difficiles à créer quand on ne connaît pas la langue. D'autre part, il ressort également d'études que les réfugiés vivant dans des centres d'asile collectifs ont subi plus de discriminations que ceux vivant dans des appartements indépendants (Hajak et al., 2021).

L'implication dans la mesure du possible d'experts du vécu et de pair-aidants pourrait certainement contribuer à créer davantage de liens.

### Apaiser

Une difficulté majeure rencontrée dans la vie en centre est le manque d'intimité, dans une situation de cohabitation dans de petits espaces pendant une longue période (Sarolea et al., 2021 ; Fedasil, 2022). Des personnes d'horizons très divers (pays d'origine, statut social au pays, niveau d'éducation etc.) sont obligées de vivre ensemble avec peu de possibilités d'être seul. Il est très difficile de trouver une place pour soi dans le centre, un espace privé pour s'isoler, se retrouver seul avec soi-même. Le résident est constamment soumis au contrôle (de son emploi du temps, de ses activités, etc.) par la communauté, par sa famille et par le personnel. Même au cabinet médical, l'intimité n'est pas toujours garantie (file d'attente, pas d'isolation acoustique) (Gsir, 2012). Dès lors, les moments difficiles, le stress, les frustrations et les sentiments dépressifs sont d'autant plus difficiles à gérer. Être forcé de montrer sa vulnérabilité (cauchemars, peurs, traumatismes etc.) à une personne totalement étrangère peut être une source d'anxiété supplémentaire non seulement pour la personne vulnérable, mais également pour ceux qui en sont les témoins.

Outre le manque d'espace permettant l'intimité, il manque aussi d'espaces favorisant le bien-être : les installations de loisirs dans les centres d'accueil sont souvent limitées et perçues comme insuffisamment variées (Fedasil, 2022), et les conditions d'hygiène et l'état du bâtiment (parfois usés, froids, sales et malodorants) ne permettent pas d'avoir un lieu où on peut vivre dans la dignité et trouver une stabilité (Lietaert et al., 2020; Sarolea 2021).

#### 4.3 Familles

La famille peut jouer un rôle protecteur, mais plusieurs aspects organisationnels et physiques de la vie en centre compliquent la vie de famille et l'accomplissement du rôle parental, qui sont peu pris en compte par les centres, alors même que ceux-ci mettent l'accent sur cette responsabilité parentale (Lietaert et al., 2020). Ces constats se retrouvent dans d'autres études sur les familles dans les centres d'asile (Ogbut et al., 2014 ; Moran et al., 2017), qui montrent que peu ou pas d'attention est accordée au rôle des DPI en tant que parents dans les centres d'accueil (Williams, 2010 ; Merry et al., 2017 ; Fournier et al., 2023).

**Autonomie** : les parents ont l'impression de perdre leur autorité sur leurs enfants parce qu'ils sont eux-mêmes dépendants et soumis à l'autorité du personnel, ils doivent demander la permission pour beaucoup de choses, y compris pour s'occuper de leurs enfants (Sarolea et al., 2020). Les règles, procédures et horaires fixes empêchent les parents de répondre eux-mêmes aux besoins de leurs enfants (Lietaert et al., 2020) : ils ne peuvent pas les nourrir quand ils ont faim, ni choisir la nourriture qu'ils leur donnent, par exemple. Les parents indiquent aussi que l'attente entraîne un stress chronique, réduit leur capacité à être patient avec leurs enfants, et crée un sentiment d'impuissance car ils ne peuvent répondre aux questions de leurs enfants sur la date de leur départ du centre ou sur ce qui se passerait à l'avenir.

**Intimité** : les familles manquent souvent d'espace pour vivre correctement. Elles ont une chambre familiale privée mais cela veut dire que les parents n'ont aucune intimité.

**Sécurité** : il manque souvent d'espace sûr pour les enfants. Les parents considèrent leur chambre comme le seul espace sûr dont ils disposent (Lietaert et al., 2020). Ils sont convaincus que leurs enfants sont exposés à de nombreux dangers lorsqu'ils se trouvent dans le centre et se sentent impuissants à les protéger (principalement, venant des autres résidents : apprentissage de mauvaises manières et comportements, violence physiques et sexuelles, etc).

**Apaisement** : les familles manquent également d'espaces et d'installations de loisirs (Fedasil). De plus, le rôle parental (et l'absence de garde pour les enfants) empêche aussi les parents (et en particulier les femmes) de développer des activités favorables à leur bien-être : suivre des formations, travailler etc. (Sarolea et al., 2021).

#### 4.4 Groupes vulnérables

Les DPI qui demandent l'asile sur base de leur **orientation sexuelle ou identité de genre** ont aussi des besoins spécifiques dans les centres d'accueil (risque accru de violence notamment).

Les centres collectifs sont peu adaptés **aux femmes** : pas suffisamment d'espace qui leur est réservé (toilettes, douches, espace pour l'allaitement et les soins aux bébés) ; perpétuation des oppressions liées aux genre.

Les besoins des **bébés** devraient notamment faire l'objet d'une attention spécifique, tant au niveau des parents que sous forme d'interventions telles que celles connues en psychiatrie

infantile pour améliorer l'interaction parent-bébé. Des interventions précoces auprès des familles (y compris en situation de demande de protection internationale) existent en effet, notamment pour aider les parents à interagir et identifier les problèmes de leurs enfants. Une équipe pluridisciplinaire devrait évaluer les besoins des familles afin de réduire l'impact sur l'enfant et d'améliorer la situation sociale et la vie de la famille, en tant que facteur intermédiaire de l'état de l'enfant. Il est aussi nécessaire de détecter précocement les problèmes de santé mentale ou les troubles du développement et de pouvoir intervenir de manière adéquate rapidement. L'aide apportée au bébé et au jeune enfant, ainsi que l'aide apportée au lien parent-bébé, dans lequel la famille peut être impliquée de préférence, sont préventives pour des difficultés psychiques ultérieures éventuellement importantes.

Les **enfants et les adolescents** sont eux aussi fortement affectés par la vie dans les centres, et notamment par la promiscuité, le manque d'espaces de loisirs, d'espace pour faire ses devoirs, étudier etc. Les mineurs doivent aussi souvent faire face à la honte de vivre dans un centre, vis-à-vis des autres mineurs qu'ils rencontrent hors du centre (à l'école etc). (Sarolea et al., 2021).

Les **MENA** sont quant à eux normalement d'abord envoyés pendant 40 jours dans un des quatre centres d'orientation et d'observation (COO) spécifiques, où le mineur est observé, incluant une identification de ses vulnérabilités potentielles. Cette observation et orientation permettront d'aider le dispatching de Fedasil à les orienter vers le lieu d'hébergement le plus approprié au sein du réseau d'accueil collectif ou vers un autre centre, par exemple un centre dans le réseau de l'aide à la jeunesse.

Les **hommes isolés** sont considérés comme plus forts que les femmes et donc parfois mis dans de moins bonnes conditions d'accueil. La reproduction de normes « patriarcales » peut en outre renforcer la souffrance mentale en les empêchant de montrer leurs vulnérabilités.

#### 4.5 Dépistage et pris en compte des besoins

Le dépistage constitue une approche possible pour identifier les besoins des DPI en matière de santé mentale (Magwood et al., 2022). Un dépistage systématique appliqué peu après l'arrivée facilite l'identification précoce des troubles mentaux et peut contribuer à prévenir la chronicisation du problème et/ou le déclenchement d'une décompensation psychique, voire le développement de comportements à risque (usage de substances, actes auto-ou hétéro-agressifs etc.) (Schmidt et al., 2023). Il ressort des recherches internationales (Magwood et al., 2022) que les besoins des résidents sont souvent détectés tardivement, ce qui signifie que le soutien est également fourni tardivement, voire pas du tout, ce qui augmente la complexité de ces besoins.

Toutefois, il existe aussi un risque que le dépistage des troubles mentaux conduise à une re-traumatisation (réactualisation des symptômes traumatiques lorsque le sujet reparle ou repense aux événements traumatiques). Par conséquent, le dépistage doit être effectué dans un environnement sûr, lorsque les besoins de base sont satisfaits, et utiliser des instruments validés et sensibles à la culture (Magwood et al., 2022).

Les données suggèrent également que le dépistage peut potentiellement fausser la prévalence des troubles mentaux. Il convient d'être prudent lorsque l'on applique sans discernement des valeurs seuils aux réfugiés immédiatement après leur arrivée (Schumacher et al., 2021).

Il n'existe pas de consensus international sur l'instrument de dépistage le plus efficace pour les DPI. Le *Harvard Trauma Questionnaire* (HTQ) ou le *Refugee Health Screener* (RHS-15) sont les instruments les plus utilisés à l'heure actuelle (Magwood et al., 2022). Lors de la sélection de l'instrument de dépistage le plus approprié, il convient de tenir compte de la prévalence estimée des troubles mentaux et des spécificités du travail avec les DPI

(manifestations de stress liées à la culture, facteurs de stress environnementaux, événements traumatisants) (Magwood et al., 2022). En complément du dépistage, des soins de santé mentale et un suivi adéquat doivent également être disponibles, par exemple lorsqu'une intervention immédiate est nécessaire à la suite du dépistage, ou qu'une clarification du diagnostic semble s'imposer (Schmidt et al., 2023).

Pour cela, une formation de base sur la santé mentale et le contexte dans lequel vivent les DPI (conditions dans les centres d'accueil, l'impact de la procédure, de la séparation d'avec la famille etc.) est aussi nécessaire pour l'ensemble du personnel. Les programmes de formation peuvent apporter un soutien (Magwood et al., 2022). Le projet TOPPSY du HOGent, avec le soutien de l'AMIF, vise à accompagner le réseau d'accueil dans la détection et le suivi des vulnérabilités psychologiques, et à développer une offre de formation à cet effet. Une enquête a été menée en 2023, qui montre que 86% des répondants éprouvent un besoin de professionnalisation. Les travailleurs de première ligne ne se sentent pas suffisamment assurés de leurs propres compétences pour soutenir les résidents ayant des besoins en santé mentale.

Il y a un besoin important de formation générale sur la psychopathologie et de formation spécifique pour travailler avec les demandeurs d'asile (par exemple, sensibilisation à la culture et aux traumatismes) (voir les recommandations).

Cette recherche identifie aussi un certain nombre de **conditions préalables pour pouvoir** tirer le meilleur parti possible des possibilités de formation :

- La formation devrait s'inscrire dans une vision plus large de la santé mentale des résidents, et tout le personnel devrait avoir le mandat et la confiance nécessaires pour soutenir les résidents ayant des besoins en santé mentale.
- La théorie doit être implémentée dans la pratique.
- S'attaquer aux limites structurelles, telles que les infrastructures, les longues procédures de protection internationale, la pénurie de travailleurs, le manque d'options d'orientation dans le paysage des soins de santé mentale, etc. pour faciliter l'accompagnement des DPI.
- Une meilleure coopération, tant à l'interne qu'à l'externe, est considérée comme une condition préalable essentielle.

## 5 Accès et qualité des soins

### 5.1 Introduction

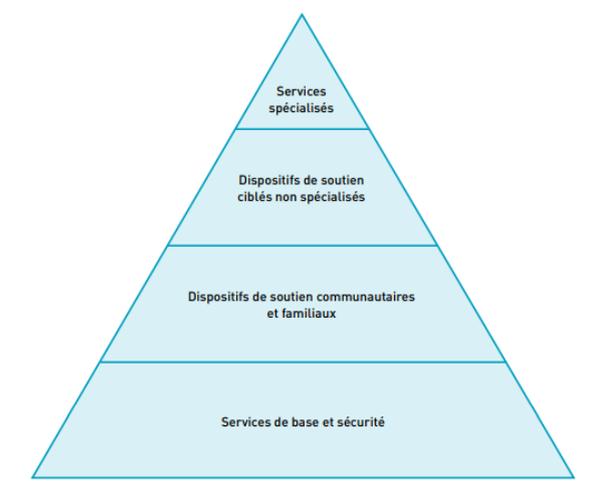
Les DPI font donc face à une multitude de facteurs de fragilisation au niveau de leur santé mentale. Pour faire face à ceux-ci, l'accès aux soins est évidemment un facteur de protection avéré (Dennis et al. 2017). Cependant, les recherches montrent que les résultats en matière de santé des réfugiés sont souvent moins bons dans les pays de transit et de destination en raison de problèmes liés à l'accessibilité des soins et à leur qualité (voir notamment Dauvrin et al., 2019 pour la situation en Belgique).

Au niveau des soins de santé mentale, l'utilisation des services par les DPI est aussi faible par rapport à leurs besoins potentiels (Satinsky et al. 2019). Des recherches néerlandaises montrent par exemple que seuls 8,8 % des DPI irakiens souffrant de troubles psychiatriques ont été en contact avec des services de santé mentale (Laban et al. 2007). Selon Slewa-Younan et al. (2015), seul un cinquième environ des DPI irakiens dans les pays occidentaux cherchent de l'aide, qu'elle soit professionnelle ou informelle. En Australie moins d'un réfugié sur dix présentant des symptômes de TSPT a utilisé les services de santé mentale spécialisés dans les traumatismes et la torture (4,6 %-10 %) (Slewa-Younan et al., 2017). En Belgique aussi, les soins de santé mentale pour les DPI font cruellement défaut (Dauvrin et al. 2019).

Il est aussi souvent difficile de trouver des soins adaptés aux besoins (notamment, pour les usagers de drogue) (Derluyn et al., 2008 ; De Kock et al., 2016).

Or, des mesures d'accompagnement multidisciplinaires (comprenant un volet prévention universelle, sélective et indiqué) devraient être disponibles pour les différents niveaux de la pyramide d'intervention du support psychosocial dans les situations d'urgence ([directives IASC](#), 2007) :

Figure 1. Pyramide des interventions pour le soutien de la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Pour une explication des étages, se reporter au texte ci-dessous.



## 5.2 Obstacles à l'accès aux soins

Afin d'identifier les obstacles rencontrés par les personnes en demande de protection internationale<sup>8</sup>, une revue de littérature de type *umbrella review* a été réalisée en décembre 2023, sur les obstacles rencontrés par les personnes issues de l'immigration récente pour accéder aux soins de santé mentale (y compris les réfugiés et DPI reconnus).

Cette recherche a permis de sélectionner 18 articles (voir méthodologie en annexe), qui ont été analysés en complément de la revue systématique de Claus et al. (2022), dans laquelle six catégories d'obstacles avaient été identifiées pour l'accès aux soins de santé mentale des DPI adulte :

### 1. Manque de connaissance du système de soins de santé et des droits aux soins

D'après la revue de Claus et al. (2022), tant les DPI que les prestataires de soins de santé manquent de connaissances sur les droits aux soins de santé ou sur les procédures pour y accéder. Les DPI ont du mal à trouver leur chemin dans un système de santé étrange et complexe, et les prestataires de soins de santé manquent de connaissance concernant le réseau de santé et les besoins spécifiques de cette population.

L'*umbrella review* réalisée dans le cadre de cet avis a également identifié le manque de connaissance du fonctionnement du système de santé (Due et al., 2020 ; Pollard et Howard, 2021) et des services disponibles (Colucci et al., 2014 ; Thomson et al., 2015 ; Derr, 2016) comme des obstacles à l'accès aux soins de santé mentale.

<sup>8</sup> Ce chapitre se concentre sur les DPI. Nous tenons à souligner que ces obstacles s'appliquent également aux personnes sans titre de séjour. Ce groupe cible est souvent oublié alors qu'il se trouve fréquemment dans des situations encore plus vulnérables.

Dauvrin et al. (2019) mentionnent également l'opacité du système pour les professionnels de santé comme obstacle à l'accès aux soins.

Déjà en 2014, le [Livre Vert sur l'accès aux soins en Belgique](#) avait également identifié la méconnaissance des droits et des procédures chez les prestataires de soins (qui engendre une appréhension quant au remboursement des services) et la réticence à solliciter les services publics comme obstacles à l'accès aux soins.

Le cadre de soins de santé existant pour ce groupe cible est souvent peu clair ou compliqué, de sorte qu'il est difficile pour ce groupe de comprendre ce cadre et de suivre les étapes de la procédure sans explications et soutien supplémentaires.

## 2. Maîtrise limitée de la langue du pays d'accueil

La revue de Claus et al. (2022) a identifié les **barrières linguistiques** comme l'un des principaux défis dans la prise en charge des DPI. Bischoff et al. (2003) décrivent par exemple que lorsque la communication entre les DPI et les prestataires de soins de santé est difficile, deux à trois fois moins de symptômes sont signalés. Travailler avec des **interprètes** professionnels permet d'optimiser la compréhension des problèmes, d'établir une relation de confiance avec le patient et d'accroître l'engagement du patient dans la prestation de soins. Néanmoins, seuls 53 % des services de santé mentale européens destinés aux réfugiés et aux DPI disposent d'interprètes (Satinsky et al. 2019). L'interprétation par des membres de la famille n'est pas une bonne réponse à ce problème (Donnelly et al. 2011).

L'*umbrella review* a également identifié les problèmes linguistiques (Salam et al., 2022) et le fait de ne pas avoir de traducteur pour aider à la communication comme barrières importantes (Satinsky et al., 2019; Nematy et al., 2022 ; Desa et al., 2022 ; Pollard et Howard, 2021) ; O'Brien et al., 2023). Les barrières linguistiques nuisent à la communication et à la compréhension entre les patients et les fournisseurs de services de santé mentale. Le recours à des interprètes semble limité (Salam et al., 2022), et les langues fournies par les services d'interprétation sont généralement courantes et manquent de dialectes (Pollard & Howard, 2021). L'utilisation d'un interprète a aussi affecté le flux et la planification des médecins en raison de la durée des rendez-vous, affectant ainsi la disponibilité des rendez-vous pour le grand public (Wohler & Dantas, 2017).

En Belgique, selon les parties prenantes, il y a une pénurie d'interprètes et de médiateurs interculturels (Dauvrin et al., 2019). Il y a des interprètes de bonne qualité et organisés (via par exemple Zorg en Gezondheid, Intercult du SPF Santé Publique, Service Setis, Bruxelles Accueil...), sur place, en vidéoconférence ou par téléphone. Cependant, l'interprétariat par téléphone n'est pas indiqué, voire même contre-indiqué avec ce public, et les vidéoconférences sont parfois compliquées (locaux inadaptés, voire absence de locaux, parfois mauvaise connexion internet etc). Le prestataire de soins doit souvent se débrouiller, et les interprètes agréés sont onéreux (60€ par heure). Certains travaillent avec des bénévoles, mais la qualité est alors parfois moindre et moins fiable au niveau du respect des horaires. Une étude est en cours à l'UGent (en collaboration avec la Fondation Kom op tegen Kanker) pour évaluer si un interprète payé est davantage utilisé. En effet, les aspects économiques ne sont pas la seule barrière à l'utilisation d'interprètes : certains professionnels de la santé mentale ont aussi des réticences à impliquer une tierce partie dans la relation thérapeutique ; et certains interprètes sont peu formés à intervenir pour des problèmes de santé mentale (Dauvrin et al., 2019).

### 3. Expression de la souffrance et de la maladie

La population des DPI est un groupe diversifié avec des antécédents culturels et un niveau d'éducation très variés, qui ont à leur tour une influence significative sur l'attitude à l'égard de la santé mentale.

Les facteurs culturels ont une forte influence sur l'expérience et l'expression des difficultés de santé mentale (Kleinman 1977). La notion de besoins psychosociaux et de santé mentale est ainsi vécue sous différentes formes par les personnes issues de l'immigration (modèles explicatifs religieux ou surnaturels, perception des troubles comme une faiblesse personnelle, tabou, ...).

L'*umbrella review* a mis en évidence les **conceptions différentes** que les migrants, les réfugiés ou les DPI peuvent avoir **de la santé mentale**, de la maladie mentale et de la nature du traitement, qui diffèrent d'une culture à l'autre (Colucci et al., 2014 ; Chaze et al., 2015 ; Satinsky et al., 2019 ; Demazure et al., 2022 ; Salam et al., 2022). Certaines cultures par exemple n'ont pas de mot pour désigner le concept de dépression post partum, et ont donc plus de difficultés à en parler (Tobin et al., 2018). Une faible littératie en santé mentale (Colucci et al., 2014), y compris un manque de sensibilisation et de connaissance des problèmes de santé mentale (Thomson et al., 2015 ; Derr, 2016 ; Hendrickx et al., 2019) et un manque de compréhension des causes de la maladie mentale (Byrow et al., 2018) sont d'autres obstacles. Deux articles (Colucci et al., 2014 ; Demazure et al., 2022) mentionnent que la faible priorité accordée à la santé mentale par les personnes issues de l'immigration récente peut entraver l'accès aux soins de santé mentale, car elles ne les considèrent pas comme un besoin fondamental tel que l'éducation et les biens matériels (Demazure et al., 2022). Pour le soignant, il peut aussi être difficile d'établir un diagnostic : difficulté à faire la distinction, chez les DPI, entre les troubles psychiatriques et les symptômes de détresse temporaire (Derlet & Deschietere 2019), à reconnaître certaines manifestations de détresse psychologique, telles que la somatisation (Byrow et al 2020), ou à prendre en compte la dimension des « manifestations culturelles » de la maladie (Sen 2016 ; Jannesari et al. 2020).

L'OMS (2023) a aussi identifié les concepts culturels de la santé mentale comme facteurs de risque, soulignant que les diagnostics et traitements ne tiennent pas toujours compte des significations attribuées par les individus à leurs problèmes.

### 4. Attentes concernant la relation thérapeutique et le traitement

Les facteurs culturels ont aussi un impact sur la relation entre les prestataires de soins de santé et leurs clients.

Selon Claus et al. (2022), le contexte culturel des patients a un impact sur leurs **attentes à l'égard des services** de santé mentale : certains espèrent par exemple que les cliniciens pourront améliorer leurs conditions de vie ou les aider dans leur demande de protection internationale. Ainsi, les réfugiés s'adressent aux prestataires de soins, mais en s'attendant à ce qu'ils règlent leurs problèmes administratifs ou leur fournissent des médicaments (Horn et al., 2015 ; Salami et al., 2019 ; Knipscheer et al., 2000). Cela peut conduire à un sentiment d'incongruité entre le système de soins et les besoins perçus (Kiselev et al. 2020).

Les DPI auront notamment tendance à croire qu'il est de **leur responsabilité personnelle de gérer** leurs facteurs de stress et d'y faire face sans interférence d'une personne extérieure. Lorsqu'une aide est demandée, elle provient plus souvent de membres de la famille, d'amis ou d'autres sources informelles (chefs traditionnels, guidance spirituelle), plutôt qu'à des prestataires de soins psychosociaux et de santé mentale professionnels (Nguyen et al., 2018 ; van der Boor & White, 2019 ; Salami et al., 2019 ; Knipscheer et al., 2000).

L'*umbrella review* a mis en évidence que les différences dans la compréhension des causes des troubles mentaux et de la façon d'y faire face font hésiter les migrants, les réfugiés et les

DPI à demander des soins formels pour obtenir de l'aide psychologique (Colucci et al., 2014 ; Satinsky et al., 2019 ; Almutairi et al., 2022). Ils vont chercher d'autres mécanismes d'adaptation tels que la musique, le soutien familial et la prière pour atténuer le stress et la tension (Thomson et al., 2015). Cinq articles traitaient de la spiritualité, de la religion et de la tradition comme raisons pour lesquelles les personnes issues de l'immigration récente sont réticentes à demander de l'aide en matière de santé mentale (Colucci et al., 2014 ; Chaze et al., 2015 ; Wohler et Dantas, 2017 ; Satinsky et al., 2019 ; Almutairi et al., 2022) et sont plus susceptibles d'avoir recours à d'autres sources d'aide psychologique, comme les chefs religieux ou Dieu (Colucci et al., 2014 ; Chaze et al., 2015 ; Satinsky et al., 2019 ; Almutairi et al., 2022), les guérisseurs traditionnels, les amis et la famille (Colucci et al., 2014 ; Wohler et Dantas).

Le rôle et l'identité de genre ont également été identifiés comme un obstacle, en particulier dans les scénarios où il y avait une intersection de sexes opposés entre les professionnels des services et les patients (O'Brien et al., 2023). La hiérarchie des sexes est notamment dépeinte (domination masculine dans les relations), où les hommes ne veulent pas que la voix de leur partenaire soit entendue par quelqu'un de l'extérieur de la famille (Desa, et al. 2019 ; et Nyikavaranda et al. 2023). Des entretiens avec des femmes immigrantes et réfugiées au sujet de leurs expériences de recherche d'aide pour la dépression post-partum ont révélé que les hiérarchies de genre bien ancrées sont devenues préjudiciables à la recherche de services de soins de santé mentale (Salam et al., 2022).

Les barrières culturelles contribuent également à ce que les patients issus d'une migration récente aient l'impression que les professionnels de la santé sont insensibles et inflexibles à leurs besoins, comme l'ont particulièrement souligné les recherches de Wohler et Dantas (2017). O'Brien et al. (2023) ont observé que les professionnels de la santé expriment un sentiment d'incompétence ou d'inadéquation pour répondre aux besoins en santé mentale des populations migrantes.

En Belgique également, les différences d'attitudes et d'attentes à l'égard des services de santé mentale sont perçues comme un défi par les prestataires de soins de santé (Dauvrin et al. 2019).

Le personnel des services sociaux des centres témoigne aussi que les professionnels ont des soupçons (parfois justifiés) que les problèmes psychologiques sont amplifiés ou cachés afin d'obtenir certains privilèges/soutiens : le personnel doit pouvoir déterminer s'il s'agit d'une véritable souffrance ou d'un moyen d'obtenir des exceptions ou des reports.

Il y a également des divergences sur les **modalités de traitement** (approche médicale ou approche psychothérapeutique). D'après certains auteurs les réfugiés préféreraient une thérapie de groupe plutôt qu'individuelle (Rucci et al., 2014), mais le climat de défiance envers les autres est susceptible de réduire l'efficacité de tels programmes. Il est en tout cas important d'avoir des méthodes de traitement spécifiques à la culture, les méthodes de traitement occidentales suscitant souvent des inquiétudes (Byrow et al. 2020).

[L'entretien de formulation culturelle](#) (*Cultural Formulation Interview* - CFI) inclus dans le manuel de diagnostic DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (Bäärnhielm, S., 2016) est un exemple d'outil qui pourrait être utilisé plus largement dans le secteur de la santé mentale.

Les traitements axés sur le rétablissement fonctionnel (que devez-vous faire ?) répondraient mieux aux besoins des DPI que les traitements axés sur les émotions (comment vous sentez-vous ?) ou que la thérapie par la parole (Sen 2016). La nécessité d'une approche holistique dans la prise en charge de la souffrance semble faire consensus dans la littérature (Colucci et al 2015 ; Jarlby et al 2018).

Selon Dauvrin et al. (2019), d'autres formes de traitement considérées dans la littérature pourraient être adéquates (en particulier pour les MENA), comme les thérapies assistées par des animaux, ou différentes formes d'art-thérapie ou de thérapie par le mouvement.

D'autres approches plus psycho-corporelles sont également citées dans la littérature (Van der Kolk, etc.), par exemple des thérapies par le mouvement, des techniques de relaxation, Mindfulness, la physiothérapie, etc.

Il est en tout cas important d'adapter l'accompagnement thérapeutique de ces patients, à leur demande, à leurs besoins et à leur culture. Toutes les approches suffisamment validées (evidence based, c.q. practice based) peuvent être utilisées, si on tient compte des caractéristiques de chaque patient et de sa temporalité (à quel moment du parcours d'exil, etc).

Pour une meilleure qualité de soins, il est donc important que les soignants soient suffisamment formés pour pouvoir reconnaître ces croyances, et prendre en compte les spécificités culturelles.

Différents modèles existent aussi à l'étranger qui favorisent l'ethnopsychiatrie (voir notamment les travaux de Thierry Baubet<sup>9</sup>, Daniele Pierre<sup>10</sup> ou Marie-Rose Moro<sup>11</sup> à ce sujet). De nombreuses organisations et initiatives en Europe (MHealth4All, 2022-2024 par exemple) et en Belgique<sup>12</sup> travaillent également à l'amélioration des soins de santé mentale transculturels.

##### 5. Manque de confiance et stigmatisation

D'après Claus et al. (2022), les DPI peuvent manquer de confiance dans les organismes publics, en partie à cause de leurs propres expériences, ce qui nuit à la confiance dans un système de santé étranger et au partage d'informations sensibles.

Les craintes sont liées à la méfiance envers des étrangers, et en particulier la peur que des informations soient transmises à des organismes publics ou des proches, mais aussi la crainte de ne pas pouvoir payer et d'être poursuivi, et le sentiment de ne pas être compris. Les discours anti-immigration dans les pays d'accueil peuvent aussi inciter les DPI à éviter les soins de santé (da Silva Rebelo et al., 2018 ; Devakumar et al., 2020).

La prise en charge des problèmes médicaux en centre peut aussi être source de tension : longue attente avant d'avoir un rendez-vous, sentiment de ne pas être cru par le service médical, peur de faire part de ses problèmes de santé par crainte de ne pas être pris au sérieux ou d'effet négatif sur la procédure... Et le manque de possibilité de choisir son prestataire de soin dans les centres collectifs peut aussi constituer un obstacle.

L'*umbrella review* a également identifié le manque de confiance comme obstacle. Certains participants à des études antérieures ont indiqué qu'ils n'étaient pas sûrs que le « fournisseur de soins de santé mentale occidental » les comprendrait, car ils n'étaient pas de la même culture ou du même milieu (Byrow et al., 2018 ; Satinsky et al., 2019). Deux articles soulignent que certaines personnes ne reconnaîtraient pas l'avantage de parler de leurs problèmes à un « étranger », ce qui rendait les séances désagréables (Colucci et al., 2014 ; Demazure et al., 2022). Certaines personnes ont mentionné qu'elles ne se sentaient pas à l'aise de parler de leurs problèmes à quelqu'un qu'elles ne connaissaient pas (Byrow et al., 2018). D'autres préféraient un fournisseur de soins de santé mentale d'un milieu similaire, car ils les comprendraient mieux (Pollard et Howard, 2021), mais les participants à d'autres études ont déclaré que cela suscitait davantage de préoccupations quant à la confidentialité lorsque le fournisseur de soins de santé mentale était une personne de leur propre communauté (Byrow et al., 2018).

Certains réfugiés, DPI et migrants n'avaient pas non plus confiance dans la « médecine occidentale », dans l'utilisation des médicaments encouragés par leur fournisseur de soins de

<sup>9</sup> <https://utrpp.univ-paris13.fr/user/baubet+thierry/>

<sup>10</sup> [Danièle PIERRE, Auteur à L'autre - Cliniques, Cultures et Sociétés \(revuelautre.com\)](#)

<sup>11</sup> [ACCUEIL | Marie Rose Moro | site officiel](#)

<sup>12</sup> par exemple; Solentra, UZ Brussel ; Formation Transcultural Mental Health Care, KU Leuven, certains SSM (Ulysse, Exil, D'ici et d'Ailleurs, la consultation transculturelle et ethnopsychiatrique du SSM Chapelle aux Champs et du CHU Brugmann, VBO-Leuven), etc..

santé (Desa et al., 2022) et dans le système de santé et le système juridique. Certaines personnes craignaient que leurs enfants ne leur soient retirés, car ils seraient considérés comme des « parents incompetents » en raison de leurs problèmes de santé (Salam et al., 2022).

Quatre articles décrivent que des préoccupations en matière de protection de la vie privée sont apparues lorsque des interprètes non professionnels ont été consultés, car ils étaient dans la plupart des cas des personnes de la même communauté et connaissaient quelqu'un de leur famille ou de leur environnement (Desa et al., 2022 ; Byrow et al., 2018 ; Nematy et al., 2022 ; Salam et al., 2022).

La **stigmatisation** est un autre obstacle important à la prestation de soins psychiatriques. Elle apparaît comme un obstacle récurrent dans 14 articles de *l'umbrella review*. La stigmatisation est un obstacle tant au niveau personnel que sociétal, ce qui empêche les migrants d'accéder aux services de santé mentale. Dans certains contextes culturels, la maladie mentale est fortement stigmatisée, ce qui entraîne souvent un isolement social et des sanctions contre la personne atteinte. Salam et al. (2022) soulignent que la stigmatisation est une préoccupation majeure chez les migrants nouvellement arrivés, tandis que les résidents de longue date ont tendance à être moins touchés. Byrow et al. (2020) approfondissent les thèmes entourant la stigmatisation liée à la santé mentale, notamment les conséquences personnelles telles que la honte, la discrimination et la peur de l'isolement ou de l'ostracisme de la société. La crainte d'être stigmatisé lors de la divulgation de son orientation sexuelle ou identité de genre est un autre obstacle observé par Nematy et al. (2022) dans diverses facettes des services de santé mentale. La peur de la discrimination était un obstacle supplémentaire, au même titre que la stigmatisation, comme l'ont souligné Hendrickx et al. (2019), Pollard & Howard (2021), Nematy et al. (2022) et Salam et al. (2022).

Les prestataires de soins de santé travaillant avec les DPI ont également indiqué que les perceptions négatives de la psychiatrie (65,7 %) et la peur de la stigmatisation dans leur propre communauté (66,4 %) étaient les deux principaux obstacles dans cette population (Bartolomei et al. 2016). Selon Sarolea et al. (2021), certains DPI refusent ainsi de voir un psychologue, soit par stigmatisation de la maladie mentale dans le pays d'origine, soit parce qu'il préfère ne plus penser aux traumatismes vécus au pays (Sarolea et al., 2021).

## 6. Difficultés pratiques

Selon Claus et al. (2022), les **contraintes financières** et les conditions de vie précaires peuvent contraindre les DPI à donner la priorité aux besoins de base plutôt qu'à la santé mentale (ce qui entraîne d'autre part une surconsommation de soins d'urgence et un manque de continuité des soins). Les femmes avec enfants en bas âge se retrouvent face aux difficultés pratiques de devoir faire garder leur enfant pour se rendre dans les services de santé. Les contraintes financières liées au transport peuvent aussi être un frein.

Ces freins ont également été identifiés dans *l'umbrella review* : les personnes issues de l'immigration récente éprouvent des difficultés à trouver un **moyen de transport** pour se rendre chez le fournisseur de soins de santé mentale (Colluci et al., 2014 ; Wohler et Dantas, 2017 ; Tobin et al., 2018 ; Byrow et al., 2018 ; Due et al., 2020). Le paiement de ce transport (Satinsky et al., 2019) et le manque de liaison(s) de transport public, combiné à des conditions hivernales et météorologiques difficiles et à des maladies physiques (Salam et al., 2022) sont aussi des obstacles. Deux articles soulignent que les personnes vivant dans des zones plus petites ont du mal à trouver un fournisseur de soins de santé mentale approprié pour elles-mêmes, tandis que les personnes vivant dans les grandes villes ont plus d'options disponibles (Salam et al., 2022 ; Nematy et al., 2022).

Les personnes qui ont des enfants mentionnent également le manque de **services de garde gratuits** à faible coût (Wohler et Dantas, 2017 ; Tobin et al., 2018) et partagent que voyager avec des enfants est un obstacle à l'accès aux soins de santé mentale (Salam et al., 2020).

### 7. Difficultés structurelles (institutionnelles)

La **discrimination institutionnelle** (exclusion des programmes nationaux de promotion de la santé, de prévention, de traitement et de soins, et de la sécurité sociale) est une autre barrière importante. Les soins de santé mentale pour les DPI ne sont pas une priorité politique, car ils sont souvent déjà inadéquats pour la population générale (Pollard & Howard, 2021). L'évaluation inadéquate des besoins psychiques des DPI les rend également peu compréhensibles pour les décideurs politiques (Kiselev et al 2020).

*L'umbrella review* a identifié **l'absence d'assurance** (Derr, 2016 ; Byrow et al., 2018, Almutairi et al., 2022) ou des régimes d'assurance limités pour les DPI et les réfugiés (Nematy et al., 2022) comme barrière, car cela augmente les coûts des services de santé mentale et soulève des inquiétudes pour les personnes qui ont récemment migré vers un pays d'accueil et vivent souvent dans des conditions financières précaires (Byrow et al., 2018) et dans des conditions socio-économiques défavorables, notamment la pauvreté, l'insécurité du logement et l'isolement social (O'Brien et al., 2023).

Les obstacles structurels que sont les **longues listes d'attente et la difficulté à s'inscrire** auprès des services de santé appropriés ont été mis en évidence comme un obstacle par Tobin et al. (2018) ; Colucci et al. (2019) ; Satinsky et al. (2019) et Due et al., (2020).

Enfin, **l'incertitude quant au statut du séjour** et à ses implications, comme l'environnement hostile associé à l'immigration constituent un obstacle structurel pour les immigrants ayant besoin de services de santé mentale, comme l'ont souligné Byrow et al. (2020) ; et Pollard et Howard (2021). Le temps de traitement des demandes, la crainte d'être expulsé, la violence de la part des autorités, la discrimination de la part du personnel ou des membres de la société sur le plan personnel ont tous été identifiés comme des obstacles, complétés par des politiques bureaucratiques complexes (Colucci et al., 2014 ; Thomson et al., 2015 ; Byrow et al., 2020 ; Pollard et Howard, 2021).

Dauvrin et al. (2019) ont notamment identifié l'incertitude sur la durée du séjour dans les centres et donc l'impossibilité d'établir un travail thérapeutique de qualité sur de trop courtes durées comme raisons de refuser de prendre en charge des DPI.

### 5.3 Situation en Belgique

En Belgique, la situation administrative détermine l'accès aux soins dont on peut bénéficier. En effet, selon la « loi accueil », les personnes en demande de protection internationale doivent bénéficier d'un accompagnement social, médical et psychologique, qui sera organisé dans les faits de manière différente selon la manière dont ils sont accueillis :

Pour les DPI hébergés en centre d'accueil collectif, l'accès aux soins de santé est toujours organisé de la même façon, et les soins sont gratuits :

- soins de première ligne disponibles au sein du centre (infirmiers, médecins généralistes, et psychologues) ;
- lits médicalisés dans certains centres, pour les personnes souffrant de graves problèmes de santé physique ;
- consultations de spécialistes et hospitalisations après avis du médecin ou de l'infirmier du centre ;
- soutiens spécifiques, en fonction des centres : personnes de référence dans chaque centre pour les questions de vulnérabilité particulière, de problèmes de santé mentale et de mutilations génitales féminines, trajets d'accompagnement spécifiques (Gender-

based violence, MGF, LGBTQIA+, assuétudes, ...), projets pilotes (par exemple R-sense) et budget prévu pour des collaborations externe (avec des associations de promotion de la santé, soutien psychosocial ... ).

Toutes les références vers les soins externes (et notamment les consultations psychologiques) sont organisées par le service médical du centre qui doit délivrer un réquisitoire, ce qui peut provoquer des délais dans l'orientation. Il y a aussi des listes d'attente pour ces consultations psychologiques, et des difficultés à trouver des psychologues formés au travail avec ce public.

Pour les personnes avec une/des problématiques de santé psychologique qui nécessitent un encadrement intensif au quotidien, il y a une collaboration avec [CIBA](#) (*Centrum Intensieve begeleiding asielzoekers*) et CARDA (Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile): ces centres de la Rode Kruis Vlaanderen et la Croix Rouge de Belgique sont des lieux de supervision résidentielle temporaire pour les demandeurs de protection internationale ayant des problèmes psychologiques et/ou psychiatriques légers et qui ont besoin d'une supervision plus intensive. Ils ne sont accessibles que sous certaines conditions procédurales (formulaire d'admission validé par le centre CIBA ou Carda même), et sur une base volontaire du résident concerné. Ils proposent une large offre d'activités thérapeutiques (relaxation, ergothérapie, physiothérapie, art-thérapie, sport etc.).

Le projet POZAH (*Psychiatrische Ondersteuning en Zorg voor Asielzoekers aan Huis*) propose quant à lui un programme de traitement sur une base volontaire aux DPI adultes souffrant de problèmes psychiatriques plus sévères. Comme pour les autres projets, une demande via un formulaire est introduit par le CA à la coordination médicale de la région concernée. La décision d'accueil/de prise en charge relève du projet. Si l'admission n'est pas appropriée et/ou si le DPI lui-même refuse, un plan de traitement de proximité peut être établi. En outre, le coaching du personnel du centre d'hébergement est également utilisé autant que possible pour obtenir une bonne compréhension et un soutien de la condition psychiatrique.

Le processus d'admission dans ces centres prend du temps (plusieurs rencontres nécessaires), et un accueil de crise n'est donc pas possible.

Pour les mineurs (12 à 18 ans), [PASO](#) est un centre de jour pour mineurs ayant une difficulté psychologique ou un traumatisme à la suite de leur fuite de leur pays d'origine, dont le soutien actuel de leur environnement ou l'assistance ambulatoire s'avèrent inadéquats. Il y a une liste d'attente pour l'accès à ce centre.

Ces structures de soins ne sont disponibles que dans certaines parties du pays (CIBA à Sint-Niklaas, CARDA à Liège, POZAH à Grimbergen, PASO à Louvain).

Les personnes hébergées en [ILA](#) gèrent quant à elles elles-mêmes leurs soins de santé, en collaboration avec les CPAS qui vont gérer le paiement des frais de santé (ce qui peut également créer des freins à l'accès, ou un manque de liberté quant au choix du soignant, etc.).

En ce qui concerne les [codes 207 "No show"](#), quand les DPI ne séjournent pas dans un centre d'accueil (par choix ou parce que Fedasil ne leur a pas accordé de place d'accueil), une procédure spécifique est d'application, qui leur permet d'avoir accès aux soins via une plateforme en ligne.

Pour ces personnes hébergées dans des ILA ou qui ont un code 207 « No show », les contraintes administratives constituent cependant un obstacle important à l'accès aux soins.

Les MENA ont quant à eux droit à l'assurance maladie obligatoire belge à la condition d'avoir passé au moins trois mois consécutifs dans l'enseignement primaire ou secondaire (ou d'avoir été exempté de l'obligation scolaire par un organisme agréé). Mais, d'après Dauvrin et al. (2019), les MENA font face à des problèmes spécifiques pour l'accès aux soins, tels qu'une pénurie de tuteurs, des difficultés à respecter les conditions d'accès à l'assurance maladie obligatoire, une couverture par les mutualités pas toujours effective pour les MENA.

Selon Dauvrin et al. (2019), la répartition inégale des DPI sur le territoire belge complique aussi l'accès aux services de soins spécialisés, notamment de santé mentale. Les contraintes administratives sont également des obstacles pour accéder à des soins spécialisés ou une hospitalisation. Selon ce rapport il manque également de professionnels spécifiquement formés au TSPT et aux autres problèmes de santé mentale spécifiques de la population de DPI. Les professionnels de la santé sont par ailleurs aussi réticents à recevoir cette population, du fait de la complexité des démarches pour se faire payer, mais aussi du manque de soutien administratif et logistique (interprètes), des craintes pour leur réputation et parfois des craintes à l'égard des patients.

L'absence de données et d'indicateurs centralisés empêche le suivi adéquat de l'état de santé des DPI, de leurs besoins, de la qualité des soins dispensés et de leurs coûts, ce qui empêche d'adapter l'offre aux besoins.

Le personnel des services sociaux des centres témoigne également du problème des listes d'attente pour accéder à des psychologues / psychiatres, de l'insuffisance des possibilités de suivis dans la communauté (pénurie de psychologues dans les environs immédiates des centres), d'une insuffisance de places dans les établissements psychiatriques/spécialisés (y compris pour la population belge) ; et du manque de places adaptées à des traumatismes/vulnérabilités spécifiques (ces places étant en outre liées à certaines exigences liées à la demande de protection internationale).

## 6 Impact de la santé mentale : Intégration future

Sans prise en charge adéquate et à temps, les traumatismes subis par les DPI peuvent augmenter les risques d'addictions, d'incapacité ou d'invalidité. Les problèmes psychiques qui ne sont pas correctement pris en charge entraînent donc des coûts importants pour la société, engendrés par une utilisation accrue des soins de santé, ainsi que par l'absence d'éducation et de la réduction de la productivité au travail (Dijk & Kiernan, 2023).

De même, la manière dont les DPI sont accueillis et intégrés dans les pays d'accueil (y compris la durée des procédures, leur accès aux soins de santé et aux services sociaux) a des conséquences négatives à long terme sur leur santé mentale et physique, leur qualité de vie, ainsi que sur leur capacité fonctionnelle.

Par ailleurs, la souffrance psychique ne disparaît pas quand la décision est prise d'accorder ou non le droit de protection internationale. Une décision négative, surtout si elle intervient des années après l'arrivée en Belgique, sera évidemment vécue comme un rejet et une condamnation à l'exclusion. Dans ce cas, la réintégration dans la société d'origine n'est pas toujours évidente non plus. Mais, même en cas de décision positive, vécue comme une ouverture à de nouvelles possibilités, le risque de désillusions est présent : la reconstruction psychique sera encore souvent longue, et les aspects pratiques ne sont pas encore tous réglés : problèmes liés à la procédure du regroupement familial, marché de l'emploi, marché locatif, barrière de la langue et différences culturelles, racisme et discrimination etc.

Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent également être exclues de la société en raison de la stigmatisation et de la discrimination, et leurs droits humains ne sont pas

toujours respectés. Les personnes souffrant de troubles mentaux sont ainsi plus susceptibles d'être victimes d'abus physiques et sexuels que la population générale (OMS, 2023).

Sans un accès efficace et abordable aux soins de santé mentale, les plaintes psychologiques peuvent alors s'aggraver et ces personnes se retrouvent dans les services d'urgence psychiatrique ou dans les services d'urgence des hôpitaux généraux. Les recherches menées par Cornelis et al (2007) montrent que la psychopathologie est un facteur prédictif de l'incapacité.

Le manque de diagnostic et d'intervention précoce pour les troubles mentaux chez les réfugiés implique donc une augmentation à long terme de l'utilisation du système de santé, mais aussi des coûts sociétaux liés à la perte de productivité économique (Maier et al., 2010 ; Bauhoff et Göppfarth, 2018 ; Blackmore et al., 2020 ; Tzogiou et al., 2022).

## IV. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les DPI (et notamment les enfants et les mineurs non accompagnés) sont particulièrement vulnérables aux problèmes de santé mentale en raison des nombreux facteurs de stress pré- et post-migration. Ces fragilités sont notamment renforcées par les procédures de demande de protection internationale, souvent longues et stressantes en raison du manque d'informations claires sur le déroulement de la procédure, de la nécessité de justifier soi-même sa demande, et du manque de perspective. L'accueil en centre collectif peut également avoir un impact sur la santé mentale des DPI, du fait du manque de sécurité, d'autonomie, et d'intimité, ce qui affecte le bien-être des résidents et complique la vie familiale. La difficulté de créer des liens, ainsi que les expériences de racisme et de discrimination auront également un impact. Des soins de santé mentale appropriés et donnés à temps pourraient aider à faire face à ces facteurs, mais plusieurs obstacles entravent l'accès à ceux-ci, tels que le manque de connaissances sur les droits du DPI, les problèmes linguistiques, les différences culturelles, la méfiance envers les institutions publiques, et d'autres difficultés pratiques et structurelles.

La psychopathologie peut avoir un impact non négligeable sur la procédure elle-même, ainsi que sur le processus d'intégration dans le pays d'accueil. Investir dans la santé mentale des DPI dès leur arrivée sur le territoire permet donc non seulement de respecter leurs droits, mais aussi de favoriser leur future participation à la société, étant donné que tout DPI est susceptible de devenir citoyen belge.

Pour une meilleure prise en compte des vulnérabilités des DPI, le CSS fait les recommandations suivantes :

### I. Aux autorités européennes

Le CSS recommande que les politiques en matière de protection internationale se fondent sur les droits de l'homme, et offrent notamment des **voies de migration sûres** pour s'assurer du respect des droits de l'homme, protéger les DPI, les personnes déplacées, les réfugiés et tous les migrants de la violence et d'autres événements potentiellement traumatisants, et pouvoir leur offrir la protection et les soins adéquats.

### II. Aux autorités belges

Les recommandations du CSS ne portent pas sur les conditions minimales d'accueil que la Belgique devrait respecter de par ses engagements internationaux, mais fait des recommandations supplémentaires identifiées comme importantes pour favoriser la santé mentale des DPI.

D'abord, de manière générale, il est recommandé (comme le fait l'OMS (2023)), de mettre en œuvre des politiques de lutte contre le racisme et des **programmes qui**

- **favorisent la participation** des DPI à la société,
- **promouvent l'intégration et la diversité,**
- **et réduisent la discrimination.**

Par exemple, il peut s'agir de campagnes médiatiques visant à sensibiliser le public à la violence à leur encontre, à promouvoir des informations exactes, à souligner leurs contributions positives à la société et à lutter contre les stéréotypes néfastes.

### Accueil

**Avant tout, chaque DPI doit avoir un logement conforme à la dignité humaine dès son arrivée en Belgique.**

L'OMS (2023) identifie l'absence de logement, de sécurité financière, d'emploi, de statut juridique et d'accès à la nourriture comme facteur de risque pour la santé mentale et considère la garantie des besoins essentiels (alimentation, logement, sécurité et éducation ou emploi) de ces populations comme la priorité et première intervention nécessaire. Ces conditions d'accueil minimales sont par ailleurs obligatoires du fait des engagements internationaux de la Belgique.

**L'accueil doit répondre aux normes minimum prévues** (Fedasil, 2018 et l'EUAA, 2016). Le CSS recommande en outre pour garantir le bien-être des résidents :

- Accueil sur mesure en fonction des besoins : évaluation des besoins des résidents de façon continue et dépistages réguliers en matière de santé mentale dans les structures d'accueil :
  - o en utilisant un outil approprié et acceptable (par ex. le HTQ ou le RHS) suffisamment validé empiriquement, également pour son utilisation dans un contexte interculturel,
  - o en assurant une supervision et un suivi adéquats du personnel,
  - o et en garantissant que des options d'orientation adéquates et suffisamment rapides soient disponibles.
- Désigner, tel que prévu dans la loi « accueil » du 12 janvier 2007, un centre adapté aux besoins du DPI et s'il n'y a pas de places disponibles, prévoir un transfert vers un logement individuel dans les 4 mois de l'arrivée de la personne.
- Créer un sentiment de sécurité dans les centres, en mettant encore plus l'accent sur ces aspects.
- Favoriser l'intimité : une chambre par famille ; chambre individuelle (au minimum pour les personnes ayant des besoins spécifiques / des vulnérabilités, y compris des besoins psychologiques qui justifient une chambre séparée) ; sinon maximum 2 personnes par chambre.
- Favoriser l'autonomie : Implication des résidents dans les politiques du centre, accès à l'information (dans sa propre langue), possibilités de travail, favoriser l'apprentissage de la langue comme outil vers plus d'autonomie, pouvoir cuisiner soi-même.
- Favoriser les liens :
  - o avec la famille restée au pays et avec son propre milieu culturel, avec une attention particulière dans le cas des mineurs non accompagnés ;
  - o au sein du centre (résidents et personnel) ;
  - o et avec la communauté locale : soutenir la construction d'un réseau social, via notamment la collaboration avec d'autres services et soutiens, par exemple l'école ; activités organisées avec des partenaires locaux.
- Favoriser les perspectives d'avenir : en collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de l'insertion professionnelle et de l'intégration, favoriser l'accès à l'emploi ; accès à l'éducation (mineurs) et à l'enseignement des langues (adultes) ; reconnaissance des diplômes.
- Veiller à une offre de base de soutien psychosocial selon le principe *matched-care* et *stepped-care* :
  - o psychoéducation (en groupe, brochures ...) autour du stress et des problèmes de sommeil, relaxation, normalisation des symptômes psychologiques et déstigmatisation de la santé mentale, etc ... ;
  - o faciliter la collaboration avec les psychologues (y compris possibilités de consultations sur place ou de vidéoconférences en cas de difficultés à se déplacer).
- Veiller à une information de base autour de la vie affective, sexuelle et relationnelle, en partenariat avec les centres de planning familial.
- Accorder une attention particulière

- aux femmes enceintes et aux parents ayant des bébés, afin d'aider et de soutenir la future mère ou la jeune unité parent-enfant (voir par exemple les méthodes appliquées dans les unités M-K des hôpitaux psychiatriques qui visent à soutenir la relation mère-bébé ; ainsi que les Maisons Vertes en Flandre et à Bruxelles : Speelbrug à Anvers, Speel-o-droom Leuven, La Margelle Ixelles, etc,)),
- aux enfants et adolescents, en particulier les mineurs non accompagnés.

La réduction du turn-over dans les centres d'accueil est un enjeu majeur afin de faciliter le lien avec les résidents et maintenir les compétences acquises au sein du personnel. Il est donc nécessaire de donner les moyens et les ressources aux membres du personnel des centres d'accueil pour qu'ils puissent remplir leurs missions dans un cadre sûr et respectueux de leurs compétences :

- renforcer le personnel des centres d'accueil (et notamment celui des services sociaux et médicaux),
- explorer les possibilités d'intégrer des pairs aidants et des experts du vécu,
- valoriser les compétences et expertises,
- favoriser l'accès au trajet de formation de base « *Mental health & Psychosocial Support / Mental Health & Well Being* » pour l'ensemble des collaborateurs en contact avec les bénéficiaires de l'accueil, et à la formation continue pour soutenir le développement de compétences, de façon à ce que tout le personnel ait le mandat et la confiance nécessaires pour soutenir les résidents ayant des besoins en santé mentale.

Au niveau formation, les besoins de formation généraux et spécifiques identifiés dans le cadre de l'enquête du projet TOPPSY sont :

- Généraux :
  - les psychopathologies, telles que la dépression, l'automutilation, les problèmes de sommeil, l'abus de substances, la psychose, les troubles du deuil et de la perte, les plaintes psychosomatiques, l'anxiété, les pensées suicidaires et les crises psychogènes non épileptiques.
- Spécifiques :
  - les influences culturelles sur la santé mentale (comprendre l'impact de l'histoire et du contexte des résidents, en tenant compte des stratégies d'aide des résidents eux-mêmes) ;
  - l'influence de l'expérience des réfugiés et du contexte d'accueil sur la santé mentale (comprendre les facteurs de stress subis par les résidents, en évitant de pathologiser des comportements qui sont une réponse normale à une situation anormale) ;
  - le traumatisme et le soutien tenant compte des traumatismes ;
  - le contexte favorable pour réduire les facteurs de stress ;
  - la manière de faire face à l'impuissance;
  - la manière de prendre soin de soi et prendre soin de ses collègues (une approche préventive est importante car les histoires des résidents ou les moments de crise peuvent avoir un fort impact émotionnel et les employés ne savent pas toujours comment prendre soin d'eux-mêmes) ;
  - les premiers soins pour les besoins en santé mentale (il est important de renforcer les compétences de toutes les disciplines, et pas seulement les services médicaux ou sociaux) ;
  - le partage de l'information (secret professionnel) et la déontologie (gestion des dilemmes éthiques) ;
  - la hiérarchisation et la prise de décision : apprendre à évaluer quand des conseils internes peuvent être fournis et quand une référence externe est nécessaire ;

- le réseautage et collaboration : la construction d'un réseau est considérée comme crucial, mais il est souvent difficile de savoir qui est responsable de construire ce réseau et comment la coopération peut être mise en place.

## Procédure

### Office des étrangers

- Permettre la **présence de l'avocat et/ou une personne de confiance** (choisie par la personne) dès **l'introduction de la demande de protection internationale**, afin de s'assurer que tous les DPI soient assistés lors de cette démarche.
- Faire une évaluation objective (questionnaire, entretien structuré, semi-structuré etc.) de l'état de santé à l'arrivée : mettre en place un mécanisme **d'identification précoce de la vulnérabilité** des DPI, en particulier pour ceux souffrant de troubles mentaux, de traumatismes ou de violences graves, afin de permettre une assistance appropriée dès le début de la procédure.
- **Inform**er les DPI sur les modalités de la procédure, de manière correcte :
  - au niveau du contenu : l'information doit porter notamment sur les principes de l'état de droit, le déroulement réel de la procédure, les auditions (quand et comment ils vont être convoqués...), les différents acteurs impliqués, le rôle des différents acteurs etc. ;
  - au niveau de la méthode : de manière individuelle plutôt qu'en groupe, via des fascicules disponibles en plusieurs langues, supports digitaux ... (en renforçant notamment les partenariats avec les associations qui diffusent déjà de l'information correcte, telles que le CIRE ; et en renforçant la présence sur les réseaux sociaux de canaux d'information officiels afin de contrer les fausses informations qui y circulent) ;
  - au niveau du moment : à l'arrivée, mais également ensuite, de manière régulière.

### CGRA :

- Respecter **les délais légaux** en terme de décision, et réduire ceux-ci au maximum étant donné l'impact établi de la durée de la procédure sur la santé mentale ; et informer suffisamment les demandeurs de l'état de leur demande, car c'est souvent l'incertitude qui est difficile à vivre.
- **Clarifier les attentes** en ce qui concerne les documents médicaux et psychologiques déposés dans le cadre de la demande de protection internationale afin de renforcer la validité de ceux-ci et la possibilité d'en tenir compte.
- **Améliorer la prise en compte des vulnérabilités** lors de la demande de protection internationale en général et de l'entretien personnel en particulier.
- **Inform**er suffisamment, correctement (dans la langue de la personne), et au moment opportun les DPI sur les modalités de la procédure.
- Garantir la **formation des interprètes** en soins de santé mentale et aux difficultés spécifiques liées à la demande de protection internationale) et assurer un suivi de la qualité de leurs services

## Accès aux soins

Toute personne, quel que soit son statut administratif, a le **droit à la santé et doit bénéficier de l'accès à des services de santé de qualité**. L'accès aux soins des publics vulnérables a déjà fait l'objet de plusieurs rapports et recommandations (notamment : Dauvrin et al., 2019).

L'accès aux soins est en théorie garanti pour les DPI. Néanmoins, plusieurs obstacles réduisent leur accès réel à ceux-ci, en particulier pour la santé mentale. Or, les soins de santé mentale (préventifs et curatifs) devraient être une priorité pour ce public particulièrement vulnérable.

### **Autorités en charge de la santé (fédérales, régionales et communautés)**

Le CSS rappelle d'abord les recommandations du KCE (2019) et des rapports ETHEALTH (2011 et 2020), et notamment celle de **garantir pour cette population l'accès à des soins de santé courants sans distinction du fait de la situation administrative** (simplifier et informer à ce sujet).

Le CSS recommande donc que les besoins de soins des DPI soient intégrés dans

- les services existants afin de garantir l'accès à des soins de santé mentale et somatique de qualité :
  - o soins psychologiques de première ligne, qu'ils soient au sein des centres d'accueil ou dans la communauté ;
  - o soins psychologiques spécialisés (et adaptés aux spécificités de ce public à savoir la dimension interculturelle, une connaissance minimale du droit d'asile), avec une diversité suffisante en terme de lieux, de prestataires, d'orientations et d'approches thérapeutiques (il s'agira souvent de prises en charge plutôt au long court étant donné qu'il s'agit généralement de formes graves de souffrance psychologique) ;
  - o soins psychiatriques généraux et spécialisés si nécessaire (ambulatoires et résidentiels);
  - o structures adaptées si nécessaire.
- les (nouvelles) politiques de santé du fédéral et des entités fédérées (financement, planification, mise en œuvre, suivi et évaluation) : réforme en cours des soins de santé mentale au niveau fédéral (SPF Santé Publique – INAMI), et au niveau régional (EZL en Flandres, ProxiSanté en Wallonie, Plan Social Santé Intégré à Bruxelles).
- les politiques de prévention et de promotion à la santé développés par les Communautés, afin qu'ils aient accès aux programmes disponibles pour la population générale. En particulier, le CSS recommande que les écoles puissent mettre en œuvre des programmes psychosociaux préventifs pour soutenir les étudiants primo-arrivants.

D'autre part, les **barrières linguistiques et culturelles** constituent un obstacle majeur aux soins de santé mentale. Il est discriminant que la langue parlée soit un critère d'exclusion aux soins. L'interprétation par les membres de la famille ou de la communauté ne semble pas être une bonne manière de répondre à ces obstacles. Travailler avec des interprètes professionnels formés à la santé mentale et à la médiation culturelle permet d'optimiser la compréhension des problèmes, d'établir une relation de confiance avec le patient et d'augmenter l'engagement du patient dans les soins de santé mentale.

Le CSS recommande donc **renforcer l'offre actuelle de médiation interculturelle et d'interprètes** :

- a) Élargir l'offre et améliorer l'accès (gratuit) à ceux-ci pour tous les professionnels de la santé qui souhaiteraient y faire appel, également en prévoyant la possibilité de consultations plus longues en cas de travail avec des interprètes. Ceci permettrait de tenir compte des besoins des personnes ne maîtrisant pas la langue du prestataire de soins, et de la diversité linguistique présente en Belgique.

- b) De former suffisamment ces interprètes à la santé mentale et aux problématiques spécifiques des DPI et de faire un suivi de la qualité.

Enfin, une meilleure connaissance des droits aux soins et une orientation adaptée vers les soins améliorent également l'accessibilité. Pour cela, le CSS recommande de favoriser l'accompagnement multidisciplinaire et **la collaboration entre professionnels**. L'échange d'informations entre les praticiens est actuellement difficile en raison de l'absence d'une plateforme d'échange appropriée. Cet échange doit se faire dans le respect du secret professionnel et avec l'accord du patient. Le travail transdisciplinaire avec l'implication d'experts du vécu (cf. réseau informel privilégié) devrait également être encouragé.

## Professionnels de la santé (mentale)

### *Prestataires de soins*

Il faut en premier lieu que les professionnels de santé s'ouvrent au travail avec les DPI et acquièrent les compétences nécessaires pour le faire (connaissances et compétences concernant la clinique des psychotraumatismes extrêmes, l'ethnopsychiatrie, les aspects transculturels, le contexte juridique et son influence possible sur le bien-être mental).

Dans ses lignes directrices sur les soins aux personnes en migration, l'Association mondiale de psychiatrie (*World Psychiatric Association* - WPA) souligne la nécessité **d'une prise en charge sensible à la culture**, accessible et adaptée aux émotions, avec une formation obligatoire à la compétence culturelle (Bhugra et al., 2011).

Lors de l'évaluation des plaintes, les cliniciens doivent être en mesure de faire la distinction entre les réactions normales au stress et les troubles psychologiques. Dans le cadre de la prise en charge des demandeurs d'asile, cela peut s'avérer plus difficile pour les cliniciens en raison des différences culturelles dans l'expression des symptômes, les modèles explicatifs, les attentes en matière d'aide et les stratégies d'adaptation. Les symptômes des demandeurs d'asile peuvent souvent être compris comme l'expression personnelle d'une souffrance située dans un contexte socio-relational en réponse à une situation spécifique. Par conséquent, l'importance d'une **compréhension contextualisée des symptômes** est soulignée (par exemple par le UNHCR, 2015) afin d'éviter les interprétations erronées et de promouvoir l'identification des ressources, des comportements de recherche d'aide et des styles d'adaptation. Les cliniciens doivent donc s'interroger activement sur la manière dont les patients expriment et expliquent leur souffrance. Un outil utile pour évaluer les facteurs culturels et contextuels est [l'entretien de formulation culturelle](#) (*Cultural Formulation Interview*) du DSM-5.

Les soins de santé mentale pour les demandeurs d'asile doivent être **centrés sur la personne**, basés sur leurs besoins actuels et dispensés d'une manière culturellement sensible et réactive qui renforce la résilience et soutient l'inclusion sociale et la participation de chacun dans la société d'accueil. La fourniture de soins culturellement sûrs exige également que les prestataires réfléchissent à leurs valeurs, attitudes et approches, et qu'ils s'efforcent de promouvoir un sentiment de reconnaissance, de respect et d'engagement mutuels.

L'implication et une vision holistique du prestataire de soins de santé à l'égard des DPI peuvent également contribuer à instaurer la confiance et des relations plus positives dans les pays d'accueil où il existe des perceptions sociétales négatives à l'égard des DPI.

### *Associations professionnelles*

Le CSS recommande aux associations professionnelles (de médecins, psychiatres, psychologues et autres prestataires de soins) de:

- Accompagner ces professionnels de la santé dans la rédaction des attestations (fournir des clarifications pour l'élaboration d'attestations appropriées):
  - o d'une part en ce qui concerne les besoins procéduraux spécifiques (adapter l'entretien aux fragilités de la personne et expliquer en quoi son état peut affecter son témoignage, comme par exemple le stress, les troubles de la mémoire, le manque de confiance, les difficultés à structurer son discours ...); éventuellement via un bilan neuropsychologique pour les troubles (par exemple les troubles neuro-cognitifs, déficience intellectuelle) qui demandent une expertise spécifique (dans un cadre de référence *evidence-based*) et une adaptation des conditions du testing et de l'interprétation des résultats à la dimension interculturelle;
  - o et d'autre part pour constituer une preuve de ce qui s'est passé, de ce que la personne raconte (sur base du protocole d'Istanbul), ce qui présuppose une connaissance suffisante du protocole.

Ces attestations doivent répondre aux critères de qualité définis par le CGRA.

- Soutenir et motiver le personnel de santé pour qu'il adopte une approche sensible à la culture et au contexte (élaboration de directives à cet égard). Il est en effet important que les soignants reconnaissent les croyances, prennent en compte les spécificités culturelles et adaptent l'évaluation des difficultés et l'accompagnement thérapeutique de ces patients à leur demande, à leurs besoins et à leur culture.
- Indiquer les outils numériques ou services en ligne facilitant les échanges dans la langue maternelle des DPI.
- Sensibiliser les professionnels à l'utilité des médiateurs interculturels et interprètes (à chaque étape du processus de soins).
- Recourir dans la mesure du possible à des experts du vécu.
- Informer les professionnels de santé concernant les droits aux soins.

#### *Commissions responsables de la déontologie au sein des professions*

- Mettre en place une réflexion déontologique sur le risque de tension qu'il peut y avoir dans ce cadre entre plusieurs rôles (thérapeute, expert, diagnosticien), et les différents aspects relatifs au respect du secret professionnel.

#### *Universités – Hautes écoles*

- Œuvrer en faveur d'une formation adéquate (tant au niveau formation de base que continue) des professionnels de la santé, de la santé mentale et du travail psychosocial
  - o Au travail sensible à la culture (comprendre, reconnaître et travailler avec les spécificités culturelles),
  - o Aux problématiques de santé propres aux migrants et réfugiés (tels que l'identification, l'accompagnement et les soins des victimes de traumatismes, de torture, de violences sexuelles ou de mutilations génitales féminines)
  - o Au système de santé (réseaux, droits et procédures).

## V. RÉFÉRENCES

- Adams H, Ghanem S. Solastalgia and nostalgia: the role of emotional bonds to place in refugee and host community interactions. *J Ethn Migr Stud* 2023;1-23.
- Ahmadinia H, Eriksson-Backa K, Nikou S. Health-seeking behaviours of immigrants, asylum seekers and refugees in Europe: a systematic review of peer-reviewed articles. *J Doc* 2022;78(7):18-41.
- Alessi EJ. Resilience in sexual and gender minority forced migrants: A qualitative exploration. *Traumatology* 2016;22(3):203–13.
- Alanezi ST, Almutairi WM, Cronin M, Gobbo O, O'Mara SM, Sheppard D et al. Mental health disorders among Middle Eastern immigrant women living in the United States: A scoping review. *Perspect Psychiatr Care* 2022;58(4):3079-102.
- Alim M, Due C, Strelan P. Relationship between experiences of systemic injustice and wellbeing among refugees and asylum seekers: a systematic review. *Aust Psychol* 2021;56(4):274-88.
- Anne Drangslund K. Bordering through recalibration: Exploring the temporality of the German “Ausbildungsduldung”. *Environment and Planning C: Politics and Space* 2020;38(6):1128-45.
- Arias-de la Torre J, Vilagut G, Ronaldson A, Serrano-Blanco A, Martín V, Peters M et al. Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study. *Lancet Public Health* 2021;6(10):e729-e738.
- Asmal-Lee M, Liebling H, Goodman S. “Syria is Our Mom, UK is Like Aunty”: The Psychosocial Experiences of Acculturation in Syrian Refugees. *Refug Surv Q* 2022;41(4):645-72.
- Bäärnhielm S. Refugees’ mental health—a call for a public health approach with focus on resilience and cultural sensitivity. *Eur J Public Health* 2016;26(3):375-76.
- Bakker L, Dagevos J, Engbersen G. The Importance of Resources and Security in the Socio-Economic Integration of Refugees. A Study on the Impact of Length of Stay in Asylum Accommodation and Residence Status on Socio-Economic Integration for the Four Largest Refugee Groups in the Netherlands. *J Int Migr and Integr* 2014;15:431-48.
- Bauhoff S, Göppfarth D. Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS One* 2018;13(5):e0197881.
- BCHV / CBAR – Belgisch Comité voor Hulp aan Vluchtelingen / Comité Belge d'Aide aux Réfugiés. Trauma, geloofwaardigheid en bewijs in de asielpprocedure. 2014.
- Bean T, Derluyn I, Eurelings-Bontekoe E, Broekaert E, Spinhoven P. Spinhoven Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(4):288-97.
- Behrendt M, Vervliet M, Rota M, Adeyinka S, Uzureau O, Rasmussen A et al. A conceptual study on the relationship between daily stressors, stressful life events, and mental health in refugees using network analysis. *Front Psychol* 2023;14:1134667.
- Bertoli S, Brücker H, Moraga JFH. Do Processing Times Affect the Distribution of Asylum Seekers across Europe? IZA Discussion Papers No. 13018. Institute of Labor Economics (IZA) 2022.
- Beversdorf DQ, Stevens HE, Margolis KG, Van de Water J. Prenatal Stress and Maternal Immune Dysregulation in Autism Spectrum Disorders: Potential Points for Intervention. *Curr Pharm Des* 2019;25(41):4331-43.

Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2020;17(9):e1003337.

Boyce GA. Immigration, policing, and the politics of time. *Geography Compass* 2020;14(8): e12496.

Brennan PA, Pargas R, Walker EF, Green P, Newport DJ, Stowe Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2008;49(10):1099-107.

Bhugra D, Gupta S, Bhui K, Craig T, Dogra N, Ingleby JD et al. WPA guidance on mental health and mental health care in migrants. *World Psychiatry* 2011;10(1):2-10.

Byrow Y, Pajak R, Specker P, Nickerson A. Perceptions of mental health and perceived barriers to mental health helpseeking amongst refugees: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2020;75:101812.

Chaze F, Thomson MS, George U, Guruge S. Role of cultural beliefs, religion, and spirituality in mental health and/or service utilization among immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Community Mental Health* 2015;34(3):87–101.

Chen W, Hall BJ, Ling L, Renzaho AM. Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. *Lancet Psychiatry* 2017;4(3):218-29.

Christensen MK, Lim CCW, Saha S, Plana-Ripoll O, Cannon D, Presley F et al. The cost of mental disorders: A systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29:e161.

Claus L, Van de Vliet L, Dockx K, Sabbe BGC, Destoop N, van den Aemele S. Barrières in de ggz voor asielzoekers in hoge-inkomenslanden [Barriers in mental health care for asylum seekers]. *Tijdschr Psychiatr.* 2022;64(8):524-528. Dutch. PMID: 36117486.

Colucci E, Szwarc J, Minas H, Paxton G, Guerra C. The utilisation of mental health services by children and young people from a refugee background: a systematic literature review. *Int J Cult Ment Health* 2014;7(1):1-23.

Coune I., Dauvrin M., Verrept H. ETHEALTH Rapport 2020. Vers des soins de santé équitables pour les migrants et minorités ethniques. Recommandations prioritaires. Bruxelles : Cellule médiation interculturelle et support de la politique, 2020. SPF Santé publique.

Coune I., Dauvrin M., Verrept H. ETHEALTH Rapport 2020. Vers des soins de santé équitables pour les migrants et minorités ethniques. Mémoire explicatif. Bruxelles : Cellule médiation interculturelle et support de la politique. 2020. SPF Santé publique.

Crapolicchio E, Matuella M, Carones G, Marzana D, Regalia C. Identity Threats and Individual, Relational, and Social Resources among Refugees in Italy. *Soc Sci* 2023;12(3):149.

Dauvrin M, Detollenaere J, De Laet C, Roberfroid D, Vinck I. Asylum seekers in Belgium: options for a more equitable access to health care. A stakeholder consultation Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2019. KCE Reports 319. D/2019/10.273/5 <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/asylum-seekers-in-belgium-options-for-a-more-equitable-access-to-health-care-a-stakeholder>

Demandeurs d'asile: options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders. KCE - Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. Bruxelles; 2019.

De Kock C, Decorte T, Schamp J, Vanderplasschen W, Hauspie B, Derluyn I et al. Substance use among people with a migration background: a Community-Based Participatory Research study. Universiteit Gent; 2016.

De Kock C, Schamp J, Hauspie B, Sacco M, Decorte T, Vanderplasschen W et al. Substance use and service use among people with a migration background. BELSPO - Belgian Science Policy. Brussels; 2016.

Internet: [https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR69\\_PADUMI\\_summary\\_en.pdf](https://www.belspo.be/belspo/fedra/DR/DR69_PADUMI_summary_en.pdf)

Declercq E. Clinique de l'humanisation à l'épreuve des traumatismes extrêmes cumulés à l'exil. De la torture déshumanisante à une psychanalyse de la réhumanisation. Louvain-La-Neuve: Presses Universitaires de Louvain; 2018.

Demazure G, Baeyens C, Pinsault N. Review: Unaccompanied refugee minors' perception of mental health services and professionals: a systematic review of qualitative studies. *Child Adolesc Ment Health* 2022 Sep;27(3):268-80.

Dempsey KE. Spaces of violence: A typology of the political geography of violence against migrants seeking asylum in the EU. *Political Geography* 2020;79:102157.

Derluyn, I. Lorant V, Dauvrin, M. Coune I, Verrept H. Naar een interculturele gezondheidszorg: Aanbevelingen van de ETHEALTH-groep voor een gelijkwaardige gezondheid en gezondheidszorg voor migranten en etnische minderheden, 2011. <http://hdl.handle.net/2078.1/100991>

Derluyn I, Mels C, Broekaert E. Mental health problems in separated refugee adolescents. *J Adolesc Health* 2009;44(3):291-7.

Derluyn I, Vanderplasschen W, Alexandre S, Stoffels I, Scheirs V, Vindevogel S et al. Etnisch-culturele minderheden in de verslavingszorg. Les minorités ethnico-culturelles et le traitement des problèmes de drogues. Gent; 2008.

Derr AS. Mental Health Service Use Among Immigrants in the United States: A Systematic Review. *Psychiatr Serv* 2016;67(3):265-74.

DeSa S, Gebremeskel AT, Omonaiye O, Yaya S. Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Syst Rev* 2022;11(1):62.

Devakumar D, Bhopal SS, Shannon G. COVID-19: the great unequaliser. *J R Soc Med* 2020; 113(6):234-5.

Dijk HH, Kiernan CK. Maatschappelijke kosten van trauma. *Tijdschr psychiatr* 2023;65(9):563-7.

Due C, Green E, Ziersch A. Psychological trauma and access to primary healthcare for people from refugee and asylum-seeker backgrounds: a mixed methods systematic review. *Int J Ment Health Syst* 2020;14:71.

EUAA - [European Union Agency for Asylum](#). EASO guidance on contingency planning in the context of reception, 2018.

Ellermann A, Gorokhovskaia Y. The impermanence of permanence: The rise of probationary immigration in Canada. *International Migration* 2020;58(6):45-60.

Elsrud T. Resisting social death with dignity. The strategy of re-escaping among young asylum-seekers in the wake of Sweden's sharpened asylum laws. *Eur J Soc Work* 2020;23(3):500-13.

Fakhoury J, Burton-Jeangros C, Consoli L, Duvoisin A, Courvoisier D, Jackson Y. Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 2021;21:175.

FEDASIL – Agence Fédérale pour l’Accueil des Demandeurs d’Asile. Bien-être et vie quotidienne au sein de l’accueil collectif. 2022. Internet: [https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport\\_bien\\_etre\\_dans\\_accueil\\_collectif.pdf](https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport_bien_etre_dans_accueil_collectif.pdf)

FEDASIL – Agence Fédérale pour l’Accueil des Demandeurs d’Asile. Bien-être et vie quotidienne au sein de l’accueil individuel. 2022. Internet: [https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport\\_bien-etre\\_dans\\_accueil\\_individuel.pdf](https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport_bien-etre_dans_accueil_individuel.pdf)

Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E. Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009;48(9):919-27.

Fisher D, Gill N, Paszkiewicz N. To fail an asylum seeker: Time, space and legal events. *Environment and Planning D: Society and Space* 2022;40(1):21-40.

Fournier K, Van Acker K, Geldof D, Heyerick A. Être un enfant dans un centre d'asile. Renforcer les chances pour les familles après l'exil. 2023.

Fournier K. L'estimation de l'âge des MENA en question : problématique, analyse et recommandations. Plate-forme Mineurs en Exil Septembre 2017. Internet: <https://www.mineursenexil.be/files/Image/mena-Cadre-juridique/Estimation-de-l-age-as-printed.pdf>

Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion. 2009.

Ghazinour M, Richter J, Eisemann M. Quality of life among Iranian refugees resettled in Sweden. *J Immigr Health* 2004;2:71–81

Giacco D. Identifying the critical time points for mental health of asylum seekers and refugees in high-income countries. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2019;29:e61.

Gsir S, Poncelet A, Martiniello M. Les Profils des demandeurs d’asile dans les centres d’accueil de la Croix-Rouge de Belgique francophone/Rapport de recherche pour le Département d’accueil pour demandeurs d’asile de la Croix Rouge. Melreux, Belgium: Département d’accueil pour demandeurs d’asile de la Croix Rouge 2012.

Hainmueller J, Hangartner D, Lawrence D. When Lives Are Put on Hold: Lengthy Asylum Processes Decrease Employment Among Refugees. *Science Advances* 2016;2:1-7.

Hajak VL, Sardana S, Verdelli H, Grimm S. A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. *Front Psychiatry* 2021;12:643704.

Hamrah MS, Hoang H, Mond J, Pahlavanzade B, Charkazi A, Auckland S. The prevalence and correlates of symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) among resettled Afghan refugees in a regional area of Australia. *J Ment Health* 2020;30(6):674-80.

Hassan G, Kirmayer LJ, Mekki-Berrada A, Quosh C, el Chammay, R, Deville-Stoetzel J.B et al. Culture, Context and the Mental Health and Psychosocial Wellbeing of Syrians: A Review for Mental Health and Psychosocial Support staff working with Syrians Affected by Armed Conflict. Geneva: UNHCR; 2015.

Hendrickx M, Woodward A, Fuhr DC, Sondorp E, Roberts B. The burden of mental disorders and access to mental health and psychosocial support services in Syria and among Syrian refugees in neighboring countries: a systematic review. *J Public Health (Oxf)* 2020;42(3):e299-e310.

Horyniak D, Melo JS, Farrell RM, Ojeda VD, Strathdee SA. Epidemiology of Substance Use among Forced Migrants: A Global Systematic Review. *PLoS ONE* 2016;11(7):e0159134.

IASC – Inter Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC; 2007.

Johnson S, Birken M, Nyikavaranda P, Kular A, Gafoor R, Parkinson J et al. Barriers and facilitators to seeking and accessing mental health support in primary care and the community among female migrants in Europe: a “feminisms” systematic review. *Int J Equity Health* 2023;22(1):196.

Juárez SP, Honkaniemi H, Dunlavy AC, Aldridge RW, Barreto ML, Katikireddi SV et al. (2019) Effects of non-health-targeted policies on migrant health: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* 2019;7(4):e420–e435.

Kahn S, Alessi EJ, Kim H, Woolner L, Olivieri CJ. Facilitating mental health support for LGBT forced migrants: A qualitative inquiry. *J Couns Dev* 2018;96(3): 316–26.

Khan S, Kuhn SK, Haque S. A Systematic Review of Autobiographical Memory and Mental Health Research on Refugees and Asylum Seekers. *Front Psychiatry* 2021;12:658700.

Kox M, van Liempt I. “I Have to Start All over Again”. The Role of Institutional and Personal Arrival Infrastructures in Refugees’ Home-making Processes in Amsterdam. *Comp Popul Stud* 2022;47:165-84.

Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders BA, De Jong JTVM. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2004;192(12):843–51.

Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Van der Tweel I, De Jong JTVM. Post migration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 2005;193(12):825–32.

Lavdas M, Guribye E, Sandal GM. “Of course, you get depression in this situation”: Explanatory Models (EMs) among Afghan refugees in camps in Northern Greece. *BMC psychiatry* 2023; 23(1):125.

Lietaert I, Verhaeghe F, Derluyn I. Families on hold: how the context of an asylum centre affects parenting experiences. *Child & Family Social Work* 2020;25:1-8.

Linnsand P, Gillberg C, Nilnes Å, Hagberg B, Nygren G. A High Prevalence of Autism Spectrum Disorder in Preschool Children in an Immigrant, Multiethnic Population in Sweden: Challenges for Health Care. *J Autism Dev Disord* 2021;51(2):538-49.

Madigan S, Oatley H, Racine N, Fearon RMP, Schumacher L, Akbari E et al. A Meta-Analysis of Maternal Prenatal Depression and Anxiety on Child Socioemotional Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2018;57(9):645-57. e8.

Magwood O, Kassam A, Mavedatnia D, Mendonca O, Saad A, Hasan H et al. Mental Health Screening Approaches for Resettling Refugees and Asylum Seekers: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19(6):3549.

Maier T, Schmidt M, Mueller J. Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss Med Wkly* 2010;140:w13110.

Moilanen T, Kangasniemi M, Papinaho O, Mynttinen M, Siipi H, Suominen S et al. Older people's perceived autonomy in residential care: An integrative review. *Nurs Ethics* 2021 ;28(3):414-34.

Moore THM, Kesten JM, López-López JA, Ijaz S, McAleenan A, Richards A et al. The effects of changes to the built environment on the mental health and well-being of adults: Systematic review. *Health Place* 2018;53:237-57.

Mouratidis K. Urban planning and quality of life: A review of pathways linking the built environment to subjective well-being. *Cities* 2021;115:103229.

Nematy A, Namer Y, Razum O. LGBTQI + Refugees' and Asylum Seekers' Mental Health: A Qualitative Systematic Review. *Sex Res Social Policy* 2022;20:636–63.

Ní Raghallaigh M. The causes of mistrust amongst asylum seekers and refugees: Insights from research with unaccompanied asylum-seeking minors living in the Republic of Ireland. *J Refug Stud* 2014;27(1)82-100.

Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008;3(2):97-106.

Orsini G, Rota M, Uzureau O, Behrendt M, Adeyinka S, Lietaert I et al. Loops of Violence(s) Within Europe's Governance of Migration in Libya, Italy, Greece, and Belgium. *Politics Gov* 2022;10(2):256–66.

Overmier JB, Seligman ME. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J Comp Physiol Psychol* 1967;63:28-33.

Pfeiffer E, Behrendt M, Adeyinka S, Devlieger I, Rota M, Uzureau O, et al. Traumatic events, daily stressors and posttraumatic stress in unaccompanied young refugees during their flight: a longitudinal cross-country study. *Child Adolesc. Psychiatry Ment Health* 2022;16:26.

Peñuela O Brien E, Wan MW, Berry K, Edge D. Health professionals' experiences of and attitudes towards mental healthcare for migrants and refugees in Europe: A qualitative systematic review. *Transcult Psychiatry* 2023;60(1):176-98.

Pollard T, Howard N. Mental healthcare for asylum-seekers and refugees residing in the United Kingdom: a scoping review of policies, barriers, and enablers. *Int J Ment Health Syst* 2021;15(1):60.

Refle JE, Fakhoury J, Burton-Jeangros C, Consoli L, Jackson Y. Impact of legal status regularization on undocumented migrants' self-reported and mental health in Switzerland. *SSM - Population Health* 2023;22:101398.

Roberfroid D, Dauvrin M, Keygnaert I, Desomer A, Kerstens B, Camberlin C et al. What health care for undocumented migrants in Belgium?. Health Services Research (HSR). Brussel. Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). 2015. KCE Reports 257. DOI: 10.57598/R257C. <https://kce.fgov.be/en/publications/all-reports/what-health-care-for-undocumented-migrants-in-belgium>

Saadi A, Hampton K, de Assis MV, Mishori R, Habbach H, Haar RJ. Associations between memory loss and trauma in US asylum seekers: A retrospective review of medico-legal affidavits. *PLoS One* 2021;16(3):e0247033.

Salam Z, Odenigbo O, Newbold B, Wahoush O, Schwartz L. Systemic and Individual Factors That Shape Mental Health Service Usage Among Visible Minority Immigrants and Refugees in Canada: A Scoping Review. *Adm Policy Ment Health* 2022;49(4):552-74.

Saroléa S, Raimondo F, Crine Z. Exploring Vulnerability's Challenges and Pitfalls in Belgian Asylum System – Research Report on the Legal and Policy Framework and Implementing Practices in Belgium. 2021. VULNER Research Report 1. Internet: [https://www.vulner.eu/80233/VULNER\\_WP2\\_Report1.pdf](https://www.vulner.eu/80233/VULNER_WP2_Report1.pdf)

Saroléa S, Raimondo F, Crine Z. Through the Eyes of the “Vulnerable”: Exploring Vulnerabilities in the Belgian Asylum System. 2021. VULNER Research Report 2. Internet: [https://www.vulner.eu/117832/VULNER\\_WP2\\_Report-2.pdf](https://www.vulner.eu/117832/VULNER_WP2_Report-2.pdf)

Satinsky E, Fuhr DC, Woodward A, Sondorp E, Roberts B. Mental health care utilisation and access among refugees and asylum seekers in Europe: A systematic review. *Health Policy* 2019;123(9):851-63.

Schmidt TL, Catani C, Dumke L, Groß M, Neldner S, Scharpf F et al. Welcome, how are you doing? - towards a systematic mental health screening and crisis management for newly arriving refugees. *Eur J Psychotraumatol* 2023;14(2):2202053.

Schumacher L, Burger J, Zoellner F, Zindler A, Epskamp S, Barthel D. Using clinical expertise and empirical data in constructing networks of trauma symptoms in refugee youth. *Eur J Psychotraumatol* 2021;12(1):1920200.

Seligman ME, Maier SF. Failure to escape traumatic shock. *J Exp Psychol* 1967;74(1):1-9.

Sigona N, Kato J, Kuznetsova I. Migration infrastructures and the production of migrants' irregularity in Japan and the United Kingdom. *Comp Migr Stud* 2021;9(1):1-19.

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997;170:351-7.

Silveira K, Garcia-Barrera MA, Smart CM. Neuropsychological Impact of Trauma-Related Mental Illnesses: A Systematic Review of Clinically Meaningful Results. *Neuropsychol Rev* 2020;30(3):310-44.

Tapia G, Clarys D, Isingrini M, El-Hage W. Mémoire et émotion dans le trouble de stress post-traumatique (TSPT). *Canadian Psychology* 2007;48(2):106-19.

Thomson MS, Chaze F, George U, Guruge S. Improving Immigrants Populations' Access to Mental Health Services in Canada: A review of Barriers and Recommendations 2015; *J Immigr Minor Health* 2015;17(6):1895-905.

Tobin CL, Di Napoli P, Beck CT. Refugee and Immigrant Women's Experience of postpartum Depression: A Meta-Synthesis. *J Transcult Nurs* 2018;29(1):84-100.

Tschalaer M. Queering migration temporalities: LGBTQI+ experiences with waiting within Germany's asylum system. *Ethnic and Racial Studies* 2023;46(9):1833-53.

Tzogiou C, Spycher J, Bize R, Sanchis Zozaya J, Blaser J, Pahud Vermeulen B et al. Detecting and describing heterogeneity in health care cost trajectories among asylum seekers. *BMC Health Serv Res* 2022;22(1):978.

Uzureau O, Lietaert I, Senovilla Hernandez D, Derluyn I. No one is responsible for me: Unaccompanied adolescent migrants' experiences of exception and abandonment in the Ventimiglia border space. *Politics and Governance* 2022;10(2), 267-78.

UNHCR – L'agence des Nations Unies pour les réfugiés. Normes relatives aux procédures de détermination du statut de réfugié relevant du mandat du HCR.

Van Dijk R, Bala J, Ory F, Kramer S. "Now we have lost everything", Asylum seekers in the Netherlands and their experiences with health care. *Medische Antropologie* 2001;13(2):284-300. Internet: [http://tma.socsci.uva.nl/13\\_2/lost.pdf](http://tma.socsci.uva.nl/13_2/lost.pdf)

Van den Bergh BRH, van den Heuvel MI, Lahti M, Braeken M, de Rooij SR, Entringer S, Hoyer D, Roseboom T, Räikkönen K, King S, Schwab M. Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neurosci Biobehav Rev*. 2020 Oct;117:26-64. doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003. Epub 2017 Jul 28. PMID: 28757456.

Verderber S, Koyabashi U, Cruz CD, Sadat A, Anderson DC. Residential Environments for Older Persons: A Comprehensive Literature Review (2005-2022). *HERD* 2023;16(3):291-337.

Verelst A, Spaas C, Pfeiffer E, Devlieger I, Kankaanpää R, Peltonen K, Vänskä M, Soye S, Watters C, Osman F, Durbeej N, Sarkadi A, Andersen A, Langer Primdahl N, & Derluyn I. Social determinants of the mental health of young refugees and migrants. *European Journal of Health Psychology*. 2022; 29, 61-73

Vogl A, Methven E. Life in the shadow carceral state: Surveillance and control of refugees in Australia. *International Journal for Crime, Justice and Social Democracy* 2020;9(4):61-75.

Welford C, Murphy K, Wallace M, Casey D. A concept analysis of autonomy for older people in residential care. *J Clin Nurs* 2010;19(9-10):1226-35.

WHO – World Health Organization. Mental health of refugees and migrants: risk and protective factors and access to care. Geneva: World Health Organization 2023. Internet: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373279/9789240081840-eng.pdf?sequence=1>

Wilhelm I, Bartel A. Impacts of political and social contexts on refugees' experiences: A comparison between Southeast Asian refugees arriving in France in the 70s and recent refugee migration. *EurJ Cult Political Sociol* 2021;8(4):449-69.

Wohler Y, Dantas JA. Barriers Accessing Mental Health Services Among Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Immigrant Women in Australia: Policy Implications. *J Immigr Minor Health* 2017;19(3):697-701.

Zietlow AL, Nonnenmacher N, Reck C, Ditzen B, Müller M. Emotional Stress During Pregnancy – Associations With Maternal Anxiety Disorders, Infant Cortisol Reactivity, and Mother–Child Interaction at Pre-school Age. *Front Psychol* 2019;10:2179.

## VI. COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

La composition du Bureau et du Collège ainsi que la liste des experts nommés par arrêté royal se trouvent sur le site Internet du CSS (page : [Qui sommes-nous](#)).

Tous les experts ont participé **à titre personnel** au groupe de travail. Leurs déclarations générales d'intérêts ainsi que celles des membres du Bureau et du Collège sont consultables sur le site Internet du CSS (page : [conflits d'intérêts](#)).

Les experts suivants ont participé à l'élaboration et à l'approbation de l'avis. Le groupe de travail a été présidé par **Emmanuel DECLERCQ** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD.

<b>CATTHOOR Kirsten</b>	Psychiatrie	ZNA
<b>CLAUS Lukas</b>	Psychiatrie	UAntwerpen
<b>DAUVRIN Marie</b>	Santé publique	UCLouvain
<b>DE MAESSCHALCK Stephanie</b>	Médecine	UGent
<b>DECLERCQ Emmanuel</b>	Psychologie	Pratique privée
<b>DERLUYN Ilse</b>	Sciences de l'éducation	UGent
<b>GIBEAUX Audrey Adeline</b>	Psychologie	Pratique privée
<b>JANSSENS Mileen</b>	Psychothérapie	Pratique privée
<b>MASQUELIER Etienne</b>	Médecine physique et réadaptation	UCLouvain
<b>MERTENS DE WILMARS Serge</b>	Psychiatrie	HNP Saint-Martin
<b>ORSINI Giacomo</b>	Sociologie	UGent
<b>PICARD Eric</b>	Pédopsychiatrie	Pratique privée
<b>SABBE Bernard</b>	Psychiatrie	UA
<b>SCHOENMAKERS Birgitte</b>	Médecine	KULeuven
<b>VAN DE VLIET Laura</b>	Psychiatrie	PZ Sint-Alexius
<b>VAN DEN AMEELE Seline</b>	Psychiatrie	UZ Brussel
<b>VAN PRAET Koen</b>	Psychologie	RooigemPsy
<b>VERMEIREN Etienne</b>	Psychologie	UCLouvain

Les associations suivantes ont été entendues :

DECAT Wouter	AUVB
MONHONVAL Pauline	SSM Ulysse
ROPPE Nele	Médecins du Monde
SERNEELS Geertrui	Solentra Asbl
VANOETEREN Alain	SSM Ulysse
WILLEKENS Thomas	Vluchtelingenwerk Vlaanderen

Les experts suivants ont été entendus mais n'ont pas participé à l'approbation de l'avis.

Bilican Sinem	Communication multilingues Criminologie	KULeuven Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde - KULeuven
Ghani Mohamed Irfan	Droit d'asile	UC Louvain
Flamand Christine	Droit d'asile	UGent
Daem Geertrui	Droit d'asile	UGent
de Smet Ellen	Droit d'asile	UGent

Les administrations et/ou les Cabinets ministériels suivants ont été entendus :

HABETS Gunter	Attaché – service juridique	CGRA
VAN BALBERGHE Sophie	Commissaire générale aux réfugiés et aux apatrides	CGRA
VANDERKELEN Julie	Coordinatrice psychosociale	FEDASIL

Le groupe de travail permanent en charge du domaine Santé mentale a approuvé l'avis. Le groupe de travail permanent a été présidé par **Olivier LUMINET** et **Frieda MATTHYS** et le secrétariat scientifique a été assuré par Sylvie GERARD.

## ANNEXE : MÉTHODOLOGIE UMBRELLA REVIEW

Afin d'identifier les obstacles rencontrés par les personnes en demande de protection internationale, une revue de littérature de type *umbrella review* a été réalisée, sur les obstacles rencontrés par les personnes issues de l'immigration récente pour accéder aux soins de santé mentale (y compris les réfugiés et DPI reconnus), sur base des lignes directrices de l'Institut Joanna Briggs (JBI).

Une recherche systématique dans PubMed (via NCBI, y compris MEDLINE), Embase (via Embase.com), Web of Science Core Collection, Scopus et Cochrane Database of Systematic Reviews (via Cochrane Library) a été effectuée pour identifier les articles sur le sujet.

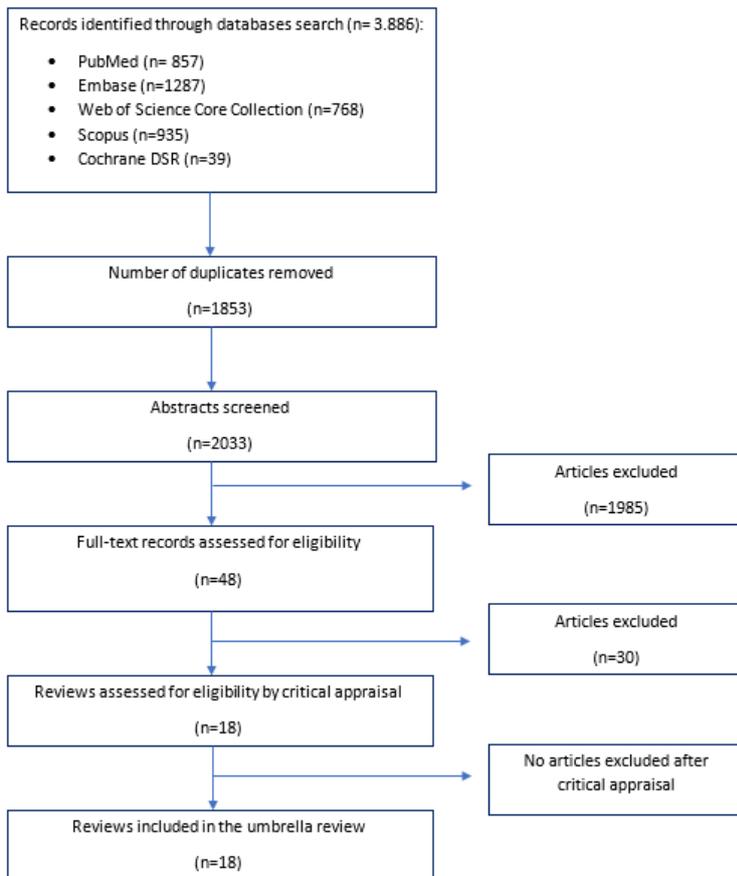
Les concepts de base utilisés pour composer les chaînes de recherche étaient les suivants : « réfugiés – soins de santé mentale (services) et revues (type de publication) ». Le concept d'accès n'a pas été inclus, car la conceptualisation de l'« accès » peut être différente dans les publications et certains auteurs peuvent ne pas le mentionner clairement dans leur titre.

Des articles évalués par des pairs et publiés entre 2013 et 2023 en langue anglaise ont été inclus dans cette étude.

Les articles ont été inclus

- si les participants étaient des réfugiés, des DPI et des migrants, donc des personnes ayant des antécédents migratoires récents. Les autres participants à l'étude étaient des services de santé mentale, des travailleurs en santé mentale ou d'autres prestataires de soins de santé travaillant avec des personnes issues de l'immigration récente, car certains articles pourraient être basés sur leurs expériences et leurs idées (cf. Satinsky et al., 2019) ;
- lorsqu'au moins un des sujets abordés était les obstacles à l'accès aux soins de santé mentale,
- et que ce concept d'accès s'inscrivait dans les cinq éléments d'accès définis par Panchansky et Thomas (1981), complétés par trois éléments supplémentaires issus de Satinsky et al. (2019) (l'accessibilité financière, la disponibilité, l'accessibilité, l'accommodement, l'acceptabilité, la sensibilisation, la stigmatisation, la recherche d'aide) ;
- il s'agissait d'une systematic review, scoping review, meta-analyse ou meta-synthèse, et qu'il s'agissait d'un texte intégral, peer-reviewed et en anglais.

Cette recherche systématique a été menée en décembre 2023, en consultant cinq bases de données électroniques, ce qui a abouti à un total de 3886 articles. Après avoir supprimé les doublons, 2033 citations ont été examinées sur base du titre et du résumé. Enfin, 48 articles ont été analysés en détails afin de voir s'ils correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Seuls 18 articles répondaient aux critères d'inclusion. La qualité des articles sélectionnés a ensuite été évaluée. Aucun article n'a été exclu à l'issue de l'évaluation critique.



## Au sujet du Conseil Supérieur de la Santé (CSS)

Le Conseil Supérieur de la Santé est un organe d'avis fédéral dont le secrétariat est assuré par le Service fédéral santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la Santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS s'efforce d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.

Outre son secrétariat interne composé d'environ 25 collaborateurs, le Conseil fait appel à un large réseau de plus de 500 experts (professeurs d'université, collaborateurs d'institutions scientifiques, acteurs de terrain, etc.), parmi lesquels 300 sont nommés par arrêté royal au titre d'expert du Conseil. Les experts se réunissent au sein de groupes de travail pluridisciplinaires afin d'élaborer les avis.

En tant qu'organe officiel, le Conseil Supérieur de la Santé estime fondamental de garantir la neutralité et l'impartialité des avis scientifiques qu'il délivre. A cette fin, il s'est doté d'une structure, de règles et de procédures permettant de répondre efficacement à ces besoins et ce, à chaque étape du cheminement des avis. Les étapes clé dans cette matière sont l'analyse préalable de la demande, la désignation des experts au sein des groupes de travail, l'application d'un système de gestion des conflits d'intérêts potentiels (reposant sur des déclarations d'intérêt, un examen des conflits possibles, et une Commission de déontologie) et la validation finale des avis par le Collège (organe décisionnel du CSS, constitué de 30 membres issus du *pool* des experts nommés). Cet ensemble cohérent doit permettre la délivrance d'avis basés sur l'expertise scientifique la plus pointue disponible et ce, dans la plus grande impartialité possible.

Après validation par le Collège, les avis sont transmis au requérant et au ministre de la Santé publique et sont rendus publics sur le site internet ([www.hgr-css.be](http://www.hgr-css.be)). Un certain nombre d'entre eux sont en outre communiqués à la presse et aux groupes cibles concernés (professionnels du secteur des soins de santé, universités, monde politique, associations de consommateurs, etc.).

Si vous souhaitez rester informé des activités et publications du CSS, vous pouvez envoyer un mail à l'adresse suivante : [info.hgr-css@health.belgium.be](mailto:info.hgr-css@health.belgium.be).



[www.css-hgr.be](http://www.css-hgr.be)



Cette publication ne peut être vendue.



Santé publique  
Sécurité de la Chaîne alimentaire  
Environnement