

Tables d'échanges santé migrant·e·s - Édition 2018  
Rencontres interprofessionnelles en  
promotion de la santé en Région bruxelloise



## COMMENT AMÉLIORER LE RECOURS AUX SERVICES DU SOCIAL ET DE LA SANTÉ POUR LES FEMMES AYANT VÉCU L'EXIL ?



**cultures  
& santé**

Ce document compile les échanges et poursuit les réflexions de la matinée de rencontre du 27 novembre 2018 autour de la santé des personnes ayant vécu l'exil.

# TABLE DES MATIÈRES .....

<b>1 PRÉAMBULE .....</b>	<b>4</b>
<b>2 INTRODUCTION .....</b>	<b>5</b>
<b>3 LA MATINÉE DE RENCONTRE .....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 DÉROULEMENT DE LA MATINÉE :</b>	
<b>FORME ET DYNAMIQUE .....</b>	<b>9</b>
3.1.1 La présentation des organismes .....	9
3.1.2 L'enrichissement des concepts .....	10
3.1.3 Un travail en sous-groupes autour d'une « question paradoxale » .....	10
<b>3.2 LES PARTICIPANT · E · S. ....</b>	<b>10</b>
<b>4 DÉVELOPPEMENT DES CONCEPTS .....</b>	<b>11</b>
<b>4.1 FEMMES AYANT VÉCU L'EXIL. ....</b>	<b>11</b>
<b>4.2 LES SERVICES .....</b>	<b>12</b>
<b>4.3 LE RECOURS AUX SERVICES .....</b>	<b>13</b>

## RÉALISATION

Cultures&Santé asbl

## ÉDITEUR RESPONSABLE

Denis Mannaerts  
148 rue d'Anderlecht  
1000 Bruxelles

Promotion de la santé 2019  
D/2019/4825/10

Centre de documentation  
Cultures & Santé  
cdoc@cultures-sante.be  
+32 (0)2 558 88 11



---

<b>5 LE RECOURS AUX SERVICES DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL POUR LES FEMMES AYANT VÉCU L'EXIL : ENJEUX, FREINS ET PRATIQUES DE TERRAIN . . . . .</b>	<b>14</b>
<b>5·1 LES PARADOXES, FREINS ET ENJEUX . . . . .</b>	<b>14</b>
5·1·1 Freins et enjeux liés aux systèmes et aux institutions . . .	14
5·1·2 Freins et enjeux liés aux professionnel·le·s . . . . .	16
5·1·3 Freins et enjeux liés à la personne . . . . .	17
<b>5·2 POINTS D'ATTENTION TRANSVERSAUX . . . . .</b>	<b>18</b>
<b>5·3 LEVIERS D'ACTION ET PRATIQUES . . . . .</b>	<b>19</b>
5·3·1 Le premier contact : se faire connaître et accueillir . . . .	19
5·3·2 Le maintien du lien : confiance et communication . . . .	20
5·3·3 Le trajet de recours aux services : cohérence et communication entre professionnel·le·s . . . . .	23
<b>6 OUVERTURE ET PISTES DE RÉFLEXION POUR LA PRATIQUE DE TERRAIN ET LE RÉSEAU . . . . .</b>	<b>25</b>
<b>6·1 QUELQUES QUESTIONNEMENTS . . . . .</b>	<b>27</b>
<b>7 EN CONCLUSION . . . . .</b>	<b>29</b>
<b>8 PRÉSENTATION DES ORGANISMES PRÉSENTS À LA TABLE D'ÉCHANGES . . . . .</b>	<b>30</b>
<b>9 RESSOURCES . . . . .</b>	<b>33</b>
<b>10 BIBLIOGRAPHIE . . . . .</b>	<b>35</b>

# 1

## PRÉAMBULE .....

Cultures&Santé, dans sa mission de lutte contre les inégalités sociales de santé, travaille depuis toujours la question des publics ayant vécu l'exil. Dans ce domaine, les expériences antérieures ont notamment orienté les actions à mener vers des rencontres interprofessionnelles annuelles, focalisées sur le territoire bruxellois. Ces espaces d'échanges et de création de liens ont été nommés *Tables d'échanges santé migrant·e·s*.

Pour la première édition, la thématique s'est tournée vers les publics féminins, touchés par des inégalités de genre et le recours aux services du social et de la santé.

À partir des constats et des pratiques et sous forme d'ateliers participatifs, cette matinée proposait de traiter différentes questions :

- > Quels sont les freins identifiés et partagés par les acteurs et actrices bruxellois·es dans ce domaine ?
- > Quels sont les apports de chacun·e dans le continuum de la prise en charge ?
- > Quelles sont les expériences des différent·e·s acteurs et actrices bruxellois·es pour améliorer le recours aux services ?

Cet événement offrait un espace d'échanges de savoirs et de pratiques et visait l'identification de besoins et ressources. Il s'adressait aux professionnel·le·s issu·e·s de secteurs variés, agissant à différents niveaux et participant à la promotion de la santé de ce public, mais également directement aux femmes ayant vécu l'exil.

La présence de ces acteurs et actrices, de secteurs divers et complémentaires, était nécessaire afin d'appréhender de manière cohérente et globale la problématique, et de passer progressivement de préoccupations partagées à des perspectives d'orientations coordonnées.

Cette table d'échanges contribuait également à un objectif transversal de renforcement de liens entre différent·e·s acteurs et actrices bruxellois·es. Poursuivant cet objectif, ce document vous propose une compilation des échanges, de manière à percevoir les rôles des différents services et à garder une mémoire des pratiques.

# 2

## INTRODUCTION .....

Lors de la préparation de cette première rencontre d'acteurs et actrices autour d'une question liant santé et migration, la lecture d'articles, d'études, de témoignages sur la santé des personnes ayant vécu l'exil nous a orienté·e·s vers des spécificités que rencontre le public féminin. Particulièrement victimes de violences, souvent bloquées dans les démarches administratives et judiciaires, peu reconnues, invisibilisées, parfois dépendantes économiquement et administrativement... la liste peut être longue.

Si les personnes ayant vécu l'exil sont victimes d'inégalités sociales de santé, les femmes migrantes peuvent combiner un double fardeau, une double fragilité pour la santé : être femme et être migrante.

Être femme ici, supporte tout le poids des représentations sociétales des rôles selon le sexe, et la domination dans une société encore trop souvent patriarcale. Il n'est donc pas question des différences natu-



relles liées au sexe, mais bien des inégalités dues à une domination culturellement induite<sup>1</sup>. Les inégalités de genre impactent la santé des femmes par la discrimination, l'inégale distribution et accessibilité des ressources, les violences qu'elles subissent et le manque de pouvoir de décision sur leur propre santé<sup>2</sup>.

Avoir vécu l'exil conduit souvent à une série de vulnérabilités liées aux raisons de l'exil, au parcours réalisé, aux conditions de vie, sociales et économiques, au statut administratif et à la discrimination dans le pays « d'accueil ». Selon Florence Jusot<sup>3</sup>, les personnes immigrées sont en moins bonne santé par la migration en elle-même, souvent responsable d'isolement, de violences subies et d'acculturation ; mais également par la place sociale possible en tant qu'étranger dans le pays d'accueil, impactant négativement le statut socio-économique de ces personnes. Le pays d'origine joue aussi un rôle. Les personnes venant des pays les plus pauvres sont, en Belgique, plus souvent en mauvaise santé. Comme le conclut le rapport EThealth de 2011, « en Belgique, les migrants et les minorités ethniques manifestent un état de santé plus précaire, ils ont plus de difficultés d'accès aux soins et à la prévention en comparaison avec la population belge »<sup>4</sup>.

À la rencontre de cette double vulnérabilité, les femmes ayant vécu l'exil présentent des parcours très divers et complexes<sup>5</sup>. Cependant, comme l'explique le dossier du Ciré<sup>6</sup>, il existe des spécificités liées au genre dans les raisons de l'exil (discrimination, opportunités de formation, violence, mariage et divorce), sur les routes migratoires qui sont plus dangereuses pour les femmes (violence sexuelle et traite), et dans les procédures d'asile (reconnaissance des violence basées sur le genre, regroupement familial) et d'accueil (isolement lors de regroupement familial, hébergement collectif) en Belgique.

En vue d'affiner la thématique de la rencontre, nous avons, en amont de celle-ci, sollicité les partenaires du secteur de la promotion de la santé à Bruxelles qui s'adressent d'une manière ou d'une autre au public migrant féminin. Des sujets spécifiques ont émergé : santé sexuelle, mentale, périnatale... mais derrière chacun de ces thèmes une même question ressortait : Comment toucher le public des femmes migrantes ? Comment communiquer et établir la confiance ?

Nous avons approfondi cette question pour son caractère transversal et élémentaire. Transversal, car nous souhaitons cette rencontre en intersectorialité avec le désir de mettre en commun les expériences par rapport à des préoccupations partagées, pour se renforcer mutuellement. Élémentaire, car elle interroge le sens de nos services : Qu'en advient-il si le public visé n'y recourt finalement pas ?

1 HEINE S., *Stéréotype de genre et précarité des femmes*, in : *Pauvreté*, n° 07, mars 2015

2 Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise : Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014*, Bruxelles, 2015

3 JUSOT F., SILVA J., DOURGNON P. & alii, *Inégalités de santé liées à l'immigration en France - Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ?*, in : *Revue économique*, vol. 60, n° 2, mars 2009, p. 385-412

4 LORANT V., DERLUYN I., DAUVIN M. & alii, *Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques*, Bruxelles, Décembre 2011, p. 33

5 La voix des femmes, *Livre blanc de la femme migrante*, Bruxelles, 2008

6 Ciré, *Femmes et migrations : Les difficultés spécifiques rencontrées par les femmes dans leur parcours migratoire et dans leurs procédures en Belgique*, Bruxelles, août 2017

Nous avons donc intitulé la matinée comme suit :

## INÉGALITÉS DE GENRE ET MIGRATION : COMMENT AMÉLIORER LE RECOURS AUX SERVICES DU SOCIAL ET DE LA SANTÉ POUR LES FEMMES AYANT VÉCU L'EXIL ?

L'accès aux services est difficilement quantifiable et peu étayé, notamment au niveau bruxellois<sup>7</sup>. L'enquête de santé de 2013<sup>8</sup> montre cependant que pour les soins de santé (consultations et achat de médicaments), le report est lié à différents facteurs, dont des raisons financières. Ces données mettent en évidence que les Bruxellois-es sont davantage confronté-e-s à des difficultés financières (ex. : 22% des ménages bruxellois ont reporté l'achat de médicaments pour raison financière, par rapport à 8% pour la moyenne des ménages belges) et que la charge financière des soins est difficile à assumer, particulièrement pour les ménages les plus pauvres et pour les ménages dont la personne de référence est une femme (41% vs 33%). Notons également que le report de soins concerne plus les ménages dont le niveau d'instruction de la personne de référence est faible.

Ces données représentent les populations inscrites dans le registre national de la population. Lorsqu'on s'intéresse aux personnes ayant vécu l'exil, une partie de celles-ci n'y sont pas inscrites (les personnes en séjour irrégulier, déboutées ou en transit) et présentent un risque accru de difficulté d'accès aux services. Les chiffres de l'accès pour ces personnes ne sont pas comparables étant donné le circuit tout autre qu'elles doivent emprunter pour recourir aux services. Différents rapports de Médecins du monde, en Europe<sup>9</sup> et plus spécifiquement en Belgique<sup>10</sup>, soulignent toutes les difficultés auxquelles ces personnes sont confrontées avant d'avoir accès aux services : démarches administratives, non-éligibilité, stigmatisation, complexité du système... Encore une fois les femmes en sont particulièrement victimes alors qu'elles sont plus en nécessité d'avoir accès à ces services notamment pour des questions de santé sexuelle et reproductive (prise en charge des violences sexuelles, IVG, contraception...) et durant la période périnatale. Berchet et Jusot rapportent, par exemple, que « les femmes étrangères résidant en région parisienne déclarent moins fréquemment avoir bénéficié d'un frottis cervical que les Françaises nées de parents français »<sup>11</sup>.

On peut avancer que les femmes migrantes sont encore plus freinées dans leur accès ; plus souvent isolées ou dépendantes d'un-e conjoint-e, avec une moins bonne maîtrise de la langue du pays d'accueil, parfois non couvertes par l'assurance obligatoire (femmes en séjour irrégulier) et avec moins de ressources financières, elles mêlent divers facteurs entravant l'accès aux soins<sup>12</sup>. Le témoignage de Yana, réfugiée syrienne accueillie par Médecins du monde Grèce, rapporte bien la complexité des situations que peuvent rencontrer ces femmes migrantes : « Yana est une réfugiée syrienne, arrivée en Grèce avec ses deux fils alors qu'elle était enceinte de huit mois. [...] Forcée à quitter

7 Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise : Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016*, Bruxelles, 2017

8 DEMAREST S., *Accessibilité financière aux soins de santé*, in : DRIESKENS S., GISLE L., *Enquête de santé 2013 - Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*, WIV-ISP, Bruxelles, 2015

9 Médecins du monde, *Rapport de l'Observatoire 2017 - Les laissés pour compte : L'échec de la couverture santé universelle en Europe*, Londres, 2017

10 SUIJKERBUIJK H., *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, Médecins du monde, Inami, Bruxelles, 2014

11 BERCHET C., JUSOT F., *État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français*, in : *Questions d'économie de la santé*, n° 172, 2012, p. 5

12 MIGUEL-SIERRA M., *Livre blanc de la femme migrante*, La voix des femmes, Bruxelles, mai 2008

le camp après avoir refusé de payer d'autres réfugié-e-s pour pouvoir rester, elle s'est retrouvée à la rue avec ses trois enfants. "Je m'étais rendue dans un hôpital public, où j'ai été maltraitée par le service comptabilité qui m'a ordonné de payer pour un test inutile. Le service d'asile m'avait informée que le coût des examens étaient couvert grâce à ma carte de demandeur d'asile et que je n'aurai rien à payer [...]"<sup>13</sup>. Un article de l'Inserm<sup>14</sup> rapporte notamment que le lieu de naissance des femmes et leur statut migratoire ont un impact sur le suivi prénatal. Ainsi, les femmes ayant vécu l'exil et arrivées dans l'année en France recourent moins aux services pour le suivi de grossesse.

Les acteurs et actrices bruxellois-es de promotion de la santé, lors de la préparation de la table, s'interrogeaient quant à la difficulté d'établir le lien et la confiance avec les publics migrants féminins, dans des institutions où les professionnel-le-s sont parfois nombreux-ses. Ceci fait écho à la continuité du recours aux services, question que nous avons mise sur la table également lors de la rencontre. La continuité, dans le « mille-feuilles bruxellois », est un véritable défi, d'autant plus avec les publics précarisés et mobiles<sup>15</sup>. Comme le résume l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne : « Le manque de droit légal à la santé publique, la crainte du coût des soins de santé et/ou l'impossibilité d'assumer les frais liés aux soins crée un problème important en ce qui concerne la qualité et la continuité des soins »<sup>16</sup>.

Si les références précédentes concernent surtout les soins de santé, nous pouvons étendre la réflexion aux aides sociales, aux autres services et offres (notamment associatives). D'une part, parce que nous voulons maintenir une approche globale de la santé, qui vise avant tout la réduction des inégalités sociales, et qui s'attaque donc aux déterminants de la santé : logement, réseau social, revenu, éducation<sup>17</sup>... D'autre part, parce que la complexité des procédures pour l'accès aux soins commence bien avant ceux-ci, et concerne en premier lieu les procédures d'aide sociale et financière<sup>18</sup>.

C'est sur la base de toutes ces réflexions que nous nous sommes réunie-e-s le temps d'une matinée pour partager les pratiques et faire lien entre les acteurs et actrices bruxellois-es concerné-e-s par le sujet. Ce rapport vise la poursuite d'un objectif transversal de renforcement de liens entre des secteurs variés et participant à la promotion de la santé des personnes ayant vécu l'exil. Nous y avons compilé les échanges de manière à identifier les rôles des différents services et exposer les analyses et bonnes pratiques, en l'enrichissant également d'éléments issus de la littérature sur le sujet.

13 Médecins du monde, *Rapport de l'Observatoire de 2017*, ibid., p. 28

14 SAUVEGRAIN P., STEWART Z., GONTHIER C. & alii, *Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées*, in : *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 19-20, 5 septembre 2017, pp. 389-95

15 DAUVRIN M., SMITH P., LORANT V., *Continuité des soins et du social pour les publics précarisés souffrant d'une affection chronique en région de Bruxelles-Capitale – Rapport de recherche du projet Continuité de l'Aide pour les Publics Précarisés*, Institut de recherche santé et société – Université catholique de Louvain, avril 2017

16 Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne*, Luxembourg, 2012, p. 54

17 MORMONT M., *Financer une approche globale de la santé*, in : *Santé conjugulée*, n° 85, décembre 2018

18 Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, ibid., 2017

# 3

## LA MATINÉE DE RENCONTRE .....

### 3.1

#### DÉROULEMENT DE LA MATINÉE : FORME ET DYNAMIQUE

Nous avons créé un espace convivial et des temps d'échanges cadrés lors des ateliers et informels en fin de matinée. Pour la conception de cette matinée, le choix du programme et des méthodologies d'animation, deux objectifs nous ont guidés :

- > mettre en contact les acteurs et actrices du social et de la santé travaillant avec les publics ayant vécu l'exil ;
- > partager des pratiques et des expériences pour améliorer la santé de ces publics.

Nous voulions une matinée participative, au sein de laquelle chacun-e puisse s'exprimer avec les particularités de son secteur et avec l'enrichissement de personnes ayant vécu l'exil, usagères des services. La sélection des animations s'est faite pour satisfaire cette volonté, en prenant en compte le temps imparti et le nombre de personnes présentes.

La première partie de la matinée était dédiée à une clarification des concepts qui découlaient de la thématique traitée et à une présentation des personnes présentes autour de la table. Ce temps consacré à la présentation des institutions a occupé près de la moitié de la matinée.

Dans un deuxième temps, les participant-e-s ont travaillé en sous-groupes pour approfondir les pratiques favorisant le recours aux services autour de trois thèmes : l'accroche et le premier contact ; le maintien du lien ; et la circulation des informations entre professionnels (intra et inter services).

Nous avons terminé par une brève conclusion commune, avant de proposer un moment de rencontres informelles autour du lunch.

#### 3.1.1 La présentation des organismes

La présentation des 22 organismes s'est faite sous forme d'une animation structurée dans le but d'être clair et concis. Chacun des

organismes a dû se présenter à l'aide de pictogrammes décrivant son activité. Des pictogrammes étaient prévus pour décrire le type d'approche, les thèmes abordés et les services offerts. Tous les organismes avaient les mêmes critères de présentation et pouvaient rapidement identifier les accointances et complémentarités avec les autres. Les fiches présentées étaient posées au centre du cercle de participant-e-s et mises en lien avec l'organisme précédent.

### 3 · 1 · 2 L'enrichissement des concepts

Afin de partir sur une entente commune à propos des concepts principaux de la matinée, nous avons préparé deux cartes mentales pour clarifier le concept de « femmes ayant vécu l'exil » et celui de « recours aux services ». Celles-ci ont été présentées et enrichies directement par les participant-e-s. Durant le reste de la matinée, elles sont restées exposées au mur de la salle et ont été consultées et photographiées par les participant-e-s.

### 3 · 1 · 3 Un travail en sous-groupes autour d'une « question paradoxale »

L'animation en sous-groupes avait pour objectif d'approfondir un temps spécifique du recours. Nous avons utilisé la technique de la *question paradoxale*<sup>19</sup>. Cette technique a la particularité de partir des paradoxes liés à la question de départ, pour y poser un regard neuf, et ouvrir à d'autres critères de lecture. Par exemple, voici un paradoxe relevé : « Comment améliorer le premier contact avec les femmes ayant vécu l'exil, ALORS QUE la rencontre avec le public victime de violence est difficile (compétences, temps...) ? ». Après avoir relevé les paradoxes, l'animation s'est poursuivie en discussion libre, en échange de pratiques et d'expériences. Selon les sous-groupes, l'animation a été adaptée à la dynamique et aux affinités de l'animatrice, en approfondissant plus ou moins la question paradoxale.

## 3 · 2 LES PARTICIPANT · E · S

Autour de la table, il y avait près de 40 personnes et 22 organismes bruxellois (cfr 8. *Présentation des organismes présents*). Différents secteurs et niveaux d'intervention étaient représentés : aide sociale et juridique, services médicaux et paramédicaux, services d'hébergement, cohésion sociale, acteurs et actrices de terrain, de deuxième ligne, ou de la recherche. Un collectif de personnes sans-papiers était représenté, et deux services sont venus avec des personnes directement concernées par la question.

<sup>19</sup> Pour en savoir plus sur cette technique, voir DEBOIS F., GROFF A., CHENEVIER E., *La boîte à outils de la créativité*, Paris, 2012, p. 46

# 4

## DÉVELOPPEMENT DES CONCEPTS .....

Comme mentionné précédemment, afin de partir d'un vocabulaire commun, il nous semblait essentiel de s'arrêter un instant sur certains concepts abordés lors de l'événement. Voici ce qui a résulté de cette animation, enrichi par des éléments issus de la littérature.

### 4.1 FEMMES AYANT VÉCU L'EXIL

Il est important de préciser que nous prendrons en compte la femme avec une lunette **genre**. Le genre étant un ensemble de normes culturelles et sociales, sur lesquelles les individus se construisent. Il est donc culturellement induit, il n'est pas naturel, il se construit et peut dès lors évoluer. Les individus imitent ces normes pour s'identifier à un standard décrit et transmis par la société, mais qui n'existe pas.

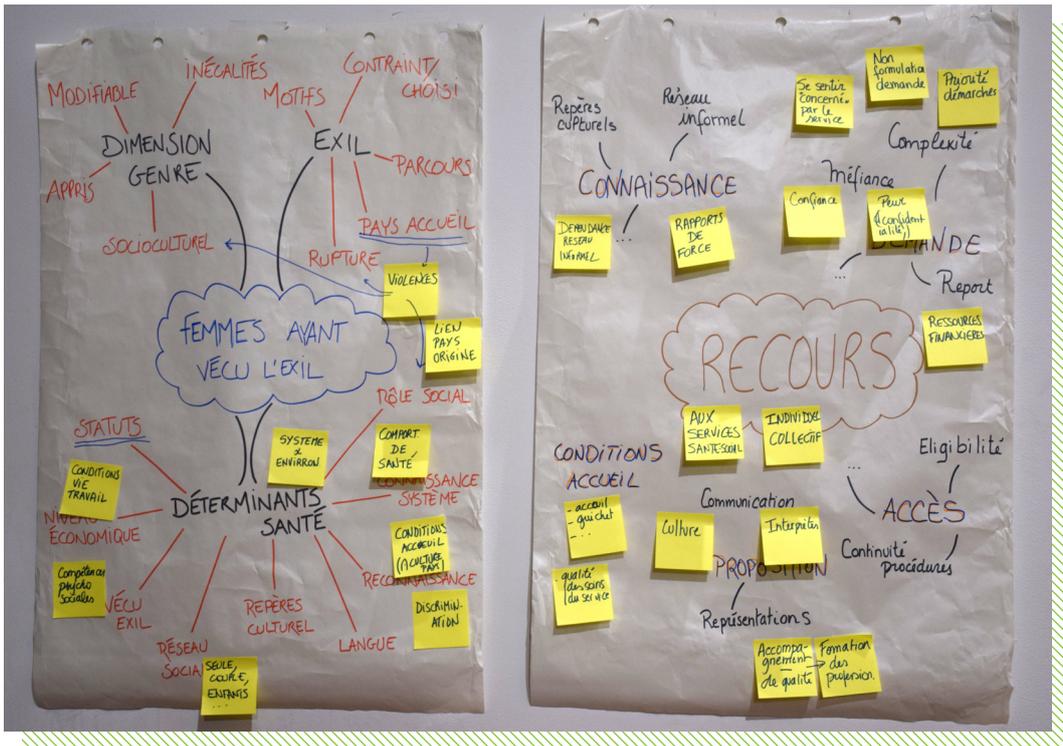
La société avec sa politique, ses associations, ses services, ses citoyens... produit un standard également pour décrire les femmes ayant vécu l'exil, les femmes migrantes, subissant les inégalités de genre et les inégalités liées au vécu de l'exil, des différences culturelles, religieuses, économiques. La personne migrante est distinguée de l'expatriée ; si toutes deux ont vécu l'exil, la seconde fait plus référence à une personne de classe sociale et économique favorisée (souvent provenant de pays économiquement riches), avec un parcours migratoire plus sûr et un statut administratif dans le pays d'accueil<sup>20</sup>. Pour les personnes migrantes, l'exil est considéré comme source de vulnérabilités par la rupture avec les repères socio-culturels, par les motifs de départ, les conditions de parcours et d'accueil. Que l'exil soit peu ou prou contraint, les personnes migrantes peuvent subir des violences. Les femmes mêlent à ces vulnérabilités une plus grande précarité économique et une invisibilité, que ça soit dans les politiques, les recherches, les médias... et sont souvent réduites au rôle d'accompagnatrice de l'homme migrant<sup>21</sup>.

Le profil des femmes ayant vécu l'exil est décrit à grand renfort de vulnérabilités, assignant ces personnes à les subir, les rendant responsables de ces vulnérabilités et oubliant qu'elles sont universelles et relationnelles<sup>22</sup>. Lors de la matinée de rencontre, les participant-e-s

20 FALQUY I., *L'expatriation est-elle un euphémisme pour ne pas nommer l'immigration ?*, in : slate.fr, avril 2019 {consulté en ligne en mai 2019}

21 OSO CASAS L., *Genre et migrations, un cadre conceptuel*, in : *Femmes migrantes, de l'invisibilité à la reconnaissance*, Le monde selon les femmes, Bruxelles, 2007, pp. 5-17

22 MEKDJIAN S., *Spécificité et évolution des parcours migratoires des femmes*, in : *Actes de la journée d'étude Orspere-Samdarra « Femmes en exil »*, Grenoble, 6 octobre 2016, p. 17



ont souligné que si elles étaient considérées de cette façon par la société, elles étaient avant tout des personnes possédant de nombreuses ressources. Ils et elles invitent donc à prendre ces vulnérabilités non comme une fatalité ou comme relevant de leur propre responsabilité, mais plutôt comme des repères pour adapter les services en vue d'enrayer ces inégalités d'accès à la santé.

## 4.2 LES SERVICES

Les services visés par la question du recours, comme posée lors de cette matinée, sont tous les services de première ligne intervenant dans les champs de **la santé et du social** et visant notamment des femmes ayant vécu l'exil. Ces services peuvent être des aides administratives, économiques, juridiques, des services de santé, de cohésion sociale, d'accueil de jour et de nuit, des centres de formation, etc.

## 4.3

### LE RECOURS AUX SERVICES

Le recours aux services est bien plus complexe que l'accessibilité financière et géographique<sup>23</sup>. Il dépend d'une série de facteurs qui ont été éclairés afin d'ouvrir la réflexion aux différents leviers d'action pour l'améliorer.

Le recours dépend avant tout de la **connaissance** du service. La personne visée par l'offre est-elle au fait que le service existe pour elle ? Cela dépend de l'accessibilité de l'information et de repères socio-culturels. Ce service a-t-il un sens dans ses références culturelles et existait-il là où elle a grandi ? Les informations circulant dans le réseau informel, source d'informations primordiale, sont déterminantes également.

Lorsqu'on a connaissance du service, il faut faire la **demande**. Une série de facteurs peuvent entraver cette demande, relevons notamment la complexité des démarches, la méfiance (jugement, identification), l'accessibilité (coût, lieu, horaires), le fait de ne pas se reconnaître dans l'offre de services ou que ça ne soit pas une priorité.

Les personnes qui ont eu connaissance du service et qui ont effectué la demande n'y ont parfois finalement pas accès car elles ne sont pas **éligibles** : le service ne peut les prendre en charge au regard de certaines caractéristiques (ex. : statut administratif ne permettant pas l'aide du service).

Certaines personnes sont éligibles pour des aides ou des services mais ceux-ci ne leur sont pas **proposés**, freinés par les représentations des professionnel-le-s ou par les barrières linguistiques et culturelles.

Enfin, quand la personne a fait la demande et est éligible à recevoir le service, les **conditions d'accueil** peuvent être un frein au recours, du premier contact à la qualité du service en passant par la **communication pour le suivi**. Parfois il y a rupture dans la continuité de la procédure : abandon, incompréhension...

Prendre en considération ces déterminants du recours permet d'alléger la personne d'une responsabilité indue, et de tendre vers une approche plus globale dans laquelle l'institution se mobilise et prend en compte la personne dans son environnement.

<sup>23</sup> Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *ibid.*, 2017

# LE RECOURS AUX SERVICES DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL POUR LES FEMMES AYANT VÉCU L'EXIL : ENJEUX, FREINS ET PRATIQUES DE TERRAIN .....

Afin d'approfondir la problématique qui nous préoccupait, trois questions ont été travaillées en sous-groupes. Pour chacune, la technique d'animation « la question paradoxale » a permis, d'une part, d'identifier collectivement les freins à la résolution du problème, et d'autre part, de rebondir sur les pratiques et expériences pour y remédier.

Les résultats des travaux en sous-groupes sont repris ci-dessous de manière synthétique et ne reflètent pas de manière exhaustive les échanges qui ont eu lieu lors de la matinée.

Nous nous attarderons, dans un premier temps, sur les freins et les paradoxes relevés par les participant-e-s et communs aux sous-groupes. Nous développerons, dans un second temps, les pratiques évoquées selon les différents temps du recours pour lever ces freins.

## 5.1 LES PARADOXES, FREINS ET ENJEUX

Il est intéressant de noter que la plupart des freins et enjeux mentionnés par les personnes présentes ne concernent pas uniquement les femmes ayant vécu l'exil.

### 5.1.1 Freins et enjeux liés aux systèmes et aux institutions

#### Le manque de moyens financiers

Les moyens financiers pour offrir des services de qualité ne sont pas suffisants. Les services offrent souvent le minimum avec une surcharge des consultations. Les professionnel-le-s disposent de peu de temps pour prendre du recul, évaluer leurs actions ou encore réorienter.

#### Le statut administratif

Le statut administratif des personnes primo-arrivantes ou sans-papiers (demande déboutée ou migrant en transit) limite leur éligibilité à certains services. Le nombre limité de ces services entrave également la possibilité de choix pour les personnes migrantes, le lien de confiance avec le ou la professionnel-le peut dès lors être difficile à établir.



### Les procédures inadéquates, en décalage avec des situations complexes

Le filet de sécurité pour le remboursement des soins médicaux des personnes en séjour irrégulier, à savoir l'aide médicale urgente (AMU), impose une vision morcelée de la santé. En effet, les personnes font une demande d'AMU pour un problème de santé en particulier, et les frais de santé pris en charge par l'AMU sont uniquement ceux en rapport avec le problème de santé déclaré. Malheureusement, au vu des conditions précaires des personnes en séjour irrégulier, un problème de santé peut en cacher un autre... et les démarches pour avoir accès à l'AMU sont à recommencer.

Les procédures pour bénéficier de l'AMU sont rigides, complexes et spécifique à chacune des communes bruxelloises. Elles imposent au ou à la bénéficiaire d'être résident-e de la commune où la demande est établie. Ceci est compliqué pour les personnes en séjour irrégulier, qui sont souvent dans des situations instables.

### La violence des procédures

Les procédures peuvent être violentes et rompre le lien de confiance. Par exemple, les demandeurs et demandeuses d'asile doivent effectuer des démarches qui attestent de la violence vécue et des risques encourus dans leur pays d'origine. Cela peut être particulièrement violent pour les femmes ayant quitté un mari violent, ayant fui pour éviter des mutilations génitales... Mais de manière plus générale, les procédures constituent une épreuve pour toute personne confrontée à un système qu'elle ne connaît pas, ne bénéficiant plus de repères et altérant sa faculté de jugement.

### Des services inadaptés

Au vu des spécificités des femmes ayant vécu l'exil, les services ne sont pas toujours suffisamment accessibles géographiquement ou disponibles aux horaires qui conviennent à ces publics. Les offres peuvent également ne pas rencontrer le « besoin ». Parfois, pensée par des personnes non concernées par la situation, l'offre peut être mal interprétée, être vécue comme jugeante, ou ne pas susciter d'intérêt car elle ne constitue pas une priorité pour les personnes visées.

### La multiplicité des services et le premier accueil

La confiance entre le public féminin ayant vécu l'exil et les professionnel·le·s des services est entravée par la multiplicité des acteurs et actrices avec lequel·le·s il doit traiter. Par ailleurs, un premier accueil se passant dans de mauvaises conditions peut figer une image négative des services, alimentant dès lors une méfiance envers ceux-ci.

### Les contraintes du système et la réalité de terrain

Les professionnel·le·s sont soumi·e·s à des contraintes de procédure et sont pris en étau entre les exigences du système tel qu'il a été pensé et la réalité du terrain. Les contraintes qui ont été citées sont reprises dans les points précédents.

## 5 · 1 · 2 Freins et enjeux liés aux professionnel·le·s

### La non-mise en commun des compétences

Au sein même d'un secteur, les compétences des acteurs et actrices sont variées. Si celles-ci sont mises en commun, partagées, elles constituent une ressource. Mais lors des échanges, les participant·e·s ont rapporté que souvent ces compétences sont insuffisantes, non transversales ou insuffisamment mises en commun.

### La discrimination

La formation et les représentations des acteurs et actrices peuvent être sources de préjugés et entraîner des discriminations. Les représentations sociales permettent de pratiquer le monde. Si elles ne sont pas mises en confrontation avec certaines réalités, elles peuvent devenir des stéréotypes. Prendre le temps de questionner ses représentations et les confronter avec celles des autres est important pour des acteurs et actrices travaillant avec un public varié, et particulièrement avec les femmes ayant vécu l'exil, catégorie sociale qui est associée à une série de stéréotypes de vulnérabilité.

### Des relations inégalitaires

Par leur statut, les professionnel·le·s et les femmes ayant vécu l'exil requérant aux services sont d'emblée dans une relation inégalitaire. Mais le type de rapport développé peut accroître cette inégalité, notamment s'il est appuyé par la politique et les habitudes de l'ins-

titution. Ce rapport s'établit par une série de critères reprenant l'environnement (accueil au guichet, confidentialité, sécurité...), la communication verbale (qui pose les questions ? comment sont-elles posées ?), le contenu des échanges (temps imparti, recherche de solutions ensemble...).

### Les représentations de la santé et les priorités

Les représentations des professionnel·le-s en termes de « santé » sont quelquefois très éloignées des représentations des femmes migrantes. Et si les représentations se rejoignent, la priorité pour ce public n'est pas toujours de s'occuper de sa santé. Prenons l'exemple d'une dame en transit sur le sol belge. Elle a un rendez-vous pour une IVG la semaine suivante mais chaque soir elle tente le passage pour la Grande-Bretagne. Ces choix peuvent être difficilement compréhensible pour les soignant·e-s et tellement évident pour cette dame, ce décalage peut être un frein à la compréhension de l'Autre et à l'établissement d'une relation de confiance.

## 5 · 1 · 3 Freins et enjeux liés à la personne

### Une situation précaire

Parmi les femmes ayant vécu l'exil, celles n'ayant pas de statut officiel en Belgique sont plus à risque d'être en situation instable concernant le logement, les revenus, le travail, avec des conséquences sur l'hygiène, les « soins », la prévention et l'état de santé. La précarité dans laquelle les femmes migrantes évoluent parfois rend les demandes de service urgentes. Il n'est pas rare qu'elles fassent appel aux services en dernier recours, au dernier moment. Dans certaines situations, notamment pour les personnes en séjour irrégulier, la priorité n'est pas toujours le soin (la régularisation du statut et l'exil sont parfois prioritaires). Dans ces moments, pour se protéger ou faire avancer une procédure, le public peut avoir une nécessité de morceler son vécu.

### La place dans la société

Le rôle social de beaucoup de femmes ayant vécu l'exil est source de vulnérabilité pour ce public. Comme nous l'avons vu plus haut, par leur statut de femme et celui de migrante, elles sont invisibilisées. Les participant·e-s relèvent que les femmes migrantes sont plus souvent dépendantes d'un « mari », pour le maintien de leur statut, pour s'assurer un revenu, pour le lien avec la communauté.

### L'utilisation d'un réseau informel

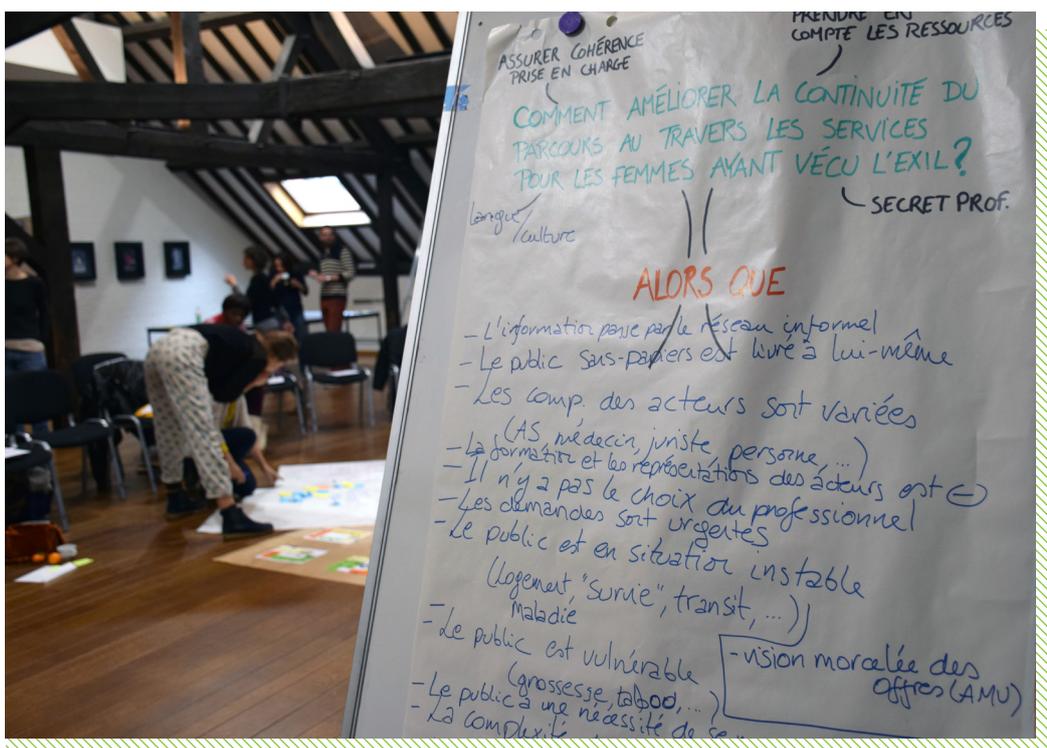
Le réseau informel des femmes ayant vécu l'exil est important pour le partage d'informations. Elles ont moins facilement accès aux réseaux formels (services, informations « officielles »). Les participant·e-s citent comme raisons une moins bonne maîtrise de la langue officielle et une méconnaissance du fonctionnement du pays.

## 5.2

### POINTS D'ATTENTION TRANSVERSAUX

Durant le processus de création de la table d'échanges et au cours de celle-ci, il a été relevé à plusieurs reprises la nécessité de **ne pas pointer du doigt les femmes ayant vécu l'exil** en les responsabilisant encore plus sur leurs vulnérabilités. L'idée n'est pas de leur attribuer les causes d'un faible recours ou même de les rendre plus responsables de leur recours aux services. C'est **le système et l'approche que nous désirons questionner**, en tenant compte de la réalité des besoins chez ces femmes ayant vécu l'exil.

De manière générale les acteurs et actrices relèvent également l'importance de prendre en compte les repères culturels et d'offrir la possibilité d'un **service d'interprétariat** pour approcher, accueillir, communiquer, maintenir le lien avec les femmes migrantes. Il est apparu important également, au vu des cultures, du statut du public et de leur réseau social, de penser la place du ou de la conjoint·e, de réfléchir à l'autonomie des femmes, à leurs libertés. La manière dont les informations sont diffusées sont à penser aussi avec la prise en compte des diversités. Les représentations quant au rôle des soignant·e·s, au rôle du réseau informel, au rôle de la femme elle-même sont très diverses. Il est important de prendre un temps pour **comprendre ces représentations** et ainsi rendre possible le lien de confiance.



**La qualité de la communication et de l'écoute** sont des principes qui ont été mis en avant tout au long de la matinée, en complément de **la prise en compte des besoins** et des attentes des personnes pour adapter l'offre et réorienter les services. **L'approche communautaire**, démarche où les actions sont construites par et pour la communauté, est un moyen qui permet de coller au maximum à la réalité tout en travaillant sur la valorisation, le réseau social et l'autonomie des personnes concernées.

### 5.3

## LEVIERS D'ACTION ET PRATIQUES

### 5.3.1 Le premier contact : se faire connaître et accueillir

Le premier sous-groupe a partagé les pratiques relatives à l'amélioration du premier contact. Comment les services se font connaître ? Comment touchent-ils les femmes migrantes ? Comment les accueillent-ils ?

Pour toucher et intéresser les femmes ayant vécu l'exil, les acteurs et actrices tentent d'adapter le service aux besoins et aux spécificités du public : réseau social, maternité, logement, langue... Pour ce faire, la majorité des services travaillent sur **l'accessibilité** de base, d'un point de vue **géographique** (antennes de quartier) et **financier** (gratuité ou presque) mais également **administratif**, à fin que toutes les femmes puissent venir indépendamment de leur statut. L'accessibilité se joue aussi sur les heures de **permanences**, et certain-e-s acteurs et actrices expliquent qu'ils proposent différents moments (matin, midi, soir) pour rendre leur service accessible à un maximum de personnes. Ces permanences rencontrent un meilleur succès auprès des publics plus vulnérables lorsqu'ils sont **sans rendez-vous**. Cela permet de répondre à une demande urgente, de ne pas devoir planifier (ce qui peut être compliqué dans des conditions de vie précaires ou instables), de ne pas confronter la personne aux problèmes de compréhension pour noter le rendez-vous.

Si l'offre de service semble, pour les professionnel·le-s, répondre à un besoin du public, ce besoin n'est pas toujours exprimé ou ressenti comme prioritaire. Pour entrer en contact avec les femmes ayant vécu l'exil, quelle que soit leur situation, il est parfois nécessaire d'adopter des **démarches proactives**. Les professionnel·le-s peuvent utiliser des « **prétextes** » : offrir un dépistage pour les travailleuses du sexe par un-e médecin et en profiter pour sensibiliser aux aides sociales ou présenter l'assistant-e social-e ou profiter d'une distribution de vivres

ou d'une journée thématique de quartier pour établir un lien avec des publics plus difficilement touchables. Une technique de plus en plus utilisée est l'« **aller vers** » appelé également *outreach* : les services organisent des maraudes pour entrer en contact avec un public qui ne les connaît pas ou qui ne se serait pas déplacé jusqu'à eux. Que ce soit des maraudes, la mise en place d'antennes délocalisées ou la tenue de permanences dans des lieux de rencontre du public visé, l'idée est de rencontrer les personnes dans leur **milieu de vie** pour se présenter et présenter l'offre de service à laquelle elles ont droit.

Pour se faire connaître les services peuvent également s'appuyer sur le **réseau informel**, vecteur important d'informations. La communauté, les lieux de rencontre, le ou la chef-fe religieux-se... sont autant de ressources sur lesquelles il est possible de prendre appui.

Ensuite, le moment de l'**accueil** et du **premier contact** est déterminant. Il peut favoriser ou au contraire freiner le recours futur au service. Garantir au fil des rencontres une stabilité dans les professionnel-le-s ou désigner une personne de référence est très important. La communication verbale et non verbale de l'accueillant-e est essentielle également, certain-e-s accueillant-e-s **gardent une trace écrite des échanges** pour améliorer le lien et le suivi. L'accueillant-e a un rôle primordial, il ou elle est, de préférence, formé-e à l'interculturalité et adopte une **posture d'ouverture à l'autre**. Lors de cette première rencontre, il est intéressant de considérer l'entourage et le rôle qu'il peut avoir. De cette manière, il est possible que le ou la partenaire soit inclus-e, même si, selon les positions des professionnel-le-s, il est parfois préférable qu'il ou elle ne le soit pas.

Il arrive que certains professionnel-le-s aient l'impression de devoir forcer le lien, position parfois inconfortable. Mais, pour beaucoup, il semble évident qu'il faille insister pour montrer qu'un lien est possible.

### 5.3.2 Le maintien du lien : confiance et communication

La création d'une relation de confiance peut sembler relever du défi quand on voit la violence du système à laquelle sont souvent confrontées ces femmes (par exemple, lorsque le ou la professionnel-le doit certifier des violences pour la procédure d'asile). Pourtant certain-e-s témoignent de la possibilité de maintenir le lien, tant en intervention individuelle que collective. Il y a le lien avec une structure pluridisciplinaire, et le lien avec un-e professionnel-le en particulier. Le lien avec la structure apporte une difficulté complémentaire qui est la communication des informations confiées entre les professionnel-le-s de la structure. Cette difficulté est abordée dans le point suivant.



Le lien de confiance passe par le travail de l'**adhésion**. Il ne s'agit pas ici de « convaincre » de recourir aux services. Les professionnel-le-s doivent questionner les besoins et priorités de la personne, et aller à la rencontre de ceux-ci, avec l'aide d'autres services si nécessaire. Le service proposé doit être adapté, moulé sur les attentes et la réalité du public auquel il s'adresse, et cela se fait dans la co-construction entre la personne et le ou la professionnel-le. C'est alors seulement que le service proposé, même s'il ne lui semblait pas prioritaire, peut susciter son adhésion.

Pour susciter l'adhésion de la personne, la force du groupe peut être un levier. Mais le groupe a aussi d'autres fonctions, comme œuvrer à l'intégration, à la sociabilisation, au partage. Le **travail communautaire** a été ici beaucoup évoqué ; impliquer activement les personnes dans un groupe pour créer collectivement des actions qui répondent à leur besoin permet d'agir sur les déterminants de la santé et finalement de participer à la réduction des inégalités sociales de santé.

Afin d'établir la relation de confiance et de maintenir le lien, la structure même doit être questionnée régulièrement. Certaines structures, afin d'être accessibles à tou-te-s, assouplissent leurs conditions de prise en charge. Elles acceptent, par exemple, de soigner gratuitement des personnes sans sécurité sociale. Il a été relevé que cela pouvait porter préjudice à la continuité de la prise en charge si la personne percevait que c'était une faveur, ou si la prestation était réalisée en échange de la promesse d'activer des démarches (par exemple, être en ordre de mutuelle la prochaine fois). Elle risque dès lors de se sentir redevable ou exclue si elle n'a pas fait la démarche, et risque de ne pas reve-

nir. La structure peut également adapter son **offre** en l'enrichissant **d'autres services**, en devenant pluridisciplinaire. De cette façon, le public reçoit plusieurs services au sein d'une même structure, le lien est maintenu voire renforcé.

Le rapport entre les femmes ayant vécu l'exil et les professionnel-le-s s'établit sur la durée, il faut y consacrer du **temps**. Cela passe par l'humain. La stabilité de l'équipe est donc importante. Les techniques de communication et la posture professionnelle sont importantes également. Le non-jugement, les questions ouvertes, le temps de parole laissé à l'autre. Dans la relation, le ou la professionnel-le doit viser l'autonomie de la personne/du groupe, et ne pas décider à sa place. Tout cela est à remettre en perspective lorsque les deux parties ne partagent pas la même langue, les mêmes représentations, la même culture. Le recours à un interprète peut alors être d'une grande aide.

Les professionnel-le-s parlent de démarches proactives pour aller rechercher les femmes qu'ils ou elles ne voient plus, et de toute la difficulté de trouver le **juste milieu : inciter sans être intrusif**.

De manière générale, il peut être important d'inclure le ou la partenaire. Ne pas le ou la considérer pourrait mettre à mal la femme dans le maintien du lien avec la structure et/ou dans sa relation privée.



### 5.3.3 Le trajet de recours aux services : cohérence et communication entre professionnel·le·s

**Au sein même d'une structure**, la communication entre les professionnel·le·s est primordiale. Elle permet une cohérence de prise en charge et évite à la personne de répéter plusieurs fois son histoire. Dans ce cadre, les informations échangées peuvent faire l'objet d'un rapport, construit dès la première rencontre avec l'accueillant·e. Mais, ce rapport est parfois un frein pour le public, et peut se révéler une entrave à la confidentialité. La personne peut très bien choisir de raconter un aspect de sa situation à un·e professionnel·le qu'elle ne souhaite pas partager avec un·e autre, selon la relation de confiance établie ou selon les objectifs visés par l'entretien. De ce fait, la tenue d'un dossier doit se faire **avec son aval** et de manière transparente pour garantir la confiance.

Dans le cas, assez fréquent, où le service ne peut répondre à l'ensemble des demandes et besoins de la personne, il peut **renvoyer les personnes vers les services adéquats**. Cela se passe lorsque le service en question constitue le premier contact, par exemple, lors d'une maraude, d'une permanence, ou lorsqu'il ne peut répondre à la demande en raison de la situation de la personne (statut administratif, couverture sociale). La réorientation advient également pour les services qui prennent en charge la personne sur le long terme, services avec lesquels le public a établi une relation de confiance, et qui reçoivent des demandes qui sortent de leur champ d'activités.

**Pour réorienter** et assurer la continuité de l'accompagnement, les différents services déploient plusieurs stratégies. La première d'entre elles est de connaître le réseau d'acteurs et actrices locales, leurs activités et leur fonctionnement. Lors d'un besoin exprimé, les professionnel·le·s renvoient la personne vers le service du quartier apte à répondre à la demande. Mais cette démarche n'est souvent pas suffisante ; le public ne connaît pas le service et son fonctionnement, encore une fois, la langue et les démarches à entamer peuvent être un frein. Dès lors, certain·e·s professionnel·le·s prennent l'initiative de contacter le service vers lequel la personne est envoyée. Lorsque ce contact entre les services se fait avec la personne, soit par téléphone devant elle, ou en l'accompagnant, le lien entre la personne et le nouveau service est établi, et le recours aura plus de chance d'aboutir.

Pour aller plus loin dans cette démarche, certains services se constituent en « **réseau** » (formel ou non). Ces réseaux fonctionnent de manière très diverse, allant de la simple connaissance des uns et des autres à des rencontres régulières pour discuter de leur fonctionnement. Certains services travaillent ensemble dans des **projets communs**, pour des permanences ou pour des projets communautaires, par exemple. Lors de ces projets, le public rencontre dès lors d'autres services et le lien se construit.

Dans tous les cas, il semble que la mise en lien par une **personne de référence** soit reconnue par tous comme efficace. L'accompagnement de la personne dans son parcours à travers les différents services est une sorte de garantie. Cependant, cet accompagnement **prend du temps et n'est pas reconnu en tant que tel**.

# 6 OUVERTURE ET PISTES DE RÉFLEXION POUR LA PRATIQUE DE TERRAIN ET LE RÉSEAU .....

Au regard de ce qui a été échangé dans les ateliers en termes de freins ou de pratiques, nous pouvons formuler des domaines d'action pour améliorer le recours aux services :

## La relation

Dans ce point, nous entendons la qualité de la communication et de l'écoute. Nous parlons d'ouverture, de la première rencontre au maintien du lien, de confiance et de « sentiment d'appartenance » du public à la structure. L'accueillant-e est particulièrement concerné-e car il ou elle va donner le ton à la personne requérant au service pour la suite des échanges<sup>24</sup>. **L'accueil est donc un moment clé** et ressource pour établir un lien de confiance. L'accueil doit être humain, construit autant que faire se peut d'égal à égal. C'est le moment d'ouvrir le dossier et d'y noter les informations échangées, c'est le moment également de présenter le fonctionnement du service.

La qualité de la relation se joue aussi dans la stabilité des interlocu-

<sup>24</sup> LOUTE A., *Comment instituer l'éthique de l'accueil ?*, in : Santé conjugée, n° 84, septembre 2018



teurs et interlocutrices d'une « visite » à l'autre. Pour communiquer oralement, le ou la professionnel·le adapte son vocabulaire et les références auxquelles il ou elle fait appel pour être compris·e. Nous considérons aussi toute l'importance des **compétences transculturelles**, qui mettent au centre de la relation les points communs en dépassant les différences culturelles<sup>25</sup>.



La relation ne se limite pas à la relation entre un·e professionnel·le et une femme ayant vécu l'exil, nous incluons aussi le **réseau de soutien social de la personne, et le ou la conjoint·e** s'il y a lieu. Dans l'approche collective et communautaire, la relation qui s'établit au sein du groupe est porteuse, en renforçant le réseau social, la solidarité, le dialogue, en multipliant les visions et donc les ressources<sup>26</sup>.

### Le fonctionnement du service

Nous désignons, dans ce point, tout ce qui est relatif à l'accessibilité de base et aux techniques mises en place pour améliorer le recours. En vue d'améliorer l'accessibilité, une des premières étapes est d'adapter le **fonctionnement** du service, notamment en le rendant **gratuit ou à moindre coût**, en adaptant les horaires au public auquel le service est destiné, en ouvrant des consultations sans rendez-vous. Tous ces points sont des recommandations qui font l'objet de plaidoyer, notamment dans le livre blanc<sup>27</sup>.

Il est possible également d'être proactif pour établir le premier contact, en mettant en place des activités d'**outreach**, des **maraudes**

25 **BLANK-ANTAKLI Z., BÜHLER T., ERDEN D. & alii.**, *Compétences transculturelles : recommandations pour la conception de formations*, La Conférence suisse des Services spécialisés dans l'intégration CoSI, Lucerne, 2016

26 **MOREL J.**, *L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques*, in : Santé conjugulée, n° 40, avril 2007

27 **DE COQ J.**, *Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*, INAMI et Médecins du monde, Bruxelles, 2014

**ou des permanences délocalisées.** Pour entrer en contact, les services peuvent s'appuyer sur des actions dans l'espace public ou des événements pour se faire connaître, comme organiser une journée à thème susceptible de toucher du monde. L'objectif est d'aller à la rencontre de publics qui rencontrent des difficultés pour aller vers un service.

#### Le travail en pluridisciplinarité et/ou en partenariat

L'accessibilité du service peut être améliorée en offrant des **services plus complets**, en étant apte à répondre à plusieurs demandes. Comme le projet Continuité de l'Aide pour les Publics Précarisés le recommande, il convient de « développer des modèles de prise en charge intégrés sur base des déterminants sociaux de la santé »<sup>28</sup>, soit en complétant le service avec plusieurs disciplines, soit en établissant des partenariats avec des services du quartier, par exemple, en créant des permanences communes.

#### L'accompagnement entre les services

La difficulté de maintenir le lien réside parfois dans le parcours que les femmes ayant vécu l'exil doivent effectuer entre les services sociaux, administratifs et médicaux. Pour donner le plus de chance à une continuité, il est souvent nécessaire **d'accompagner ce public dans la démarche**, cela peut se faire en aidant la personne à prendre rendez-vous ou en l'accompagnant dans le service pour faire la liaison. Cet accompagnement est une fonction à part entière, qui requiert du temps. Elle peut être assurée de manière partagée par les professionnel-le-s qui entrent en contact avec la personne ou par une personne dont c'est la fonction de faire le lien, une référente pour la personne<sup>29</sup>.

## 6.1

### QUELQUES QUESTIONNEMENTS

Lors de cette matinée, au-delà des pratiques échangées, certains questionnements ont affleuré. Ils sont mis en avant ici comme des points d'attention utiles pour nos pratiques :

- > Nous voulions, lors de la rencontre et dans ce document, aborder les femmes ayant vécu l'exil au travers de leurs ressources. Cependant, pour décrire ce public, nous l'avons resitué dans un engrenage de vulnérabilités en nous appuyant sur les chiffres et analyses existants. Lors des animations, les participant-e-s ont finalement **insisté sur ce qui fait ressource**, ouvrant ainsi des opportunités d'actions.
- > Les femmes ayant vécu l'exil, comme nous l'avons abordé dans l'introduction, peuvent évoluer dans une configuration de dépendances sociales et économiques vis-à-vis de leur conjoint-e. Les services, face à ce constat, guidés par leurs propres représen-

28 DAUVRIN M., SMITH P., LORANT V., *ibid.*, 2017

29 *Ibid.*

tations et dans un objectif d'autonomisation, invitent parfois les femmes à se présenter seules, ou proposent des actions dans une approche non mixte. Mais, ce parti pris fait abstraction des **tensions qui peuvent se créer dans le couple**. Lors de cette matinée, les participant·e·s ont remis en perspective les conflits pouvant émerger si le ou la conjoint·e n'est pas inclus·e. Ils ont aussi ouvert la réflexion sur l'adaptation des pratiques : Comment tenir compte des repères culturels, des habitudes, de la potentielle (inter)dépendance entre les deux partenaires ?

- > Concernant les publics demandeurs d'asile et particulièrement les femmes, les professionnel·le·s ont exprimé leur tiraillement entre la bienveillance de la relation qu'ils tentent d'établir et la **violence des procédures obligatoires** qu'ils doivent appliquer. Ces procédures concernent notamment la justification de violences subies dans le pays quitté, violences que la personne tente peut-être d'oublier et qu'on la force à « revivre » pour les prouver. Ces procédures constituent également un frein à l'exercice de ses compétences psychosociales, son estime d'elle-même, son autonomie... Dans l'attente de changements dans les procédures d'accueil, les participant·e·s invitent à être particulièrement attentif·ve à la qualité de la relation et aux attentes de la personne.
  
- > Si les pistes permettant d'établir le contact pour le premier recours ont été nombreuses, la question **d'accrocher à nouveau un public après une mauvaise expérience** persiste. Comment faire quand il y a eu une rupture du lien ? Comme nous l'avons déjà évoqué, les professionnel·le·s ont parfois l'impression de devoir forcer le lien, de ne pas respecter le libre arbitre de la personne en insistant pour assurer la continuité du recours. De plus, c'est parfois en offrant plus, en vue d'améliorer le recours aux services, qu'on crée des potentiels freins. Le nombre d'intervenant·e·s dans une structure pluridisciplinaire augmente le risque de mauvaise expérience, occasionnant une rupture avec l'institution. Il y a également la question de la confidentialité qui entre parfois en tension avec cette approche pluridisciplinaire. Les exceptions faites pour assurer l'accès un jour à une consultation peuvent être vécues comme une faveur et freiner le recours ultérieur. Aucune recette miracle n'a été partagée pour répondre à ces situations. Encore une fois, c'est sans doute la qualité de la relation, la communication et l'écoute des attentes de la personne qui peuvent empêcher d'en arriver à des situations délicates.

# 7

## EN CONCLUSION .....

Si une partie importante des freins est dépendante de politiques publiques, nous avons pu partager autour de pistes d'actions pour améliorer l'accès aux services du social et de la santé pour les femmes ayant vécu l'exil.

La *Table d'échanges santé migrants* de 2018, a permis aux participant·e·s de créer du lien avec d'autres secteurs, de se connaître et d'échanger. Pour beaucoup, les animations et la dynamique ont permis notamment de renforcer le partage de pratiques.

Cette première rencontre est marquée par une volonté d'approfondir les réflexions entamées et de développer d'autres questions. C'est pourquoi, en cohérence avec nos missions de service support en promotion de la santé à Bruxelles, une nouvelle table d'échanges est prévue fin de l'année 2019.

# 8 PRÉSENTATION DES ORGANISMES PRÉSENTS À LA TABLE D'ÉCHANGES .....

## Aquarelle

Cette association, née au sein du CHU Saint-Pierre, propose un accompagnement individuel médico-social à des femmes enceintes ou ayant accouché, issues de l'immigration et vivant dans une grande précarité.



## Centre public d'action sociale de Saint-Gilles

La coordination sociale du CPAS de Saint-Gilles organise une concertation entre opérateurs locaux pour identifier et remédier à des problématiques sur des sujets divers, dont la santé et la migration.



## Comité des femmes sans papiers

Ce collectif a pour objectif de faire se rencontrer des femmes sans et avec papiers issues de diverses origines pour partager autour de leurs difficultés, expériences et connaissances.



## Coordination et Initiatives pour Réfugiés et Étrangers

Le Ciré regroupe 24 associations (services sociaux, organisations syndicales, services d'éducation permanente, organisations internationales) qui plaident ensemble auprès des politiques pour les droits des étranger·e·s et assurent un service d'accueil et d'informations pour les demandeur·se·s d'asile.



## DoucheFLUX

Cette asbl offre des services d'hygiène (douches, consignes) et des activités (cours de langue) dans le but de faciliter la réinsertion des plus précaires, avec ou sans logement, avec ou sans papiers.



## École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles

Le projet de recherche *Pauvreté et trajectoires migratoires : influence sur la santé autour de la naissance* s'intéresse à la situation socio-économique et aux trajectoires migratoires des parents en période périnatale.



## Fédération des maisons médicales

Cette fédération regroupe les maisons médicales francophones qui s'engagent à une société plus solidaire, plus équitable et socialement juste, par des soins de santé intégrés et accessibles.





### Fédération laïque des centres de planning familial

La fédération est une structure d'appui aux centres de planning familial affiliés. Elle les soutient dans le développement de services de qualité et adaptés aux publics visés en matière de droits sexuels et reproductifs.



### Femmes et santé

L'association vise la promotion de la santé des femmes au niveau individuel et collectif par le soutien aux professionnel-le-s et la collaboration à des projets de santé communautaire. Elle coordonne également le réseau Femmes, genre et promotion de la santé.



### Groupe pour l'abolition des mutilations génitales

Le GAMS Belgique contribue à l'abandon des mutilations sexuelles féminines en Belgique et dans le reste du monde. L'association offre un accompagnement psycho-social et des actions communautaires d'une part, et dispense des formations, sensibilisations et plaide d'autre part.



### Institut national d'assurance maladie-invalidité

L'INAMI est l'acteur-clé de la sécurité sociale, allouant les remboursements des soins de santé aux personnes bénéficiaires. Il travaille actuellement au projet *Born in Brussels*.



### Intact

L'asbl lutte contre la pratique des mutilations génitales féminines et contribue à la lutte contre les violences faites aux femmes et aux filles. Elle offre un soutien juridique aux personnes concernées et sensibilise les professionnel-le-s des secteurs socio-médicaux.



### Le Méridien

Ce service de santé mentale, accessible à tou-te-s, développe des activités cliniques, des actions communautaires et de la recherche.

### Les Pissenlits

L'asbl mène des projets communautaires dans le quartier de Cureghem avec un public diversifié, et contribue ainsi au mieux-être. Elle diffuse aussi ses expériences aux professionnel-le-s et futur-e-s professionnel-le-s du social et de la santé.

### Maison médicale des Riches Claires

Cette maison médicale au forfait est située dans le quartier de la Senne, propose des consultations individuelles et mène des projets communautaires.

### Maison médicale Santé bien-être

Cette maison médicale au forfait est située dans le quartier Helmet, propose des consultations individuelles et mène des projets communautaires.

### Médecins du monde

L'antenne belge de l'ONG internationale fournit une assistance médicale aux groupes vulnérables, en travaillant notamment avec les services locaux, et plaide pour une couverture universelle de santé.

### Observatoire du sida et des sexualités

Ce centre de recherche propose l'éclairage des sciences humaines et sociales sur des questions relatives aux sexualités et aux IST/sida dans un cadre de promotion de la santé sexuelle, et veille à l'articulation entre l'expertise scientifique et l'action concrète.

### Office de la naissance et de l'enfance

Cet organisme met en place notamment des consultations périnatales gratuites auprès de toutes les familles francophones, avec une approche médico-sociale.

### Plateforme citoyenne

L'asbl, née d'une initiative citoyenne, coordonne l'hébergement des candidat-e-s réfugié-e-s et exilé-e-s par des citoyen-ne-s et organise divers services, dont l'espace femmes.

### Plate-Forme prévention sida

L'association travaille à la prévention des IST/VIH, auprès de la population générale et auprès des publics vulnérables dont les migrant-e-s, et lutte contre les discriminations.

### Ulysse

Ce service de santé mentale est spécialisé dans l'accompagnement de personnes exilées. Il offre un soutien psychologique, individuel et collectif, et fait l'interface avec d'autres structures d'aides.



# 9

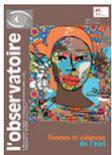
## RESSOURCES .....

### Revue récentes sur le sujet

#### *L'observatoire*



n° 96 *Quel travail social dans les secteurs de la santé ?* - 2018



n° 95 *Femmes et violences de l'exil* - 2018

#### *Santé conjugquée*



n° 85 *Les centres de santé* - décembre 2018



n° 84 *L'accueil, une fonction, un métier en transition*  
- septembre 2018

#### *... bis*



n° 176 *Réorganiser le social-santé à Bruxelles* - 2018

## Projets

Médecins du monde, avec le projet « Avec elles » vise à améliorer l'accès aux soins des femmes précarisées en renforçant le lien entre ce public et les services de santé, en leur donnant la possibilité de (re) devenir actrices de leur propre santé.

[www.medecinsdumonde.be](http://www.medecinsdumonde.be)

## Réseaux et plateformes

Stratégies concertées mutilations génitales féminines est un réseau d'acteurs et actrices de différents secteurs concernés par les MGF, réfléchissant à l'abord de cette problématique.

[www.strategiesconcertees-mgf.be](http://www.strategiesconcertees-mgf.be)

Le réseau Santé mentale en exil existe depuis 2007 et a pour objectif l'amélioration de l'accès à l'aide en santé mentale pour les personnes exilées en précarité de séjour. Il a publié un guide sur l'accès à l'aide en santé mentale pour personnes exilées en Région bruxelloise.

[www.ulyse-ssm.be](http://www.ulyse-ssm.be)

Le réseau Femmes, genre et promotion de la santé, reprend notamment les missions de l'ancienne Plateforme pour promouvoir la santé des femmes et met en réseau les acteurs et actrices désireux·ses d'intégrer l'approche de genre dans leurs projets.

[www.femmesetsante.be](http://www.femmesetsante.be)

## Ressources bibliographiques

Les dossiers thématiques de Cultures&Santé compilent des ressources accessibles et actuelles sur des thématiques précises : articles, ouvrages, outils pédagogiques et sites web.

n° 15 *Genre et inégalités sociales de santé* ;

n° 13 *Migrations, vulnérabilités et santé mentale* ;

n° 12 *Accès aux soins et précarité*.

Les actes des colloques organisés par Cultures&Santé :

*Penser l'exil - Actions culturelles et santé des migrants*

Bruxelles, 6 mai 2014

*Accès à la santé et Parcours d'Exil - De la reconnaissance à l'agir*

Bruxelles, 8 et 9 décembre 2016

# 10

## BIBLIOGRAPHIE .....

Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne*, Luxembourg, 2012

**BERCHET C., JUSOT F.**, *État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français*, in : *Questions d'économie de la santé*, n° 172, 2012

**BLANK-ANTAKLI Z., BÜHLER T., ERDEN D. & alii.**, *Compétences transculturelles : recommandations pour la conception de formations*, La Conférence suisse des services spécialisés dans l'intégration, Lucerne, 2016

Ciré, *Femmes et migrations : Les difficultés spécifiques rencontrées par les femmes dans leur parcours migratoire et dans leurs procédures en Belgique*, Bruxelles, août 2017

**DAUVRIN M., SMITH P., LORANT V.**, *Continuité des soins et du social pour les publics précarisés souffrant d'une affection chronique en région de Bruxelles-Capitale – Rapport de recherche du projet Continuité de l'Aide pour les Publics Précarisés*, Institut de recherche santé et société – Université catholique de Louvain-la-Neuve, avril 2017

**DEMAREST S.**, *Accessibilité financière aux soins de santé*, in : **DRIESKENS S., GISLE L.**, *Enquête de santé 2013 - Rapport 3 : Utilisation des services de soins de santé et des services sociaux*, Bruxelles, WIV-ISP, 2015

**DEBOIS F., GROFF A., CHENEVIER E.**, *La boîte à outils de la créativité*, Paris, Dunod, 2012

**DE COQ J.**, *Livre blanc sur l'accès aux soins en Belgique*, Bruxelles, INAMI et Médecins du monde, 2014

**FALQUY I.**, *L'expatriation est-elle un euphémisme pour ne pas nommer l'immigration?*, in : *Slate FR*, avril 2019 {consulté en ligne en mai 2019}



**HEINE S.**, *Stéréotype de genre et précarité des femmes*, in : *Pauvreté*, n° 7, 2015

**JUSOT F., SILVA J., DOURGNON P. & alii**, *Inégalités de santé liées à l'immigration en France - Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ?*, in : *Revue économique*, vol. 60, n° 2, mars 2009, pp. 385-412

La voix des femmes, *Livre blanc de la femme migrante*, Bruxelles, 2008

**LORANT V., DERLUYN I., DAUVRIN M. & alii**, *Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques*, Bruxelles, UCL et UGent, décembre 2011

**LOUTE A.**, *Comment instituer l'éthique de l'accueil ?*, in : *Santé conjugquée*, n° 84, septembre 2018

Médecins du monde, *Projet avec elles*, [www.medecinsdumonde.be](http://www.medecinsdumonde.be) {consulté en ligne en mai 2019}

Médecins du monde, *Rapport de l'Observatoire 2017 - Les laissés pour compte : L'échec de la couverture santé universelle en Europe*, Londres, 2017

**MEKDJIAN S.**, *Spécificité et évolution des parcours migratoires des femmes*, in : *Actes de la journée d'étude Orspere-Samdarra « Femmes en exil »*, Grenoble, 6 octobre 2016

**MIGUEL-SIERRA M.**, *Livre blanc de la femme migrante*, Bruxelles, La voix des femmes, mai 2008

**MOREL J.**, *L'approche communautaire de la santé : une des stratégies d'intervention sur les déterminants socio-économiques*, in : *Santé conjugquée*, n°40, avril 2007

**MORMONT M.**, *Financer une approche globale de la santé*, in : *Santé conjugquée*, n°85, décembre 2018

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *Aperçus du non-recours aux droits sociaux et de la sous-protection sociale en Région bruxelloise : Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2016*, Bruxelles, 2017

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, *Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise : Cahier thématique du Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté 2014*, Bruxelles, 2015

**OSO CASAS L.**, *Genre et migrations, un cadre conceptuel*, in : *Femmes migrantes, de l'invisibilité à la reconnaissance*, Bruxelles, Le monde selon les femmes, 2007, pp.5-17

**SAUVEGRAIN P., STEWART Z., GONTHIER C. & alii**, *Accès aux soins prénatals et santé maternelle des femmes immigrées*, in : *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n°19-20, 5 septembre 2017, pp.389-95

**SUIJKERBUIJK H.**, *Livre vert sur l'accès aux soins en Belgique*, Médecins du monde, Bruxelles, INAMI, 2014



Rue d'Anderlecht 148  
1000 Bruxelles

+32 (0)2 558 88 10  
[info@cultures-sante.be](mailto:info@cultures-sante.be)

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



