

## **IMMIGRATION ET SANTÉ MENTALE BELGIQUE**

### **MISE EN CONTEXTE**

Le nombre de migrants internationaux continue d'augmenter dans le monde et pose des défis considérables aux systèmes de santé des pays d'accueil et l'Europe avec ses frontières « inexistantes » représente pour ces migrants une destination de choix.

En effet, la croissance migratoire s'accroît annuellement et approche les 260 millions à travers le monde : ces 260 millions de personnes sont enregistrées comme vivant dans un autre pays que celui dont ils ont la nationalité. Les flux migratoires se font essentiellement des pays pauvres vers les pays riches. Dépendant non seulement du différentiel de revenus entre le pays d'origine et le pays hôte, mais aussi de la taille du groupe d'immigrés déjà présent dans le pays d'arrivée, ceux-ci pouvant faciliter l'inclusion ou l'insertion des nouveaux migrants.

### **IMMIGRATION EN BELGIQUE**

Selon une étude de 2012, du Centre de recherche en démographie et sociétés et l'Institut d'analyse du changement dans l'histoire et les sociétés contemporaines de Université catholique de Louvain, l'Europe est la principale destination des migrations extra-africaines. (Schoumaker & Schoonvaere, 2012).

En effet, un peu plus de la moitié (55 %) des migrants subsahariens résidant en dehors de l'Afrique vivent en Europe (18% résident en Amérique du Nord et 20% en Asie). Plusieurs éléments peuvent expliquer le fait que l'Europe soit la principale destination des migrants : sa proximité géographique ainsi que les facteurs historiques (beaucoup de pays africains soient d'anciennes colonies européennes), économiques, politiques et linguistiques. (De Haas, 2007).

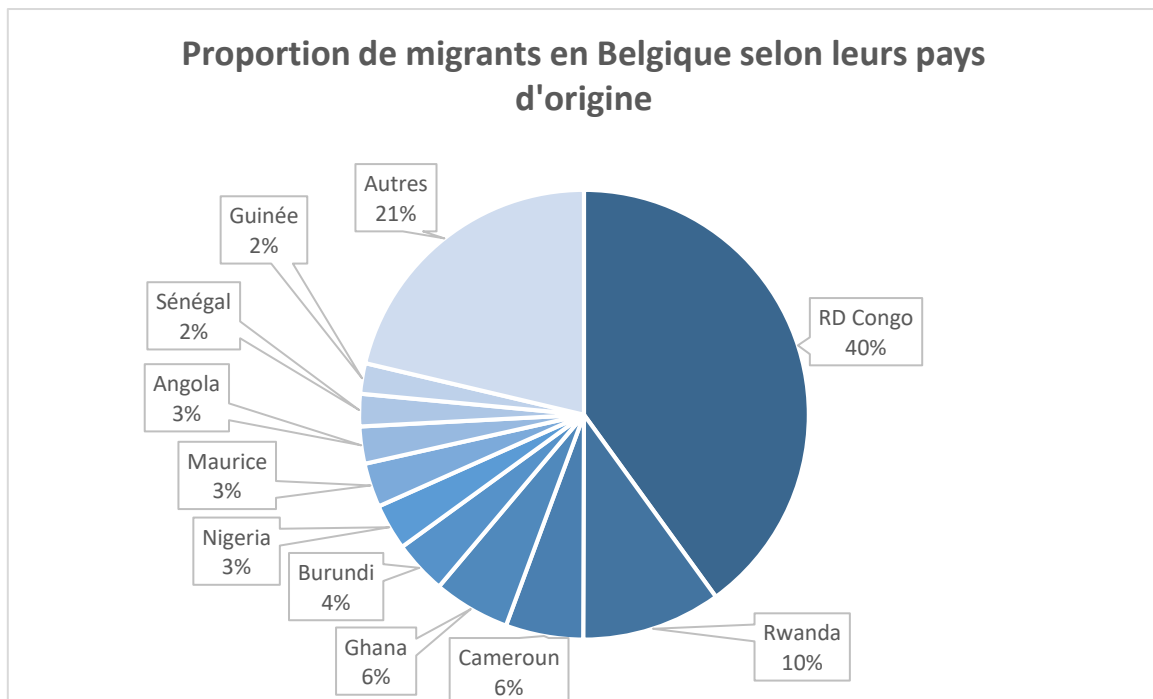
#### **Provenance des migrants subsahariens de Belgique**

La population subsaharienne en Belgique est composée principalement de migrants issus des 3 anciennes colonies Belges (Congo, Rwanda, Burundi). Mais, « il y a également une présence significative de migrants en provenance de pays sans lien colonial (Ghana, Cameroun, Nigéria, ...). Parmi les 78 000 migrants identifiés en 2006<sup>1</sup>, plus de 30 000 – soit près de 40 % – sont originaire de la République démocratique du Congo, qui est donc de loin le principal pays d'origine des Subsahariens de Belgique. Les 60 % restant sont originaires d'autres pays parmi lesquels le Rwanda, le Cameroun, le Ghana, le Burundi, le Nigeria et Maurice regroupent un peu plus d'1/4 des migrants » (Schoumaker & Schoonvaere, 2012).

La figure ci-dessous, permet de visualiser la proportion de migrants en Belgique selon leurs pays d'origine.

---

<sup>1</sup> Données du Registre National, au 1er janvier 2006, additionnant les 41 485 migrants nés avec une nationalité subsaharienne et devenus belges et les 36 635 migrants nés en Afrique et ayant encore la nationalité de leur pays de naissance.



### **Estimation du nombre de migrants subsahariens en Belgique**

Schoumaker et Schoonavere constatent qu'il est difficile de pouvoir quantifier le nombre réel de migrants en Belgique. Cela car, d'une part, les données prenant en compte la nationalité des individus ne permettent pas de considérer les changements de nationalité qui peuvent être fréquents. Et, d'autre part, les données prenant en compte le pays de naissance, comptabilisent les belges nés en Afrique ce qui fausse donc les résultats.

Depuis 1960, le nombre de migrants subsahariens en Europe et en Belgique a augmenté de manière considérable. Dans leur étude, les auteurs, Schoumaker et Schoonavere, ont essayé d'obtenir une estimation plus exacte du nombre de migrants en Belgique. Pour cela, ils ont combiné les deux méthodes vues ci-dessus (prise en compte de la nationalité et du pays de naissance) et ont également ajouté le nombre de demandeurs d'asile en procédure et de migrants sans-papiers. Ils ont ainsi pu estimer le nombre de migrants à 130 000 individus, ce qui représente approximativement 1% de la population belge et 10% de la population migrante.

### **Répartition des migrants subsahariens en Belgique**

Les auteurs constatent également que « les migrants d'Afrique francophone sont très largement concentrés à Bruxelles et en Wallonie (75 % des Subsahariens francophones) alors que les Subsahariens d'Afrique anglophone vivent majoritairement en Flandre (25%) ». Ceci s'explique notamment par le fait que les migrants africains de Belgique sont majoritairement issus de pays francophones, et qu'il existe une relation étroite et logique entre la langue du pays d'origine des migrants et la région de résidence qu'ils choisissent en Belgique. (Schoumaker & Schoonvaere, 2012).

### **Niveau d'étude des migrants subsahariens en Belgique**

« D'après la base de données sur les stocks de migrants africains qualifiés dans les pays développés (Docquier et al., 2009, en 2001, 40 % des migrants subsahariens de Belgique (de 25 ans et +) avaient un niveau d'instruction supérieur (post-secondaire). Cette proportion est plus élevée que parmi les Belges et les migrants d'autres régions du Sud. » (Schoumaker & Schoonvaere, 2012).

Il y a, cependant, une différence entre les migrants, ainsi, les congolais, camerounais et rwandais sont globalement très instruits (un peu plus de 40 % en moyenne ayant un niveau d'étude supérieur), alors que les migrants ghanéens ou guinéens ont un niveau d'étude nettement moins élevé en moyenne. « Ce niveau d'instruction élevé des migrants subsahariens reflète à la fois la très forte sélection de la migration dans les pays d'origine (Docquier et al., 2009) et le fait que bon nombre de migrants viennent en Belgique poursuivre leurs études. Ces niveaux élevés d'instruction s'accompagnent bien souvent d'un « brain waste » : les migrants africains connaissent des taux de chômage relativement élevés et occupent souvent des emplois ne correspondant pas à leurs qualifications (voir Feld, 2010, Vause, 2011 sur les migrants congolais) ». (Schoumaker & Schoonvaere, 2012).

## **SANTÉ MENTALE DES MIGRANTS SUBSAHARIENS EN BELGIQUE**

Les demandeurs d'asile et les réfugiés sont exposés à divers événements traumatisants avant, pendant ou après la migration, ce qui les expose à un risque élevé de développer des problèmes de santé mentale (Boudhouh, 2020 ; Turrini 2019).

Des études européennes récentes sur la prévalence des problèmes de santé mentale chez les réfugiés et les demandeurs d'asile jeunes et adultes ont signalé des prévalences plus élevées de trouble de stress post-traumatique<sup>2</sup>, de troubles anxieux, de dépression et d'autres problèmes de santé mentale par rapport à la population générale (Asfaw, 2020 ; Foo, 2018). Les migrants nouvellement arrivés semblent ainsi être davantage susceptibles de développer une dépression (Foo, 2018). Cela, car la plupart des immigrants accueillis en Belgique vivent dans des conditions précaires et subissent différentes formes de discriminations et d'exclusions socioéconomiques. « Or, tant pour les immigrants que pour la population « autochtone », les facteurs socioéconomiques jouent un rôle prépondérant dans l'origine de certains problèmes de santé ». (Dauvrin et al., 2010). Il est donc impératif de mettre en place des stratégies préventives et une assistance accrue pour assurer leur bien-être psychologique et améliorer leur santé mentale. (Foo, 2018).

### **Projet EUGATE**

Le projet EUGATE ("Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe) avait justement pour objectif d'identifier les bonnes pratiques dans les soins de santé pour les immigrants<sup>3</sup> dans 16 pays de l'Union Européenne : Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lituanie, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni et Suède. (Dauvrin, et al., 2010).

Les auteurs de cette étude, Dauvrin et collaborateurs, mettent en exergue huit domaines problématiques dans le cadre de la santé des migrants :

- **Barrières linguistiques** – « incluant les patients incapables de fournir une information utile pour leur prise en charge, les praticiens luttant pour établir des diagnostics et devant souvent

---

<sup>3</sup> Tous pays d'origine confondus

recourir à des examens et des tests diagnostiques supplémentaires... Les problèmes de communication mènent également à des problèmes d'incompréhension entre les patients et les prestataires de soins, menant à des relations tendues, des agressions verbales, voire de la violence physique ». (Dauvrin et al., 2010)

- **Difficultés pour organiser des soins pour les immigrants sans couverture de soins de santé** – « incluant le manque d'accès légal aux soins, les conséquences socio sanitaires de l'accès réduit, la limitation des options thérapeutiques initiales et ultérieures, et l'utilisation de faux documents d'identité par les immigrants en situation irrégulière ». (Dauvrin et al., 2010)
- **Pauvreté sociale et expériences traumatiques** – « incluant un statut socioéconomique plus faible, la combinaison entre des besoins sanitaires et des besoins sociaux, les aspects liés au statut légal, le traumatisme pré migratoire et le stress migratoire ainsi que les problèmes de santé mentale ». (Dauvrin et al., 2010)
- **Manque de familiarité avec le système de soins de santé** – « incluant la mauvaise compréhension du rôle des différents prestataires de soins et l'existence de différences dans les attentes liées au traitement ». (Dauvrin et al., 2010). + expliquer : image de la profession différente
- **Compréhension différente de la maladie et du traitement** – « incluant les différences culturelles dans la perception et l'expression de la maladie, la douleur et du traitement qui peuvent agir comme des barrières dans l'identification des diagnostics appropriés et qui peuvent affecter le choix des traitements et la compliance du patient ». (Dauvrin et al., 2010)
- **Différences culturelles** – « incluant le pays et la santé culturellement spécifique, la communication interculturelle, le code vestimentaire, la pudeur et le rapport à la nudité, les exigences diététiques et les différences dans les rôles liés au genre ». (Dauvrin et al., 2010).
- **Attitudes négatives parmi les prestataires de soins et les patients** – « incluant les conséquences de ces attitudes négatives, comme la discrimination et le manque de confiance ». (Dauvrin et al., 2010)
- **Problèmes d'accès aux antécédents médicaux** – « incluant notamment une difficulté à recueillir les statuts vaccinaux, les allergies et l'identification des antécédents familiaux utiles à la compréhension de l'état de santé actuel. » (Dauvrin, Lorant, 2010).

### **Etude ETHEALTH**

Face à ces conclusions, l'étude ETHEALTH (Coune I., Dauvrin M. & Verrept H., 2020) a été menée entre 2017 et 2020 par l'UCL (l'Université Catholique de Louvain) afin de proposer des recommandations plus spécifiques à la Belgique en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et les minorités ethniques (MME).

Ainsi, il a été proposé, par ordre de priorité, de :

- « Simplifier et uniformiser les démarches par rapport à l'Aide Médicale Urgente (AMU) pour les personnes sans titre de séjour légal. »
- « Développer la collecte des données socio-sanitaires des MME (migrants et minorités ethniques) afin de permettre l'accès aux données sur les comportements de santé, la consommation des soins ou encore l'impact des campagnes de prévention. »
- « Favoriser l'accès à des soins de santé mentale de qualité. Pour ce faire, il faudrait pallier le manque de données chiffrées sur les besoins en santé mentale des MME et sur l'offre de soins adaptés disponible en santé mentale. Ces chiffres permettraient aux autorités compétentes de réagir en adaptant l'offre de soins aux besoins sur le terrain et pourraient éviter des coûts inutiles liés aux hospitalisations et prises en charge plus lourdes ». (Coune, Dauvrin & Verrept, 2020).
- « Encourager le travail avec des interprètes/médiateurs interculturels dans les services de santé quand une barrière linguistique et/ou culturelle est présente. »
- « Intégrer les demandeurs d'asile et personnes en situation irrégulière résidant sur le territoire dans le système d'assurance maladie-invalidité obligatoire. »
- « Favoriser l'accès des MME à la prévention et à la promotion de la santé. »
- « Former les professionnels de santé en compétences culturelles. »
- « Développer la prise en charge des groupes vulnérables, notamment : les femmes et leurs bébés et les MENA (mineurs étrangers non-accompagnés). »
- « Développer des normes pour la gestion de la diversité dans les services de santé. »
- « Intégrer la participation des MME dans le système de soins de santé. »
- « Stimuler les échanges nationaux et internationaux entre les différents acteurs de la santé et du social. » (Coune, Dauvrin. & Verrept, 2020).

## **JUSTIFICATION DE LA CHAIRE DE RECHERCHE**

La littérature disponible ne se rapportant pas spécifiquement aux immigrants d'Afrique subsaharienne, il nous paraît important de bien comprendre les enjeux et défis que vit cette population en particulier.

Cela, d'autant plus que les outils de dépistage qui font partie intégrante de l'évaluation de la santé mentale et aident à éviter une évaluation diagnostique clinique longue et coûteuse sont culturellement orientés. En effet, ces outils sont généralement développés et évalués dans des contextes spécifiques (occidentaux, anglo-saxons), alors que les propriétés psychométriques peuvent

varier selon les contextes, les cultures et les langues. Ainsi, certains troubles peuvent être plus prévalents en raison de la performance des questionnaires à travers les cultures (Donnelly, 2021; de Graaf). Des études montrent que les méthodes thérapeutiques établies et les approches adaptées aux réfugiés et demandeurs d'asile peuvent être efficaces pour traiter leurs problèmes de santé mentale (Gruner, 2020; Turrini, 2019).

Comme nous l'avons vu, les psychothérapeutes ne sont souvent pas spécifiquement formés pour travailler avec les réfugiés et signalent des barrières telles que les difficultés de communication, les différences dans les systèmes de croyances d'attribution de la maladie, les différences dans les attentes envers le traitement et les problèmes liés à la confiance comme principaux défis.

Aussi, les migrants peuvent avoir des attentes différentes en matière de soins. Une étude portant sur les migrants hospitalisés en psychiatrie dans 5 pays européens dont la Belgique ont déclaré être significativement moins satisfaits du traitement comparativement aux non migrants. Les tentatives de suicide sont peu fréquentes chez les migrants Il n'y avait pas de différence significative pour la durée du séjour et les ré hospitalisations. La fourniture de services de santé à ces populations est une source de débat continu. (Anderson, 2021).

Connaître les particularités de cette population permettra de réaliser des recommandations plus spécifiques afin de favoriser, au mieux, sa prise en charge.

En conclusion l'équipe de recherche juge important de :

- 1) Entendre les immigrants d'Afrique subsaharienne vivant à Bruxelles pour comprendre leurs besoins, leurs attentes, leurs craintes, leur méfiance face au système de santé afin de faire des recommandations visant à combler leurs besoins spécifiques, pouvoir et savoir les informer, les éduquer sur la maladie mentale et ses traitements, leur offrir des groupes de soutien social (surtout dans leurs premières années d'immigration) et rendre les soins offerts équitables.
- 2) Approcher les intervenants et professionnels de santé mentale pour connaître leurs réalités afin de déterminer leurs besoins en connaissance, en formation ou en services communautaires pour mieux desservir cette population vulnérable.

## **CADRES THÉORIQUES**

Nous utiliserons deux types de modèles :

- 1) Le cadre conceptuel de la Commission des déterminants sociaux de la santé développé par l'OMS (Solar, 2010) qui identifie des déterminants structurels (contexte et situation socio-économique, classe sociale, sexe, ethnie) et des déterminants intermédiaires (conditions de vie, comportements et facteurs biologiques, psychosociaux, système de santé) qui influent la santé et l'équité en santé.
- 2) Le modèle d'Andersen (1995) sur l'accès aux services de santé. Le modèle décrit les interactions des différents facteurs systémiques, contextuels/culturels ainsi que les comportements individuels qui déterminent l'accès aux soins de santé. Il est estimé que l'accès aux services de santé est sous optimal pour la population à l'étude : le système est complexe et le personnel souvent mal informé des particularités identitaires et culturelles, du vécu et des besoins de cette population.
- 3) Les modèles de littératie en santé (Nutbeam, 1998; Institute of Medicine, 2004; Nielsen, 2004; Kickbusch, 2008) soulignent l'importance d'éduquer et d'informer les individus en matière de santé afin d'optimiser l'efficacité des interactions avec le système de santé. Plus la littératie en santé est adéquate, plus l'utilisation du système de santé (services préventifs et curatifs) sera efficiente et l'état de santé meilleur.

Ces différents modèles accentuent l'importance de la culture, l'héritage d'une communauté, d'une nation, d'un peuple, ses normes sociales, ses traditions qui modulent de façon subtile les besoins ressentis par l'individu face à sa propre santé, sa façon de les exprimer, et de rechercher à combler ses besoins en faisant intervenir ses valeurs personnelles et ses préférences et à interagir avec le système de santé. Nous examinerons comment nous devons adapter les approches, les messages, les campagnes de sensibilisation pour rejoindre et mieux répondre aux besoins de santé de cette population et ainsi réduire les inégalités de santé si elles existent

## **OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE**

### **Objectifs :**

- Recueillir les opinions, perceptions, croyances des immigrants d'Afrique subsaharienne vivant à Bruxelles et en Wallonie sur la santé mentale ainsi que leurs défis, craintes, face au système de santé
- Recueillir les opinions, expériences, défis des intervenants et professionnels de la santé qui œuvrent en santé mentale (anxiété, dépression...) auprès de cette population
- Tenir un groupe de travail participatif avec ces populations et les parties prenantes pour dresser des recommandations pratiques, ciblées et culturellement adaptées pour la santé mentale des migrants à Bruxelles et en Wallonie.

### **Questions de recherche :**

- Quelles sont les croyances, expériences, craintes, défis et enjeux des immigrants d'Afrique subsaharienne vivant à Bruxelles et en Wallonie vis-à-vis de la santé mentale ?
- Quelles sont les interventions/ approches qu'ils privilégient ?
- Quels sont les défis, enjeux pour les intervenants et professionnels de la santé pour les soins à apporter à ces populations aux prises avec des problèmes de santé mentale ?
- Quels sont les modifications à apporter aux approches, aux traitements qui prendraient en considération les facteurs socio-culturels de ces populations ?

## **MÉTHODOLOGIE**

Afin de répondre à nos questions de recherche nous avons choisi d'opter pour une approche qualitative. Cette approche qualitative nécessitera la mise au point de guides d'entretien. Le guide d'entretien sera validé par des entretiens préliminaires avec des personnes de référence issues de la communauté subsaharienne afin de s'assurer de la validité des thèmes et des questions.

Étant donné que cette étude vise la population subsaharienne francophone, notre enquête sera menée à Bruxelles et en Wallonie en tenant du compte des milieux urbains, semi-urbains et ruraux.

**Sites de l'étude :** Bruxelles et Wallonie : en respectant la répartition urbaine et semi-urbaine.

**Participants :** personnes immigrantes noires d'Afrique subsaharienne et professionnels de la santé œuvrant avec ces populations

**Critères d'inclusion et exclusion :** Seront inclus : 1) toute personne de la communauté noire, née en Afrique subsaharienne ou ailleurs (Belgique compris) mais ayant un parent né dans cette région. Cette personne doit être âgée de 18 ans et plus, résidant à Bruxelles ou en Wallonie, capable de

fournir un consentement éclairé pour participer à l'étude; 2) tout intervenant ou professionnel de santé qui œuvre en santé mentale auprès de ces populations. Dans les cliniques de santé mentale, les personnes souffrant de psychose, d'abus de substance ou de troubles de la personnalité seront exclues de l'étude

**Expérience des personnes immigrantes noires d'Afrique subsaharienne :** nous opterons pour une approche participative en incluant, avant la mise en œuvre du projet, des représentantes de la communauté noire d'Afrique subsaharienne afin d'assurer que les guides d'entretien soient bien adaptés à la population et au contexte que nous ciblons.

**Recrutement :** le recrutement sera facilité par les associations des groupes de parole, les quartiers ainsi que par effet boule de neige via les réseaux sociaux et par les immigrants entre eux. Les personnes participantes signeront un consentement en personne, par téléphone ou par voie électronique.

**Recueil des données :** au moment du consentement quelques *données sociodémographiques* seront recueillies ; genre, âge, pays d'origine, nombre d'années en Belgique, statut marital, nombre d'enfants, niveau d'éducation, statut d'emploi, lieu d'habitation, type de logement, etc.

**Déroulement des entretiens :** Au cours des entretiens diverses thématiques seront explorées : croyances/ connaissances vis-à-vis de la santé mentale; barrières et facteurs facilitants à l'accès aux soins; communication, transport, compréhension du système, compréhension des attentes; à la qualité des soins : accueil, respect/compréhension des préférences culturelles ou religieuses par le personnel soignant, réponse aux attentes, les difficultés vécues en raison de la COVID-19; suggestions pour l'amélioration de leurs expériences de soins. Il est prévu d'organiser une dizaine d'entretiens qualitatifs. Le nombre exact d'entretien sera défini par le principe de saturation des données.

**Expérience et opinions des professionnels de la santé :** des entretiens semi-structurés seront aussi conduits auprès de personnels de santé en tenant compte des milieux urbains, semi-urbain et ruraux. Nous proposons de faire un échantillonnage dirigé non probabiliste afin de faire ressortir le maximum de variation dans les tendances. Nous prévoyons conduire environ 8 à 10 entretiens (le nombre exact d'entretien sera défini par le principe de saturation des données).

**Recrutement :** le recrutement sera facilité par les différents services et structures de santé mentale qui sont membres de la Plateforme Bruxelloise de Santé Mentale et qui desservent les populations migrantes noires. Les personnes participantes signeront un consentement en personne, par téléphone ou par voie électronique.

**Recueil des données :** au moment du consentement quelques *données sociodémographiques* seront recueillies ; genre, âge, profession, nombre d'années comme professionnel, nombre d'années œuvrant avec des migrants etc..

**Déroulement des entretiens :** Les professionnels de la santé seront rencontrés en entrevue par les chercheurs du projet. Ces entrevues guidées par les thématiques issues de la recension des écrits viseront à explorer les défis spécifiques rencontrés par les professionnels de santé, les intervenants communautaires pour une prise en charge en santé mentale des immigrants; par ex : niveau de confort à traiter ces populations, les défis qu'ils rencontrent, les approches gagnantes qu'ils ont pu avoir dans leur pratique, les pistes d'amélioration à suggérer au point de vue individuel, organisationnel, systémique pour mieux informer/éduquer les immigrants et noires d'Afrique subsaharienne aux problèmes de santé mentale, et mieux sensibiliser les professionnels et



intervenants aux différences ethnoculturelles afin d'offrir des services libres de stigmatisation et culturellement sécuritaires.

**Analyse des données qualitatives :** les entretiens seront enregistrés et retranscrits par une transcriptionniste professionnelle. Les verbatim seront analysés et codés par 2 personnes (assistante de recherche et 1 chercheur du projet).

L'analyse des entretiens sera réalisée selon la méthode d'analyse par théorisation ancrée au niveau vertical (sur chaque entretien) et horizontal (sur l'ensemble des entretiens). Les entretiens seront donc codés puis catégorisés afin de pouvoir les mettre en relation les uns avec les autres et aboutir, in fine, à dégager les théories individuelles et collectives des individus interrogés. Cette analyse pourra s'appuyer sur des techniques informatisées.

## **RETOMBÉES DE CETTE ÉTUDE**

Cette étude permettra de mieux comprendre la situation de la santé mentale au sein de ce groupe et permettra de mieux arrimer les soins de santé et les ressources en communauté à leurs besoins et à leur réalité. En particulier nous pourrions identifier la représentation des troubles de santé mentale ou des troubles psychologiques chez les migrants subsahariens, comprendre les tabous et la stigmatisation auxquels ils font face au sein de leur communauté et de leur pays hôte qui pourraient entraver leur recherche d'aide pour ces conditions. De plus nous connaissons les expériences vécues par les migrants d'Afrique subsaharienne en matière de santé mentale qui permettra d'ajuster les approches de soin et les rendre culturellement adaptés.

Ces données permettront d'informer les politiques de santé et d'action sociale d'informer les politiques de santé, les professionnels de santé et les ressources en communauté pour mieux répondre aux besoins de cette population pour un mieux-être psychologique pour les migrants subsahariens francophones, leur permettant de « réaliser leur potentiel, faire face aux difficultés normales de la vie travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » ( Fédération mondiale pour la santé mentale. 1992)

## **DESCRIPTION DE L'ÉQUIPE**

Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une chaire de recherche internationale du monde francophone de l'université d'Ottawa détenue par **Marie Hélène Chomienne**, médecin et épidemiologiste, clinicienne-chercheur senior à l'ISM. Ricardo Batista en post-doctorat à l'ISM, contribue au programme de recherche sur la santé et les soins de santé des Franco-Ontariens. La chaire étudie l'état des connaissances sur la santé physique et mentale de l'immigrant et réfugié d'Afrique francophone subsaharienne (AFSS) en pays d'accueil francophone (Ontario et Belgique francophones et France) et leurs déterminants afin d'offrir des soins de santé appropriés, avec comme sous-objectifs de 1) dresser un portrait de l'état de santé des immigrants/ réfugiés d'AFSS en Ontario, France et Belgique Francophone et d'en examiner les points communs/ divergents; 2) identifier les facteurs tels que les facteurs contextuels, trajectoires de vie, environnement physique et social qui déterminent plus spécifiquement la santé physique/ sociale de cette population; 3) identifier les facteurs (freins et facilitateurs) d'accès à des soins de qualité et 4) faire des recommandations éclairées par les données probantes pour la mise en place des stratégies adaptées en vue d'améliorer l'accès et l'utilisation efficient du système de santé par cette population (meilleures pratiques, formation des professionnels de santé). En Belgique, **Patrick Vanneste** est psychologue, avec une expertise en flux migratoires ayant travaillé sur des projets transfrontaliers

franco-belges sur une insertion réussie en utilisant des actions psycho-sociales pluridisciplinaires. **Ouafa Boughir**, sociologue et anthropologue chargée d'études à la Plateforme Bruxelloise pour la santé mentale, conduira les entretiens et assurera les analyses. **Nadine Ngwaka**, médecin et microbiologiste est coordonnatrice de la chaire de recherche, **Leilah Debelle**, étudiante en 3ème année de psychologie à l'université Carleton, Ottawa, Canada est recherchiste. Tous ont contribué à la rédaction de cette proposition et contribueront à l'analyse et l'interprétation des résultats ainsi qu'au transfert des connaissances et la dissémination des résultats.

## **PARTENAIRES**

Le programme de recherche inclura donc la participation et la collaboration de plusieurs chercheurs chevronnés :

- Dre Marie-Hélène Chomienne, médecin et épidemiologiste, clinicienne-chercheur senior à l'ISM. Ricardo Batista en post-doctorat à l'ISM, contribue au programme de recherche sur la santé et les soins de santé des Franco-Ontariens.
- Dr Samba Cor Sarr est psychologue de formation, chef de la Division de Recherche au Ministère de la santé et de l'action sociale à Dakar, au Sénégal, et chercheur au Conseil national de recherche en santé, ses intérêts sont les représentations sociales et les services de santé.
- David Houinsa PhD, chercheur sociologue et anthropologue de l'université d'Abomey Calavi au Bénin expert en sociologie et évaluation des politiques publiques ; tous deux ont été de solides collaborateurs dans des projets précédents.

Les comparatifs franco-belges s'appuieront sur la présence déterminante en France, de :

- Annabelle Desgrées du Loû, démographe et directrice de recherche à l'Institut de recherche Développement (IRD) et directrice adjointe de l'Institut Convergences et Migrations
- Priscille Sauvegrain sociologue, sage-femme, chercheuse en santé publique associée à l'Institut National de la santé et de la recherche médicale (INSERM).

En Belgique, la recherche sera menée grâce à la collaboration de :

- Ouafa Boughir sociologue à la Plateforme Bruxelloise pour la Santé Mentale.
- Patrick Vanneste, psychologue, avec une expertise en flux migratoires ayant travaillé sur des projets transfrontaliers franco-belges sur une insertion réussie en utilisant des actions psycho-sociales pluridisciplinaires.

## ECHÉANCIER

Activités Mois	01/23- 08/23	09/23	10/23	11/23	12/23	01/24	02/24	03/24	04/24	05/24
Obtention subvention	X									
Mise en place équipe de recherche/ personnel	X	X								
Rencontre avec partenaires	X					X				X
Rencontre d'équipe	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Recrutement		X	X	X	X	X				
Entretiens			X	X	X	X				
Transcription analyse interprétation résultats						X	X	X		
Article – présentation au colloque							X	X	X	X

## RÉFÉRENCES

Andersen RM. (1995) Revisiting the behavioural model and access to medical Care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1-10

Anderson, K., Giacco, D., Bird, V., Bauer, M., Pfennig, A., Lasalvia, A., ... & Priebe, S. (2021). Do outcomes of psychiatric hospital treatment differ for migrants and non-migrants? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56(11), 1957-1965

Asfaw, B. B., Beiersmann, C., Keck, V., Nikendei, C., Benson-Martin, J., Schütt, I., & Lohmann, J. (2020). Experiences of psychotherapists working with refugees in Germany: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-8.

Boudouh, L., & Van Durme, T. " Comment améliorer l'accessibilité de la première ligne de soins pour les demandeurs d'asile résidant dans les centres d'accueil collectifs? Consulté le 30 juin sur <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/object/thesis:23866>

COUNE I., DAUVRIN M. & VERREPT H., « Update Ethealth rapport 2020 : Vers des soins de santé équitable pour les migrants et les minorités ethniques (Mémorandum explicatif) », Bruxelles, Cellule médiation interculturelle et support de la politique, 2020.

Dauvrin, M., Geerts, C., & Lorant, V. (2010). Santé des migrants et bonnes pratiques: résultats belges du projet EUGATE. *Santé conjugulée*, 51, 19. Consulté le 30 juin 2022 sur <https://www.maisonmedicale.org/Sante-des-migrants-et-bonnes.html>

De Graaff, A. M., Cuijpers, P., Leeftang, M., Sferra, I., Uppendahl, J. R., De Vries, R., & Sijbrandij, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of diagnostic test accuracy studies of self-report screening instruments for common mental disorders in Arabic-speaking adults. *Global Mental Health*, 8.

De Haas, H. (2007), « Turning the Tide? Why Development Will Not Stop Migration. » *Development and Change*, 38: 819-841. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7660.2007.00435.x>

Docquier, F., « Émigration, capital humain et développement : enseignements des recherches récentes menées à l'IRES », *Reflets et perspectives de la vie économique*, vol. lv, no. 1, 2016, pp. 73-87.

Donnelly, O., & Leavey, G. (2021). Screening tools for mental disorders among female refugees: a systematic review. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 1-11.

FELD S. (2010), *La main-d'œuvre étrangère en Belgique. Analyse du dernier recensement*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 181 p.

Foo, S. Q., Tam, W. W., Ho, C. S., Tran, B. X., Nguyen, L. H., McIntyre, R. S., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of depression among migrants: a systematic review and meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 15(9), 1986.

Gruner, D., Magwood, O., Bair, L., Duff, L., Adel, S., & Pottie, K. (2020). Understanding supporting and hindering factors in community-based psychotherapy for refugees: a realist-informed systematic review. *International journal of environmental research and public health*, 17(13), 4618.

Institute of Medicine. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. Washington,DC: National Academies Press.

Kickbusch, I. (2008). Health literacy: an essential skill for the twenty-first century. *Health Education*, 108(2), 101-104.

Kiselev, N., Morina, N., Schick, M. *et al.* Barriers to access to outpatient mental health care for refugees and asylum seekers in Switzerland: the therapist's view. *BMC Psychiatry* 20, 378

Levecque, K., Lodewyckx, I., & Bracke, P. (2009). Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(3), 188-197.

Myria, (2021) La migration en chiffres et en droits, *Population et mouvements, Les Cahiers du rapport annuel 2021*, pp. 12. Consulté le 27 juin 2022 sur : [https://www.myria.be/files/2021\\_Population\\_et\\_mouvements.pdf](https://www.myria.be/files/2021_Population_et_mouvements.pdf)

Myria, (2022) La migration en chiffres et en droits, *Population et mouvements, Les Cahiers du rapport annuel 2022*, pp. 18. Consulté le 30 juin 2022 sur [https://www.myria.be/files/2022\\_Population\\_et\\_mouvements.pdf](https://www.myria.be/files/2022_Population_et_mouvements.pdf)

Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). The extent and associations of limited health literacy. In *Health literacy: a prescription to end confusion*. National Academies Press (US).

Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health promotion international*, 13(4), 349-364.

Sempértegui, G. A., Knipscheer, J. W., Baliatsas, C., & Bekker, M. H. (2019). Symptom manifestation and treatment effectiveness, -obstacles and-facilitators in Turkish and Moroccan

groups with depression in European countries: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 247, 134-155.

Schoumaker, B., & Schoonvaere, Q. (2014). L'immigration subsaharienne en Belgique. État des lieux et tendances récentes. *Migrations subsahariennes et condition noire en Belgique. A la croisée des regards*, Louvain-la-Neuve, Academia-L'Harmattan, coll. *Investigations d'Anthropologie Prospective*, (8), 65-94.

Solar, O., & Irwin, A. (2010). A conceptual framework for action on the social determinants of health.

Turrini, G., Purgato, M., Acarturk, C., Anttila, M., Au, T., Ballette, F., ... & Barbui, C. (2019). Efficacy and acceptability of psychosocial interventions in asylum seekers and refugees: systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 28(4), 376-388.

World Health Organization. (2021). Comprehensive mental health action plan 2013–2030.

Vause, S. (2011). Différences de genre en matière de mobilité professionnelle des migrants congolais (RDC) en Belgique. *Espace populations sociétés. Space populations societies*, (2011/2), 195-213.

Vause, S. (2012). *Différence de genre et rôles des réseaux migratoires dans la mobilité internationale des Congolais (RDC) : étude des tendances, des déterminants et des conséquences de la migration* (Doctoral dissertation, PhD thesis, Université catholique de Louvain).