



Recherche UniSol
La santé des primo-arrivants
Rapport commun

Juin 2005

Recherche-action initiée et coordonnée par le
Fonds Houtman et
l'Office de la Naissance et de l'Enfance

Université Catholique de Louvain

Professeur A. Deccache – E. Martin – F. Renard – K. Levie –
M. Steyaert- D. Abeloos

Université Libre de Bruxelles

Professeur P. Humblet – J. Mottint – A.-F. Dusart

Université de Liège

Professeur M. Born – A. Manço – S. Petit

Université de Mons-Hainaut

Professeurs J.-P. Pourtois et H. Desmet – B. Demonty – D. Jouret



Table des matières

Introduction du Professeur Vaincel	p. 4
PARTIE 1 : LA SANTE PHYSIQUE ET PSYCHOSOCIALE DES ENFANTS ET DE LEURS FAMILLES	p. 7
Problématiques psychosociales des familles primo-arrivantes : quelles réponses ? Manço A., Petit S., Born M.	p. 8
Comment sauvegarder le capital santé des enfants et des adolescents primo-arrivants en médecine scolaire ? Renard F., Martin E., Abeloos D., Deccache A.	p. 27
Etre parent dans un centre ouvert. Difficultés d'éducation parentale de parents en demande d'asile. Gestion des conflits d'habitudes éducatives et croyances d'efficacité parentale. Pourtois J.-P., Desmet H., Demonty B., Jourret D.	p. 50
Le vécu migratoire des familles. De l'imaginaire migratoire à la quotidienneté de demandeurs d'asile Pourtois J.-P., Desmet H., Demonty B., Jourret D.	p. 73

PARTIE 2 : LE TRAVAIL DES PROFESSIONNELS AVEC LES ENFANTS ET LES FAMILLES PRIMO-ARRIVANTES. p. 104

Travailler ensemble : vers un réseau de professionnels pour un meilleur service aux familles primo-arrivantes. Genèse et cheminement d'une recherche-action à Cureghem (Anderlecht) p. 105

Dusart A.-F., Mottint J., Humblet P.

Problématiques organisationnelles et systémiques de l'accueil des familles primo-arrivantes. p. 135

Manço A., Petit S., Born M.

Comment favoriser la résilience de l'enfant et l'adolescent primo-arrivant dans le cadre scolaire ? p. 159

Martin E., Renard F., Levie K., Steyaert M., Deccache A.

Notes sur les dispositions légales et réglementaires qui concernent les familles et jeunes enfants primo-arrivants ou illégaux. p. 202

Partim

Introduction

Il n'est pas habituel qu'un représentant du Fonds Houtman introduise le résultat du travail accompli dans le cadre d'une convention passée entre les parties cocontractantes avant que son comité de gestion n'ait pu statuer sur la validité des résultats obtenus.

Il faut se rappeler cependant que le projet UNISOL est né de la volonté commune de quatre des plus importantes Universités de la Communauté française de Belgique de s'associer avec le Fonds Houtman (ONE) pour explorer les caractéristiques des outils d'accueil des populations récemment immigrées dans les réseaux qui leur sont accessibles, censés leur octroyer des soins préventifs et un enseignement régulier pour eux et leurs enfants.

Cette recherche-action visait à découvrir ce que l'on pourrait appeler des « tuteurs de résilience » facilitateurs de compréhension interculturelle et d'appropriation des démarches ouvrant l'accès à une citoyenneté minimale compatible avec les droits de l'homme et la charte de l'UNESCO.

Cette recherche-action a pris racine à un colloque qui s'est tenu en Arizona en 1999 sous l'auspice de l'OMS et de l'UNESCO invitant les Universités dans le Monde à mobiliser leurs ressources dans des recherches-actions citoyennes en faveur de la santé des populations défavorisées.

Un an plus tard, l'Université de Tucson en Arizona lançait un projet de recherche au niveau international cadrant avec les recommandations de la Charte de l'OMS. Ce fut l'occasion pour le Fonds Houtman d'envisager une réflexion de grande envergure avec quatre universités afin d'organiser un programme de recherche-action sur ce thème que nous avons naturellement baptisé UNISOL, acronyme de université-solidarité.

Ce fut l'enthousiasme sans retenue, dès le départ, des chercheurs et des interprètes désignés par les Universités pour se mettre à la tâche dans un projet original qui avait également pour but d'apprécier ce que l'intervention des universités en elles mêmes pouvait apporter comme bénéfice aux réseaux en place et d'autre part ce qui aurait pu contribuer à sensibiliser les grandes institutions académiques à contribuer davantage à l'avenir aux problèmes de la vie des hommes, des femmes et des enfants dans ce qu'on appelle improprement le champ social .

Une partie des réponses se trouve dans ce premier dépôt de résultat qui mérite toute notre attention ; des perles s'y trouvent issues d'un travail lent, intérieur, dont l'importance sera reconnue dans les temps qui arrivent, pour une meilleure approche de cet immense phénomène occulté par le désintérêt et les considérations d'ordre politique où fait encore défaut une information scientifique qui rime avec humanité et dignité.

Prof. M.Vaincel
Administrateur général du Fonds Houtman

Partie 1

La santé physique et psychosociale des enfants et de leurs familles

Problématiques psychosociales des familles primo-arrivantes : quelles réponses ?

Altay Manço,
Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations
Sylvie Petit et Michel Born,
Université de Liège

1. Contextes généraux et position du problème

La recherche interuniversitaire « Unisol » s'intéresse à la santé globale des enfants primo-arrivants et de leur famille, ces derniers étant installés en Belgique depuis un maximum de cinq ans. Il faut entendre le concept de santé globale dans le sens développé par l'OMS, comprenant à la fois les dimensions physiques que psychologiques, ainsi que le bien-être social des familles.

Cette partie concerne la présentation synthétique des résultats de la recherche Unisol. Elle porte sur le vécu d'immigration et d'intégration des primo-arrivants, tant au niveau du parcours familial ou groupal qu'au niveau du parcours individuel. Il s'agit d'envisager le point de vue de tous les membres de la famille, et en particulier celui des enfants. Il s'agit aussi d'analyser les interactions que les familles développent avec les institutions sociosanitaires qui les prennent en charge dès l'arrivée au pays d'accueil, ceci de façon à en éclairer *les incidences sur leur bien-être et santé sociopsychologique*.

Les travaux réalisés par les équipes universitaires partenaires du projet Unisol adoptent des méthodologies qualitatives et participatives : elles permettent de recueillir la parole des immigrants dont une partie importante sont des demandeurs d'asile. Les recherches permettent également d'identifier les perceptions des intervenants sociosanitaires et éducatifs sur le devenir des familles primo-arrivantes, ainsi que sur le travail d'accueil, d'orientation, d'éducation et de soin effectué auprès de ces familles¹.

¹ Les méthodologies respectives développées par les universités partenaires sont présentées dans une partie annexe.

L'impression générale issue de l'ensemble des observations est que le traitement de la question du droit d'asile en Belgique, mais aussi dans d'autres pays de l'Union Européenne, semble être lui-même producteur de désordres relevant de la santé et, en particulier, de la santé psychosociale. Cette situation n'est pas sans incidences néfastes sur le devenir des enfants de candidats réfugiés pouvant aller, dans certains cas, jusqu'à hypothéquer gravement leur développement psychologique et donc, leur avenir.

En effet, les personnes qui arrivent en Europe avec la volonté d'y trouver un monde meilleur se retrouvent face à un système administratif qui les cantonne dans un entre-deux et une instabilité de séjour les mettant dans l'impossibilité de projeter une quelconque action visant à leur intégration dans le pays d'arrivée. L'examen des requêtes nécessite un certain temps et les possibilités de recours sont nombreuses si bien que, selon les pays d'accueil considérés, les procédures de demande d'asile peuvent exiger de plusieurs mois à plusieurs années de démarches, en fonction, entre autres, de la complexité des cas.

Une telle situation produit inexorablement un long « *temps d'attente* » qui, s'il n'est pas réfléchi et aménagé dans le sens d'un accueil positif, peut s'avérer extrêmement destructeur pour les familles et les individus, surtout pour les membres les plus fragilisés des groupes de requérants d'asile comme les enfants et les adolescents se déplaçant seuls ou avec leur famille, les jeunes mères, les femmes seules, les femmes enceintes, les personnes âgées, les malades, les personnes moins valides et les personnes fragilisées par des sévices subis (torture, etc.) dans leur pays d'origine.

Certaines des investigations effectuées dans le cadre de l'étude interuniversitaire auprès des familles et des travailleurs sociaux et de la santé tendent à montrer que la situation floue et instable dans laquelle sont plongés les demandeurs d'asile, ainsi que l'isolement et les ruptures que constitue le temps d'attente, génèrent un stress et une crispation psychologique et favorisent, dans certains cas, des décompensations psychiques ou des somatisations. Par ailleurs, les conséquences physiques des dépressions ne doivent pas être ignorées. Le contexte d'accueil et les affections qui y sont associées rendent également complexe l'exercice des rôles parentaux, ce qui ne manque pas d'avoir des répercussions sur le développement des enfants.

Ce contexte est également néfaste pour le personnel chargé d'accueillir et de soigner le public immigré. Ces professionnels sont, dans certains cas, littéralement « déformés » par les situations inextricables et très diversifiées auxquelles ils doivent faire face dans une certaine précipitation, voire « dans une certaine indigence », selon l'expression des professionnels interrogés. Les difficultés relationnelles vécues avec le public récemment immigré poussent, dans certain cas, les professionnels à désinvestir le sens même de leur travail et d'abandonner la dimension « sociale » de leur professionnalité. La lourdeur des cas qui leur sont confiés est telle que, dans certains contextes professionnels où un partage de ce poids psychologique n'est pas envisagé, il n'est pas rare de voir de nombreux acteurs décrocher et abandonner leur poste. Il suffit pour s'en convaincre d'observer la fréquence des changements de personnel dans les structures dédiées à l'accueil des personnes réfugiées, d'autant plus que l'emploi au sein de ces structures s'avère lui-même peu stable pour certaines catégories de travailleurs.

On constate également un lien entre la gravité des difficultés psychologiques décelées chez les demandeurs d'asile et la longueur du séjour au pays d'accueil². Les personnes en attente sont parfois acculées vers des comportements violents et inadaptés, et dans certains cas, suicidaires, surtout dans les contextes d'installation les plus contraignants, tels que les centres d'hébergements de réfugiés où peuvent également se rencontrer des cas de violences caractérisées sur les demandeurs d'asile eux-mêmes. La clandestinité tente alors les personnes ayant épuisé leurs droits de recours, le désespoir les gagne et fait d'eux des proies faciles pour les réseaux d'exploitation et de trafic d'êtres humains. Cette situation n'est pas sans incidences majeures sur l'état de santé et la sécurité tant des groupes de réfugiés que de nos sociétés européennes.

Au vu de ces constatations, on peut affirmer que les conditions de vie propres aux réfugiés et aux autres immigrants dans la progression de leur trajet d'exil influencent leur santé psychosociale de manière indubitable. Toutes les étapes que devra franchir le public cible en vue de son installation au pays d'accueil présentent des difficultés, des

² Le travail du Dr. F. Renard de l'Université catholique de Louvain, partenaire du projet Unisol, par exemple, montre la diminution de qualité de vie durant la période d'installation à partir d'une enquête réalisée auprès d'adolescents réfugiés dans l'agglomération de Bruxelles, et ce quel que soit la dimension psychosociale ou éducative envisagée. La notion d'« avenir » constitue la préoccupation de santé psychosociale prioritaire au sein de ce public, une fois l'euphorie de l'arrivée passée et le choc de la réalité migratoire encaissé. Les ressources psychologiques potentielles de ces jeunes sont principalement situées dans la cohésion de leur famille face à l'adversité.

embûches, ainsi que, souvent, des éléments traumatisants. L'immigré devra y faire face avec les moyens dont il dispose afin de se donner une chance de réussir son processus d'immigration et de devenir un immigré à part entière. *Quelles réponses efficaces les intervenants chargés d'accueillir les candidats réfugiés peuvent-ils donner à ce vécu ?*

1.1. Contextes pré-migratoires

Les mécanismes sociaux et psychologiques qui sont à la base des pathologies de l'exil sont nombreux. En ce qui concerne le contexte pré-migratoire, on note les sentiments de menace pesant sur l'individu ou le groupe. Ces sentiments sont générés et parfois confirmés par des actions de violence diverses, des guerres, des déstructurations sociales, écologiques, économiques, et politiques qui poussent des populations entières à l'exil.

Ainsi, les entrevues en groupe ou individuelles menées avec des demandeurs d'asile permettent de constater que les personnes qui décident de quitter leur terre natale pour tenter de trouver ailleurs un monde meilleur sont parfois porteuses de drames qui les amènent à vouloir migrer. Après beaucoup d'efforts, les demandeurs d'asile et de droit de séjour arrivent en Europe et espèrent y être accueillis.

1.2. Contextes migratoires et trajectoires d'exil

Après les difficultés qu'ils ont vécues et qui les ont amenées à prendre la décision de quitter leur pays d'origine, seuls ou en famille, le trajet qui mène les demandeurs d'asile de leur terre natale à la terre d'accueil est fait de rêves, mais également de dangers, de stress et d'incertitudes. Dans les cas les plus extrêmes, les personnes rencontrées confient avoir été transportées tel du bétail, cachées dans les cales de bateaux, dans des bennes de camions, parfois sans nourriture, sans eau, sans lumière. A leurs traumatismes de départ, s'ajoute alors la peur : parmi les immigrants ayant eu recours à des passeurs, rares sont ceux qui savaient exactement où on les emmenait. En effet, beaucoup d'immigrés déclarent être arrivés en Belgique par hasard et non par choix : comment sera leur vie là-bas ? Ont-ils pris la bonne décision ? Va-t-on les croire quand ils raconteront leur histoire ?

La non-maîtrise de la trajectoire migratoire est donc une source de difficultés psychosociales majeures pour la personne immigrée. En revanche, les capacités et potentialités qui permettent à l'individu d'orienter un tant soit peu le trajet d'exil se révèlent être des ressources importantes face aux traumatismes, exclusions, viols subis directement ou indirectement par la personne précipitée en dehors de son contexte de vie habituel. La fuite, le manque d'information sur le pays de destination, etc., sont autant de sources d'angoisses auxquelles doit faire face le public cible. Le lien au pays d'origine et au groupe laissé derrière génère en général un fort sentiment de culpabilité et de responsabilité face à ceux laissés sur place.

La durée du voyage, ses conditions et son coût peuvent hypothéquer tant la stabilisation de la personne réfugiée dans son pays d'accueil que son état de santé. Souvent, l'exilé subit les effets des immigrations à la chaîne : concentration géographique, redevabilité face aux anciens immigrés, dépendance de l'aide sociale, exploitations, clandestinité, stratégies typiques d'accès au séjour à travers des mariages arrangés, etc. Mais là où il existe, le groupe de personnes originaires de la même région constitue aussi une source de solidarité et de soutien communautaire qui peut offrir protection et bien-être (Manço, 2004).

1.3. Contextes institutionnels du pays d'accueil

Arrivés dans le pays-hôte, les migrants se confrontent rapidement à la réalité d'une opinion publique souvent hostile à leur égard et des politiques migratoires contraignantes qui les forcent sans cesse à prouver qu'ils ne sont pas des « fraudeurs » (Rousseau et Nadeau, 2003). Ils doivent revoir l'idéalisation dont ils avaient gratifié ce pays d'accueil.

Les contextes d'accueil sont ainsi surtout définis par l'espace-temps de confrontation entre les demandeurs de droit de séjour et les structures des pays d'arrivée. Se vivent dans cet espace institutionnel les transactions entre primo-arrivants et personnels des structures d'accueil, d'orientation et de soutien. Les observations menées auprès des candidats réfugiés dans divers contextes d'installation montrent que ces espaces peuvent

également constituer des sources de (psycho)pathologies pour les requérants de droit d'asile³.

Velghe (2004) distingue, en Belgique, cinq contextes au sein desquels les demandeurs d'asile évoluent et qui déterminent, dans une large mesure, leur vécu de l'installation en territoire d'accueil.

1.3.1. Une « entrée fracassante » dans le système

Les demandeurs d'asile pénètrent l'espace administratif belge par une entrée fracassante dans le système. Ils sont amenés à entrer, dès leur arrivée sur le sol du pays, dans un processus cadencé de formalités et d'actions complexes : processus d'identification, choix de la langue de la procédure, prise des empreintes digitales, radio du thorax, détermination du lieu obligatoire d'inscription, récit de vie, ... En bref, pas le moindre temps ne leur est accordé pour se retourner, pour prendre un minimum de marques sur cette nouvelle terre qu'ils viennent à peine de fouler. C'est la course aux démarches administratives et autres formalités obligatoires afin de se mettre en règle et de pouvoir déposer sa demande de droit de séjour.

1.3.2. Le début d'un « long trajet périlleux ... »

C'est ce qui attend la plupart des demandeurs d'asile qui acceptent ou qui sont contraints d'accepter l'aide concrète de Fedasil, organisme fédéral d'aide aux demandeurs d'asile. Il s'agit d'un ensemble fort varié de structures d'accueil : centres fédéraux, logements privés ou semi-privés, etc. Ces réseaux sont gérés par des partenaires très différents : associations, Centres Publics d'Aide Sociale, Croix-Rouge, etc. L'orientation vers une structure d'accueil se fait en fonction des disponibilités des places d'accueil, ainsi que de la langue de la procédure.

³ Le parcours administratif des réfugiés a de fortes interférences avec les prises en charge cliniques. Les demandeurs d'asile doivent en effet raconter en détail des événements parfois traumatiques qu'ils n'ont dans certains cas jamais pu évoquer ; l'acceptation de leur dossier en dépend. Lorsque des troubles de la mémoire ou des reviviscences traumatiques les empêchent de donner des détails précis, on leur répond « qu'on ne les croit pas » et ils risquent d'être déboutés (Asensi et Le Du, 2003).

1.3.3. La découverte de la vie en communauté et de la promiscuité

Durant des mois interminables, les demandeurs d'asile réalisent un plongeon dans une vie structurée, organisée et planifiée par autrui : cela se concrétise notamment par des horaires et des règles de la vie communautaire à respecter. Une souffrance liée à la perte d'indépendance, un sentiment d'infantilisation, se développent fréquemment, surtout chez les personnes hébergées dans les centres de réfugiés.

1.3.4. Une « longueur assassine ... »

S'il faut environ quatre mois pour que l'Office des étrangers statue sur la recevabilité d'une demande de droit de séjour, de nombreux recours sont possibles. Tant que la dernière carte n'a pas été abattue, les demandeurs d'asile gardent espoir. En attendant, leurs enfants sont scolarisés, parlent la langue du pays d'accueil, et pour beaucoup, il n'est plus question de retour en arrière ... Le temps s'étire, s'allonge, les demandeurs d'asile s'isolent, se désocialisent, certains font des plans de passage à la clandestinité, d'autres mettent ces plans en action quand finit par tomber l'ordre formel de quitter le territoire.

Cette vie dans l'entre deux est synonyme d'une impossibilité de se projeter, d'évoluer, d'éduquer ses enfants ou de s'éduquer soi-même, en lien avec la nouvelle société d'installation. Le réfugié est souvent atteint d'un « syndrome de l'assisté », il est infantilisé par le système qui le reçoit. Le contexte d'accueil apparaît alors comme intrinsèquement pathogène, occasionnant perte d'autonomie, perte d'identité, perte de liens avec ici et là-bas, perte de repères, etc. On relève donc un danger de déstructuration de la personnalité et de graves perturbations des fonctions de parentalité. S'ajoute aux difficultés la question de la légitimité de la présence de l'immigré en Belgique ou plus largement en Europe : en effet, les conditions de reconnaissance des réfugiés sont si contraignantes et arbitraires que les personnes réfugiées, rejetées de leurs terres d'origine, se sentent également exclues du pays d'accueil. Selon les dires de l'un d'entre eux : « *sommes-nous les rejetées du monde ?* ».

1.3.5. Le passage à la « vraie vie »

Pour la minorité de requérants d'asile qui obtiennent enfin le droit de séjour, soit environ un cas sur dix, débute la recherche d'un logement salubre, la constitution d'une garantie locative, la recherche de biens (mobilier, etc.) ... Toutes ces démarches sont autant d'obstacles que bien peu savent réellement dépasser. En effet, seulement 36 % (Velghe, 2004) du public qui arrive à ce stade de l'installation en Belgique peut satisfaire ses besoins vitaux de manière acceptable.

Le passage du statut de réfugié à celui d'immigré stabilisé est la voie par excellence de la normalisation pour les familles exilées : les facteurs et les freins à l'intégration (sociale, psychologique, économique, politique) sont à ce stade nombreux. Le « sevrage » de l'assistance publique et la possibilité de renouer des contacts avec le pays d'origine ou la vie communautaire n'est pas des moindres. Enfin, les stratégies et problématiques identitaires, les problèmes intergénérationnels et interculturels typiques des immigrants peuvent surgir.

1.4. Intégration des étapes : attitudes des réfugiés et des professionnels

Tout demandeur d'asile est porteur d'un drame personnel qui peut avoir comme origine des situations sociopolitiques inhérentes à son pays de naissance. Ce drame est souvent amplifié par la trajectoire migratoire faite de séparations et les dangers et ruptures qu'elle recèle. Une des violences potentielles subies sur ce chemin est l'incrédulité des membres de la société d'accueil face au récit du drame du candidat réfugié. Le déni des difficultés éventuelles qui ont motivé la demande d'asile politique est manifeste, il est notamment visible dans le taux très important de refus de droit de séjour qui tend à montrer que toute détresse n'est pas également reconnue par l'appareil juridique ou administratif et l'opinion publique du pays d'accueil. Il est indéniable également que la plupart des migrants sont insérés dans une filiation dont la plupart des membres se trouvent dans le pays d'origine et à qui tôt ou tard il faut porter assistance. Dans bien des cas, le migrant est un « envoyé » qui doit ouvrir son groupe d'origine à un monde meilleur.

Si partir est un fait accompli, c'est une autre histoire que d'arriver. L'attente d'un « positif » peut se faire longue et fixe les demandeurs d'asile dans un « *no man's land* » qui les empêche de se projeter dans l'avenir. Or cette projection de soi-même dans l'avenir est le moteur même du développement personnel. Certains demandeurs d'asile rencontrés qualifient ainsi la procédure de demande de droit de séjour de violente et la comparent ouvertement aux violences subies dans leur pays d'origine. Ils précisent que la violence et la destruction de leur être est ici menée de manière bien plus déguisée et de ce fait plus dangereuse⁴.

Les réactions habituelles à ce contexte sont connues et signalées par les intervenants rencontrés : réactions d'agressivité ou de revendication, ainsi que chez certains réfugiés, retournement de l'agressivité contre soi par la somatisation, voire par des symptômes dépressifs⁵.

Comment faire pour donner un sens à la vie en pareil contexte d'attente, d'impuissance et d'angoisses ? Toute tentative d'aide aux réfugiés doit tenir compte de la spécificité de la situation des demandeurs d'asile et l'intégrer dans sa démarche méthodologique.

Le récit de légitimation de la migration a sa propre validité qui doit être considérée comme telle. Il peut être le terrain de rencontres sur lequel une communication de confiance doit pouvoir s'établir. C'est à ce prix que l'intervenant peut construire le projet d'installation ou tout autre projet d'avenir qui donne sens à l'histoire migratoire de l'individu en demande d'aide. C'est également à travers cette pratique de construction de projet et de précision d'intentions, compte tenu des contextes sociaux et administratifs dans lesquels les familles réfugiées sont plongées, que l'intervenant

⁴ Les entretiens menés avec des psychologues cliniciens qui reçoivent en thérapie les réfugiés montrent que quand un avis « négatif » tombe, la personne peut le vivre comme une forme de dévalorisation d'elle-même qui se surajoute à son sentiment de non-reconnaissance. Le candidat réfugié se représente les règles et les pratiques administratives qui régissent le droit de séjour et la reconnaissance du statut de réfugié comme injustes et aléatoires. Il est également vrai que de grandes disparités existent dans la manière avec laquelle différents cas sont traités par l'appareil de l'Etat. Ceci crée un climat d'insécurité, de manque de repères et de perte de contrôle.

⁵ C'est ainsi qu'une mère de famille de cinq enfants recevant son avis négatif s'est mise à menacer les intervenants du centre qui avait la charge de sa famille de tuer ses enfants et de se suicider par la suite. C'était la seule façon qu'elle avait trouvé de crier son sentiment d'impuissance face à l'avenir qui se dessinait devant elle. C'est ainsi aussi qu'un requérant d'asile déclara à l'équipe de recherche qu'il allait prendre un bus en otage afin d'exprimer sa rage face à ce système qui le maltraite ...

chargé de l'accueil et de l'orientation peut donner sens à sa propre démarche professionnelle (Moussaoui et Manço, 2004).

2. Quelle aide psychologique et sociale pour les familles réfugiées ?

2.1. Problèmes d'ordre psychologique le plus souvent rencontrés par le public cible

Le contexte dans lequel évolue le public réfugié l'amène à développer des problèmes de stress et d'anxiété liés au sentiment d'insécurité existentielle, aux éventuels traumatismes vécus, ainsi qu'à la situation d'attente et aux changements importants de cadre de vie. Il est également question de dépressions, d'une multitude de plaintes psychosomatiques et de souffrances liées à un manque de reconnaissance sociale, d'une perte de repères et d'identité, d'une diminution de l'estime de soi, ainsi que des troubles liés à la solitude et à l'isolement. Dans une moindre mesure, on relève certaines psychoses (Debroux, 2002).

L'approche épidémiologique montre l'influence néfaste de la migration sur la santé psychosociale. La décision d'émigrer peut être prise dans un contexte traumatique : guerres, violences, etc. Par la suite, le parcours du migrant peut ou non produire des événements qui rappellent le traumatisme des situations qui ont présidé au contexte de départ. Les deuils, les pertes, peuvent s'additionner. Il suffira parfois d'un simple interrogatoire pour que le traumatisme devienne source de pathologie. Le vécu migratoire peut ainsi occasionner une perte de sens : vivre des expériences qui n'ont pas de signification pour l'individu est une source majeure d'aliénation (Schurmans, 2004).

Les troubles observés chez les migrants relèvent parfois d'un codage culturel étranger au mode de fonctionnement de nos structures et des professionnels de l'aide psychologique. Le décodage se fait à un niveau ontologique (l'être tel qu'il est construit à partir de ses représentations culturelles) qui détermine les théories étiologiques du patient (le sens de son mal) et ses logiques thérapeutiques (le « que faire ? ») (Moro, 1994). La culture conditionne ainsi le vécu de la maladie et la stratégie de guérison. Les anthropologues anglo-saxons ont distingué les termes : *disease* (la maladie décrite par le médecin), *illness* (expérience de la maladie par le patient), et *sickness* (la maladie sur le

plan de la scène sociale) : il s'agit de trois manières très différentes de parler de la même réalité (Baubet et *al.*, 2004).

Face à cette diversification des besoins, les consultations ethnopsychologiques et ethnopsychiatriques se développent dans notre pays depuis quelques années. Elles ont pour but d'améliorer la prise en charge du public immigré ou du moins d'une partie de ce public en demande d'une aide spécifique, censée correspondre à ses difficultés et besoins. L'éclairage de la psychiatrie transculturelle est ainsi important à plusieurs titres : il permet d'affiner le diagnostic, d'améliorer l'alliance thérapeutique avec le patient et sa famille, et de proposer des soins plus efficaces, notamment lorsqu'il existe un codage culturel des troubles extérieurs à la manière d'envisager la question dans l'univers culturel occidental.

2.2. Prise en charge du public demandeur d'asile : vers la maîtrise du complexe

Prendre en charge un individu en souffrance ou en difficulté, c'est tenir compte de son environnement, de son histoire, de sa communauté et famille, et de sa culture. S'intéresser à sa santé, c'est également s'intéresser aux facteurs, aussi bien positifs que négatifs, qui influencent cette dernière.

Selon les ethnopsychologues consultés lors de la recherche Unisol, la relation d'aide et les psychothérapies qui seront proposées aux migrants doivent être adaptées à leurs particularités culturelles et biographiques. Si l'on n'en tient pas compte, le professionnel risque de faire de la thérapie elle-même une expérience traumatique. Enfin, la qualité de l'accueil en général dans l'ensemble de la société, la possibilité d'une insertion sociale et économique, la capacité de la société d'installation à intégrer les cultures étrangères, etc., seront des effets contextuels qui contribueront à la maladie, ou, au contraire, à sa guérison. Il semble que plus un individu possède des points de repères dans le contexte dans lequel il est implanté, plus il réussira à dépasser les tensions qui le taraudent.

Ainsi, dans le cas des personnes réfugiées, une série de spécificités doivent être intégrées dans les analyses : il s'agit notamment de la précarité de séjour et du sentiment d'illégitimité que développe ce public dans un pays hôte, dont il ressent parfois l'hostilité. Les difficultés liées à la reconnaissance du droit de séjour sont, pour la

personne exilée, vécues comme autant de violences subies, ces dernières entrant en écho avec les atteintes éventuelles à son intégrité et sa dignité subies au pays d'origine : elles empêchent la personne de se projeter dans l'avenir et ôtent tout sens positif à l'entreprise migratoire qui est déjà elle-même une épreuve qui fragilise l'individu.

Aider une personne qui vient de vivre une migration, c'est sans doute mobiliser en elle des ressources qui lui permettront de donner sens à ce qui lui arrive, à se redresser et à traverser au mieux cette épreuve. Le soutien apporté à une personne en souffrance psychologique qui a en plus connu la violence et une forte précarité existentielle se situe à plusieurs niveaux : individuel, familial, communautaire et social.

Si la prise en charge d'une personne au niveau individuel implique l'écoute et l'examen de ses plaintes tant psychiques que physiques, il s'agit aussi de soigner son « lien à la société »⁶. Or, selon les spécialistes de l'aide psychologique aux réfugiés réunis en séminaire national à Bruxelles le 2 juin 2004 (Manço et Petit, 2004), les personnes nouvellement immigrées qui se présentent chez les thérapeutes sont rarement des personnes malades au sens où on l'entendrait habituellement. Elles souffrent avant tout d'un manque de repères et ont besoin d'être rassurées sur leur sort futur. L'attitude d'accueil et d'humanité relève ainsi de la responsabilité de chacun des intervenants sociaux : psychologues, assistants sociaux, éducateurs, etc. impliqués par les structures d'accueil des requérants d'asile, mais également, de l'ensemble des citoyens. Ainsi, avant de parler de soin, et de risquer de médicaliser des réactions normales à des conditions de vie anormales, il s'agit d'abord d'aider les exilés à retrouver un minimum de maîtrise sur leur vie, un sentiment d'utilité, une place parmi les autres et un peu d'intimité⁷ (Jacques, 2004).

⁶ Selon une étude réalisée aux Royaume-Uni, deux réfugiés sur trois présentent des symptômes d'anxiété et de dépression (Burnet et Peel, 2001). Les auteurs insistent sur des éléments tels que donner un sens à sa vie, se sentir utile, reconnu, vivre dignement, avoir des projets, avoir des liens sociaux, vivre en famille, avoir des amis, des loisirs, des projets de vie, se former et travailler comme des objectifs d'actions de soutien. Ils notent qu'il n'est pas toujours nécessaire de raconter ses éventuels traumatismes pour reconstruire sa vie en exil.

⁷ Les groupes de parole et d'expression sont des espaces-temps utiles pour mettre en œuvre des actions de prévention en santé mentale et par rapport aux problèmes de communication au sein des structures d'accueil de demandeurs d'asile. Ces lieux peuvent également permettre aux intéressés de se positionner dans leur nouveau contexte de vie et aux intervenants de mieux connaître les ressources et difficultés des immigrants.

Pour les migrants dont le statut de séjour n'est pas encore stabilisé, l'intrication entre les différents champs de l'existence tels qu'école, santé, travail, logement, permis de séjour, police, etc. est par ailleurs forte. Les problèmes rencontrés se reportent d'un domaine à l'autre d'une manière beaucoup plus complexe que pour une personne installée durablement en Belgique. C'est à ce système complexe que les soignants et personnels d'accueil sont souvent confrontés. Ne pas en tenir compte serait handicaper davantage la personne réfugiée et sa famille.

Selon les professionnels de santé interviewés lors de l'étude, la porte d'entrée de la demande d'aide est le médecin généraliste ou, plus souvent encore, l'hôpital et son service d'urgence. Les ressortissants des pays du Sud n'ont pas l'habitude de consulter des médecins généralistes ou des services sociaux et vont d'emblée à l'hôpital. Le personnel hospitalier est alors irrité de voir des patients avec des problèmes autres que médicaux. Il est essentiel dans ces services de première ligne de développer une écoute globale qui tient compte des interactions entre les champs somatique, psychique, social, et juridique⁸.

Derrière une souffrance physique, lorsqu'il n'y a pas d'objectivation manifeste de la cause d'une maladie par des examens appropriés, le médecin peut entendre une souffrance psychologique ou tout simplement une demande de reconnaissance. L'hôpital est un lieu privilégié pour détecter ces souffrances de nature complexe. Trop souvent, un problème de nature psychosomatique n'est lu que de manière somatique. Dès lors le problème ne reçoit qu'une réponse partielle, là où une réponse globale serait plus souhaitable avec pour conséquence positive pour le patient qui se sentirait écouté, entendu, voire respecté. Une écoute psychologique active consiste à ne pas se limiter à considérer un corps malade : par exemple, l'enfant qui vient en consultation médicale et qui vit une situation de précarité sociale, posera sans doute aussi un problème à l'école ou dans sa relation avec les autres ; organiser et favoriser l'écoute de la personne exilée

⁸ Devant des souffrances qu'ils qualifient de « psychologiques », les intervenants de première ligne et responsables d'accueil rencontrés lors de l'enquête, notamment à Liège, sont parfois tentés d'orienter la personne vers un psychologue ou un psychiatre. Mais souvent, la souffrance psychologique n'est pas identifiée comme telle par le « patient », qui n'a dès lors pas de « demande médicale ». Inversement, des personnes « saines » recherchent d'elles-mêmes l'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre pour des difficultés qui habituellement ne relèvent pas de la santé mentale. L'ensemble de ces intervenants semblent être de plus en plus confrontés à des situations de désaffiliation, de ruptures et de défaut d'appartenances auprès du public primo-arrivant. Ces demandes floues et multiples nécessitent tant une écoute active qu'une action en termes d'aide sociale.

en consultation médicale, pointer ses problèmes en connexion avec les professionnels des autres champs serait un début dans l'abord global de la situation complexe posée.

Ceci justifie l'intérêt de travailler en multidisciplinarité : psychologues, psychiatres, assistants sociaux, médecins, médiateurs, interprètes⁹, enseignants, etc., ont tous un rôle à jouer dans la prise en charge d'un individu donné. Selon l'approche communautaire, l'acte médical ou psychologique n'est qu'un élément parmi un ensemble de ressources. Dans cette optique, la prise en charge de la personnes réfugiée implique des interventions à plusieurs niveaux et des mesures environnementales adaptées.

Le travail psychologique peut aussi être envisagé en lien avec le soutien concret apporté par les membres de la communauté d'origine. Dans certains cas, les membres des communautés immigrées peuvent proposer des informations pour aider le primo-arrivant à s'orienter et le soutenir dans ses démarches sociales et juridiques, lui éviter l'isolement et la solitude. Les groupes d'entraide et le retissage de liens constituent une aide dont les effets sont loin d'être négligeables en santé psychosociale : les réfugiés s'y initient au soutien à apporter à autrui et se renforcent en même temps.

Ainsi, l'enquête réalisée à Liège par l'équipe membre du réseau Unisol a permis de montrer que les familles qui ont immigré en Belgique depuis dix ans et plus et qui ont pu s'y établir définitivement ont bénéficié de l'influence positive de divers « facteurs d'aide à l'intégration ». On y identifie notamment la présence dans l'entourage des familles immigrées de personnes installées en Belgique, immigrées ou non, connues avant l'arrivée ou assez rapidement après l'installation dans ce pays. Dans certains cas, les personnes-ressources ainsi identifiées sont des intervenants sociaux, directeurs de centre d'accueil ou d'école, employeurs, etc.

Le développement d'un réseau social d'entraide et de loisirs prenant appui sur cette présence première a, semble-t-il, un effet positif dans la stabilisation sociale de la

⁹ Le travail avec les médiateurs et les interprètes est souvent indispensable même si ce procédé comporte bien des limites en termes de diversité, qualité et quantité de l'offre. Une initiative complémentaire serait

famille primo-arrivante, à travers l'accès à un logement, l'apprentissage et la pratique de la langue de la région d'accueil, la régularisation de la situation administrative, l'accès à l'emploi, l'initiation aux informations et maîtrises nécessaires pour interagir efficacement avec les systèmes institutionnels tels que l'école et le système de santé, etc. La présence des personnes de leur propre origine dans l'entourage immédiat des familles primo-arrivantes permet également à celles-ci de maintenir stables leurs liens à leur religion, langue et culture d'origine. L'ensemble de ces facteurs permet de comprendre l'importance du lien et du soutien social dans le devenir des familles primo-arrivantes en Belgique (Manço, Petit et Born, 2004).

2.3. Développement de réseaux et de coordinations d'entraide aux familles exilées

On remarque à travers ces résultats, l'importance de la constitution et du soutien de réseaux spontanés ou professionnels d'entraide. Ainsi, la prise en charge globale de la famille réfugiée ne se base pas seulement sur l'intervention d'un professionnel en particulier du secteur de la santé ou de l'éducation, mais suppose la concertation, l'échange d'informations, la coordination et la complémentarité entre divers acteurs situés dans des champs aussi divers que la santé, le social, le scolaire, la justice, l'aide à la jeunesse, etc. On distinguera par ailleurs le réseau des personnes, en particulier, c'est-à-dire la famille, les proches, l'entourage immédiat, d'une part, et le réseau de professionnels en action, d'autre part. Enfin, les institutions peuvent également se mettre en connexion pour une plus ample efficacité. Elles peuvent ainsi penser leur pratique en complémentarité comme une intervention parmi d'autres, se décentrer de leur seul point de vue, en se représentant le parcours du patient et les apports potentiels des autres structures.

Il est important également de ne pas négliger l'importance de l'intervention des bénévoles qui souvent offrent un travail considérable autour du public immigré, emprunts d'une forte dose de volontarisme. Un grand nombre de volontaires travaillent ainsi avec et pour les réfugiés, en milieu semi-rural notamment. Ils permettent de valoriser et de positiver le vécu des immigrés qu'ils rencontrent ; ils créent des liens de réciprocité et peuvent contribuer à accumuler un capital de confiance entre publics

d'introduire dans les équipes des soignants et des accueillants polyglottes issus d'origines diverses.

immigrés et autochtones. Toutefois, leurs interventions doivent être coordonnées et articulées avec l'offre de services des professionnels mandatés.

La mise en œuvre d'approche globale « en réseau » nécessite que les différents services et institutions intervenant auprès des familles demandeuses d'asile s'identifient collectivement et de manière systématique à travers des rencontres, échanges, concertations, au-delà des échanges au cas par cas. Le travail de réseau repose sur le décloisonnement des disciplines et des institutions, ainsi que sur l'articulation du champ de la santé psychosociale avec le champ de l'aide sociale. Il s'agit également de développer le dialogue entre usagers, services, et pouvoirs publics.

Le travail de réseau se situe à un échelon « macro », c'est-à-dire dans une perspective de politique de santé publique, au-delà de l'action clinique individuelle. Il vise à développer une réponse adaptée des dispositifs de soins aux besoins de la population en termes d'offre de services, d'outils d'intervention, ... Les constats empiriques développés à Liège et à Bruxelles, notamment, montrent tant l'intérêt de l'intervention en réseau que la difficulté de leur émergence et maintien. Les outils d'intervention manquent, les échanges sont trop peu nombreux, les équipes ne disposent pas toujours des moyens et des soutiens hiérarchiques ou encore du temps nécessaires à ces concertations.

Afin d'améliorer le travail de chacun, les réflexions des équipes Unisol soulignent qu'il vaut plutôt mieux de renforcer les structures existantes et leurs liens que d'en créer de nouvelles. Le lecteur appréciera également l'utilité des recherches-actions universitaires, telles que le projet Unisol, qui permettent de lancer et soutenir sur le terrain des dynamiques de recherche et de mise en réseaux favorables au développement d'actions en regard de l'urgence et de la spécificité des situations vécues par les familles primo-arrivantes.

Conclusions et perspectives générales

Les demandeurs d'asile sont plongés dans un contexte institutionnel qui leur impose un long temps d'attente et d'immobilité dont l'issue ne sera que rarement favorable à leur

requête de droit de séjour en Belgique. Ce processus est, à bien des égards, problématique et produit des désordres et régressions auprès des familles qui y sont soumises. Selon les dires d'un responsable d'accueil : « *Ces réfugiés que nous essayons de soigner, ne sont-ils pas finalement des personnes qui personnifient la maladie de notre système ?* ».

Ne pas psychologiser le rapport d'aide aux migrants revient sans doute à positiver le temps d'attente qui leur est imposé. Si, actuellement, ce temps lié à la procédure administrative nécessaire à l'établissement d'un éventuel droit d'installation en Belgique, produit de la violence institutionnelle, le défi posé aux institutions d'accueil des familles primo-arrivantes est sans doute de l'investir le mieux possible avec des préoccupations socio-éducatives et de développement.

Ainsi, le lieu d'accueil peut devenir un lieu auquel s'identifier et le temps d'attente un temps de recentrage sur soi, sur la famille, la communauté, sur les enfants et leur avenir, un temps pour faire des projets, quel que soit le pays de destination finale. Il peut être également un temps où se profilent des opportunités de formations professionnelles ou autres. Toutes ces acquisitions ne seraient pas perdues pour les personnes qui ne sont pas retenues en Belgique et constitueront un bagage qui leur servira ailleurs.

Certains travaux menés dans le cadre de la recherche Unisol et notamment dans la région du Hainaut, permettent de constater que des contextes favorisant l'expression du vécu, des projets et rêves, et l'humour auprès des personnes candidats réfugiés exerce un effet favorable sur leur estime d'eux-mêmes, leur sentiment d'efficacité personnelle, leur renforcement identitaire, ainsi que sur leur inscription sociale au sein de leur groupe d'appartenance et de la société en général. Aussi, il apparaît opportun de proposer la conduite d'actions socio-éducatives à caractère ludique et créatif au public de candidats réfugiés et à leurs enfants dans les contextes d'accueil dans lesquels ils évoluent.

Là où ce type d'animations existe déjà, il semble qu'elles n'accrochent que rarement les publics visés. Le manque de moyens, d'outils, de formations adéquates parmi les professionnels, amènent le public réfugié à se retrouver confronté à une offre de soins et de services qui correspond faiblement à ses besoins. Il est donc utile d'intéresser et de

sensibiliser les professionnels sociosanitaires qui ne travaillent pas encore avec le public immigré à travers une offre de formations pratiques.

L'ouverture de « centres de jour » qui accueilleraient les personnes en souffrance et leur permettraient de s'occuper à des activités socio-éducatives relaxantes et distrayantes afin de sortir de leur traumatisme s'avère également être une solution utile pour améliorer la prise en charge du public réfugié, en collaboration avec des réseaux d'institutions et d'associations locales.

Enfin, là où elle est nécessaire, il semble utile que l'offre de soins psychologiques se situe dans une visée socio-anthropologique tenant compte du contexte socio-économique et des valeurs culturelles du groupe d'appartenance des individus en souffrance dans leurs influences à la façon dont la souffrance psychique s'exprime, est identifiée et sera comprise ou interprétée. Aussi, l'intégration dans les processus thérapeutiques du soutien informel des réseaux de proches s'avère d'une aide estimable.

Bibliographie

- Asensi, H. et Le Du, C. (2003). Savons nous accueillir les réfugiés en France ? .
- Baubet T. et al. (éds). Soigner malgré tout. Vol. 1 : Traumas et soins , Grenoble : La Pensée sauvage, p. 71-95.
- Baudet, T. et Moro M.-R. (éds) (2003). Psychiatrie et migrations. Paris : Masson.
- Baubet T. et al. (éds) (2003). Soigner malgré tout. Grenoble : La Pensée sauvage.
- Baubet T. et al. (2004). Traumas spécifiques chez les demandeurs d'asile en France : des spécificités cliniques thérapeutiques , *Journal international de victimologie*, v. 2 n°2, 7 p.
- Debroux, A. (2002). Les besoins en santé des personnes étrangères ou d'origine étrangère de Liège. Liège : Cripel.
- Jacques, P. (2004). cité dans Petit et Manço.
- Manço, A. (éd.) (2004). Turquie : vers de nouveaux horizons migratoires ?, Paris, Turin, Budapest : L'Harmattan, coll. « Compétences interculturelles ».
- Manço, A., Petit, S. et Born, M. (2004). Optimalisation de l'interaction entre familles récemment immigrées et services sanitaires : contribution au bien-être des enfants. Rapport de recherché. Fondation Houtman, Université de Liège, IRFAM.
- Massaoui, J., et Manço, A. (2004). Processus pathogènes dans la trajectoire d'exil : examen des mécanismes sociaux et psychologiques. Document pour formation d'intervenants.
- Moro, M., (1994). Parents en exil : psychopathologie et migration. Paris : PUF.
- Petit, S. et Manço, A. (2004). Aspects sociopsychologiques du parcours des demandeurs d'asile en Belgique. Notes de la journée de réflexion nationale du 2 juin 2004 organisée par le CERAIC à Bruxelles.
- Rousseau, C et Nadeau, L. (2003). Migration, exil et santé psychosociale, Baudet, T. et Moro M.-R. (éds) *Psychiatrie et migrations*. Paris : Masson.
- Schurmans, D. (2004). cité dans Petit et Manço.
- Velghe, V. (2004). cité dans Petit et Manço.

Comment sauvegarder le capital santé des enfants et des adolescents primo-arrivants en médecine scolaire ?

Florence Renard, Emmanuelle Martin, Donatienne Abeloos, Alain Deccache
Université catholique de Louvain

1. Introduction

En Communauté française de Belgique, les enfants et les adolescents scolarisés, qu'ils soient dans une « classe-passerelle »¹⁰ ou non, rencontrent l'équipe médicale scolaire lors du bilan de santé gratuit et obligatoire organisé la première année de leur arrivée par le service de Promotion de la Santé à l'École (PSE).

Lors du bilan de santé, la communication avec ces élèves qui ne maîtrisent pas encore le français n'est pas facile pour le médecin et l'infirmière. Les informations fournies dans les questionnaires remplis par les parents sont souvent manquantes. Le bilan de santé risque bien souvent de se résumer à un examen somatique sommaire ne reflétant pas tous les aspects de leur santé, et par là de passer à côté de l'identification d'éventuels besoins qui nécessiteraient la mise en place d'une réponse préventive efficace. Ces enfants et adolescents subissent le même bilan de santé que leurs pairs belges (examens bio-métrique et clinique, évaluation de l'état vaccinal), mais ils subissent également un dépistage de la tuberculose, la prévalence de cette maladie dans les pays d'origine de la majorité des familles migrantes étant supérieure à celle de la population belge¹¹.

Il existe peu de données concernant l'état de santé physique, mental et social des enfants et des adolescents récemment immigrés. Or la migration a potentiellement un impact sur la santé et le bien-être des enfants et des adolescents. Aux Etats-Unis, la santé des adolescents de première génération (les adolescents nés à l'étranger et ayant migré)

¹⁰ Par le décret du 14 juin 2001, une structure d'enseignement adaptée a été mise en place pour les élèves primo-arrivants étant amenés à entamer ou à continuer leur scolarisation en CFB alors qu'ils ne possèdent pas une connaissance suffisante de la langue française : il s'agit des « classes-passerelles » (décret du 14 juin 2001 visant à l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française). La classe-passerelle vise à assurer l'accueil, l'orientation et l'insertion optimale des élèves primo-arrivants dans l'enseignement fondamental ou secondaire. On en dénombre actuellement 21 en CFB.

¹¹ La FARES (Fonds des Affections Respiratoires asbl) en 2004 donnait un chiffre de l'ordre de 30 fois plus de tuberculose chez les demandeurs d'asile que dans la population belge.

semble meilleure que celle des adolescents de deuxième génération (les adolescents nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger), mais elle se détériore avec la durée de séjour dans le pays d'accueil.

Comment dès lors préserver le capital santé des enfants et des adolescents primo-arrivants ? Quel peut être le rôle de la médecine scolaire ?

L'équipe de l'UCL a mené une étude visant à documenter l'état de santé des enfants et des adolescents rencontrés dans le cadre des bilans de santé scolaire. De plus, un nouveau modèle d'intervention a été implanté dans un centre de santé, visant à mieux identifier les besoins des adolescents et à organiser une réponse préventive adaptée. Quelques-uns des résultats sont présentés dans ce chapitre.

Les populations des enfants et adolescents ont été abordées séparément :

- Une étude quantitative concernant 117 enfants de 3 à 12 ans a permis de recueillir des données de poids et taille des enfants, les résultats des tests de la vue et de l'audition, le statut vaccinal et les résultats du test de dépistage de la tuberculose, à travers les dossiers médicaux. Une étude qualitative par entretiens a également été menée auprès de 21 familles, pour comprendre les représentations qu'ont les parents de la santé de leur enfant et l'accès aux soins des familles.
- Une enquête portant sur la santé et la qualité de vie de 158 adolescents primo-arrivants issus de classes-passerelles de 3 écoles secondaires bruxelloises a été menée dans le cadre des bilans de santé. En plus des données de la visite médicale, les adolescents ont été interrogés directement par un questionnaire de qualité de vie traduit en différentes langues. Ce questionnaire a permis de recueillir leurs préoccupations de santé et d'évaluer leur état de santé mentale et sociale, donnée qui n'est habituellement pas recherchée lors des bilans de santé organisés par les services PSE. Un nouveau modèle de consultation médicale scolaire a été implanté dans un centre de santé.

La qualité de vie des adolescents a été ré-évaluée après un an.

2. La santé des enfants primo-arrivants (3-12 ans)

2.1. Etude quantitative

2.1.1. Caractéristiques de l'échantillon

	N (%)
Sexe	
- Masculin	65 (56)
- Féminin	52 (44)
Âge	
- 3-6 ans (école maternelle)	48 (41)
- 6-12 ans (école primaire)	69 (59)
Durée de séjour en Belgique	
- 1 à 3 mois	15 (13)
- 4 à 6 mois	31 (26)
- 7 à 12 mois	27 (23)
- 13 à 24 mois	25 (21)
- > 25 mois	19 (16)
Nationalité	
- Marocaine	13 (11)
- Latino-américaine	14 (12)
- Europe de l'Est	33 (28)
- Turque	11 (9)
- Africaine*	32 (27)
- Moyen-Orient	4 (4)
- Non connue	10 (9)
Total	117

* Afrique noire

2.1.2. Données du questionnaire administré aux parents

Avant le bilan de santé scolaire, les services PSE adressent généralement aux parents un questionnaire portant sur la santé de leurs enfants à tous les parents. Ce questionnaire permet de recueillir des données relatives aux antécédents médicaux des enfants, des données socio-démographiques et d'éventuelles préoccupations des parents concernant la santé de leur enfant. Ce questionnaire est administré en français.

Seuls 57 sur 114 de ces questionnaires (50%) ont été remplis par les parents des enfants primo-arrivants. La principale raison de ce faible taux de réponse semble liée au fait que la plupart des parents ne parlent pas du tout le français. Mais les intervenants de santé scolaire (médecin, infirmière) peuvent également observer une réticence de certains parents à remplir le questionnaire alors même que la langue de la famille est le français : c'est le cas par exemple d'un père rwandais présent en Belgique depuis longtemps, qui jugeait les questions posées trop intrusives.

Problèmes de santé des enfants

Un antécédent d'asthme ou d'allergie est signalé dans 5% des cas et un antécédent de maladie ayant nécessité une hospitalisation (opération cardiaque, rénale ou problèmes neuro-moteurs liés à l'accouchement) est signalé dans 4% des cas.

En ce qui concerne les allergies, il est probable que l'habitat insalubre soit souvent en cause (des plaques de moisissures étaient présentes sur les murs dans 5 des 21 habitations visitées dans le cadre de l'étude qualitative menée par entretiens auprès de parents). Bien souvent les familles cherchent à déménager, mais pour certaines familles cette démarche est très difficile. Les problèmes de chauffage sont récurrents pendant l'hiver. Plusieurs familles n'ont pas de chauffage et se contentent d'allumer de temps en temps un chauffage électrique d'appoint. Les enfants peuvent présenter dans ces familles des bronchites chroniques qui font naître les angoisses chez les parents pour la santé de leurs enfants.

Chez les 57 enfant primo-arrivants dont les parents ont rempli le questionnaire, il est signalé pour 30 d'entre eux (53%) au moins un problème de santé, sur un listing reprenant 13 items : maux de tête, maux de ventre, fatigue, problèmes d'alimentation,

vomissements, bronchites répétées, troubles du langage, manque de concentration, cauchemars et troubles du sommeil, énurésie, tristesse, anxiété, agitation.

2.1.3. Données du dossier médical

9% des enfants étaient absents à la visite médicale.

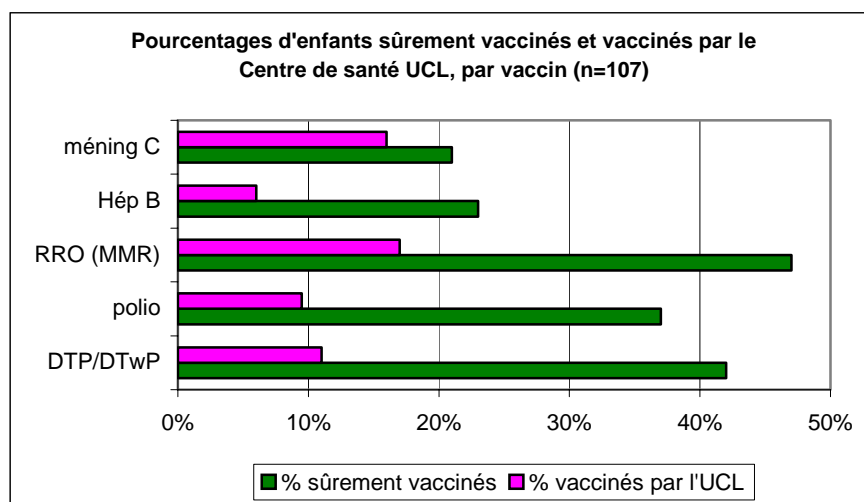
Statut pondéral

83% des enfants ont un indice de masse corporelle normal¹², 13,5% sont en surcharge pondérale et 3,5% sont obèses, selon les bornes internationales fixées par sexe et par âge.

Statut vaccinal

Les programmes de vaccinations varient de pays en pays. Lors des visites médicales, les données de vaccination ont été transmises par les parents dans 47% des cas : soit au moyen du carnet de vaccination, d'une photocopie de celui-ci ou du recopiage des dates. Notons que lorsque les données n'ont pas été transmises, cela ne signifie pas nécessairement que les enfants ne sont pas vaccinés.

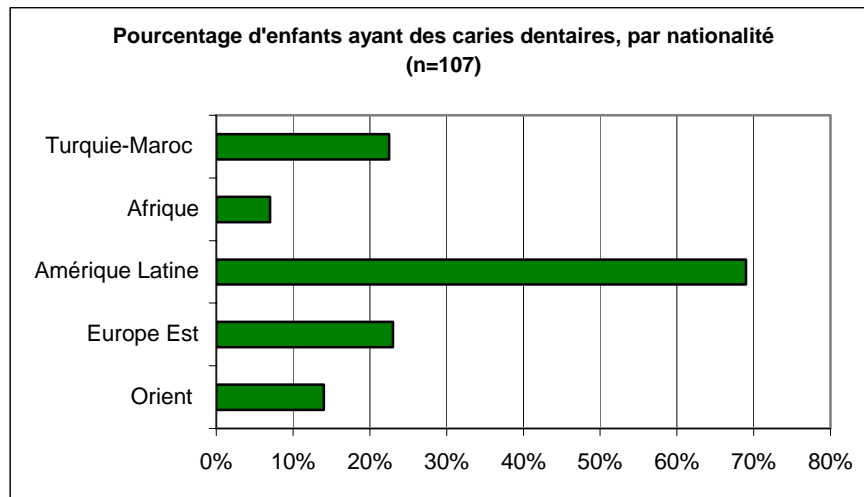
Le graphique suivant présente les pourcentages d'enfants sûrement vaccinés contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTP), contre la poliomyélite, contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO), l'hépatite B et la méningite C, et parmi ceux-là, le pourcentage de vaccins effectués par le service PSE de l'UCL :



¹² Indice de Masse Corporelle ou IMC = Poids/Taille²

Caries dentaires

Les caries, d'après les données du dossier médical, concernent un nombre élevé d'enfants primo-arrivants et le pourcentage augmente avec l'âge. Mais les caries concernent davantage certaines nationalités d'enfants primo-arrivants que d'autres. Le graphique suivant présente la répartition par nationalités :



Il est intéressant de faire la comparaison avec les travaux de De Spiegelaere (De Spiegelaere 1998) au sujet des caries. La prévalence des caries dentaires selon elle est en moyenne de 24% mais elle augmente lorsque le statut social diminue. Le groupe social le plus défavorisé de son échantillon avait une prévalence de 33% (équivalente à celle de notre échantillon de primo-arrivants de 4-6^{ème} primaire), tandis que dans les quartiers aisés, la prévalence était de 9%. Elle signalait également que les enfants immigrés avaient une prévalence plus élevée que les enfants belges (32% versus 11%) et que parmi les enfants immigrés, les enfants originaires du Maghreb présentaient la prévalence la plus élevée (37%) et les enfants d'Afrique Noire la plus faible (15%).

Troubles de la vue et de l'audition

Sur 114 enfants primo-arrivants, il a été dépisté chez 23 d'entre eux (20%) un problème de santé nécessitant la consultation d'un spécialiste. Ces problèmes de santé sont généralement des problèmes de vue (n=17) et d'audition (n=3). Il a d'autre part été dépisté un problème de puberté précoce, un souffle cardiaque et une glande thyroïdienne augmentée. Les problèmes de vue et d'audition sont plus fréquents chez

les enfants primo-arrivants que chez les enfants belges (11,7% de ces derniers présentent soit un problème de vue, soit un problème d'audition).

Lors d'un premier appel téléphonique adressé par l'infirmière scolaire aux parents, à propos des suites données aux recommandations faites par le médecin à l'issue du bilan de santé, seuls 3 enfants sur 17 étaient allés consulter un ophtalmologue. Lors d'un deuxième appel téléphonique, 8 enfants avaient consulté un spécialiste. La langue est un problème important de suivi téléphonique. De plus, les parents ont bien souvent des difficultés financières et/ou de mutuelle pour l'acquisition de lunettes. L'aide médicale urgente ne rembourse pas des lunettes aux enfants illégaux. Enfin, certains parents ont parfois le sentiment que tout a été pris en charge par le service PSE.

Dépistage de la tuberculose

En Communauté française de Belgique, il est prévu que les enfants primo-arrivants de moins de 5 ans bénéficient d'un test cutané de dépistage de la tuberculose au cours de la première année de leur arrivée en Belgique, tandis que les enfants de plus de 5 ans passent une radiographie de thorax dans un centre de dépistage spécialisé.

Dans les classes maternelles, sur 48 enfants seules 16 intradermoréactions à la tuberculine ont été effectuées (33%). Concernant les radiographies de thorax prévues dans un centre spécialisé pour les enfants de plus de 5 ans, 20 enfants des classes primaires sur 69 ont fait une radiographie (28%). Sur l'année scolaire 2003-2004 il y a eu un cas de tuberculose avérée parmi les élèves primo-arrivants. Le taux de dépistage est insuffisant lorsque l'on sait que la prévalence de la tuberculose chez les demandeurs d'asile était 30 fois plus élevée en 2003 que dans la population belge et que durant l'année 2004 deux institutrices ont été contaminées par la tuberculose d'un de leurs élèves.

2.2. Etude qualitative

2.2.1. Caractéristiques de l'échantillon

	N (%)
Motif de migration	
- économique	6 (29)
- réfugiés	11 (52)
- diplomate	1 (5)

- santé	3 (14)
Niveau d'études des parents	
- analphabètes	3 (14)
- primaire	1 (5)
- secondaire	12 (57)
- universitaire	5 (24)
Structure parentale	
- mariés	9 (43)
- divorcés	2 (10)
- mère célibataire/seule	7 (33)
- père célibataire/seul	2 (10)
- grands-parents	1 (5)
Nombre d'enfants au foyer	
- 1	3 (14)
- 2 ou 3	13 (62)
- 4 à 6	5 (24)
Total	21

Dans presque chacune des familles africaines, après les retrouvailles du père avec le reste de sa famille arrivé en 2003, un enfant est né en Belgique. D'autre part 3 mères célibataires sur 4 de l'échantillon ont également eu un bébé depuis l'année passée. Il y a eu en tout 9 nouveaux-nés sur 21 familles pour l'année 2004.

2.2.2. Données recueillies lors des entretiens

Problèmes de santé des enfants

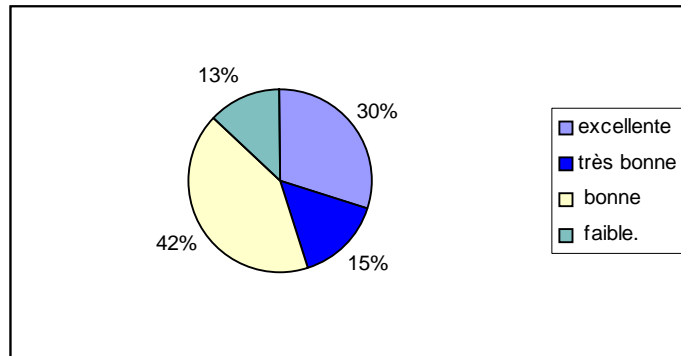
Sur base d'un entretien en face à face avec 21 familles venant de pays en guerre, les problèmes de comportement de l'enfant exprimés par les parents sont présents dans 9 familles (42%) qui sont toutes des familles de réfugiés dont les parents ont vécu la persécution ou la torture.

Certains symptômes, qui peuvent avoir une origine psychosomatique, sont très fréquents dans ces familles : les maux de tête sont les plus fréquents (50%) – et pour

certaines familles, ils atteignent même tous les enfants et adolescents de la fratrie -, ensuite les maux d'estomac (35%), l'hypertension (21%), la dépression (20%).

Perception par les parents de la santé de leur enfant

Lors des entretiens avec les familles, il a été demandé aux parents de qualifier la santé de leur enfant.



En général, les parents ont une bonne ou très bonne représentation de la santé de leurs enfants. Pour la préserver, ils disent « bien alimenter leur enfant » et surtout « bien le couvrir ».

Il est à remarquer, que lorsque les parents répondent en disant que la santé de leur enfant est bonne, il arrive souvent que ces enfants aient tout de même quelques problèmes de santé (maux de tête, fatigue, etc.), mais ces problèmes ne sont pas considérés par les parents comme majeurs. Lorsqu'elle est qualifiée de faible cela correspond à une maladie grave ou chronique chez leur enfant.

Accès aux services de santé

La plupart des 21 familles (70%) ont recours à l'hôpital lors d'un problème de santé. Une proportion moins importante ont un médecin généraliste de famille (55%). 35% des familles ont été chez le dentiste et 35% ont consulté un spécialiste pour un problème de santé familial.

La littérature mentionne comme facteur de difficulté d'accès aux services de santé l'« incongruence culturelle » à laquelle sont confrontés de nombreux immigrants, qui peut les dissuader d'utiliser des services, en particulier ceux qui sont considérés comme superflus (p.ex., les services de dépistage préventif et de santé mentale). Les croyances propres à une culture au sujet de la maladie mentale et des problèmes émotionnels

peuvent entraver l'accès au traitement et influencer négativement sur l'évolution et l'issue de la maladie. La préférence pour la « congruence culturelle », à savoir le recours à des fournisseurs de soins de la même ethnie, et le choix de thérapeutes en médecine parallèle, notamment les chefs religieux et les guérisseurs, sont d'autres déterminants de l'utilisation des services recensés dans les recherches (Acevedo 2000). Nous observons que cela dépend de l'origine des familles primo-arrivantes. Dans notre échantillon composé d'africains et d'orientaux, il n'y avait pas particulièrement le choix d'un médecin de leur culture, la norme étant plutôt le choix de l'hôpital. Les parents polonais par contre mentionnent en général dans les anamnèses un médecin de famille polonais.

3. La santé et la qualité de vie des adolescents primo-arrivants

3.1. Etat de la situation

3.1.1. Littérature sur le sujet

Les études s'intéressant exclusivement à la santé des adolescents récemment immigrés ou « primo-arrivants » sont rares, excepté concernant les réfugiés : selon une étude canadienne, le risque de problèmes de santé mentale est plus élevé chez les adolescents réfugiés (Tousignant, 1999).

Nous avons effectué une recherche documentaire¹³ portant sur la santé des adolescents de « première génération ». Par définition, ces adolescents sont nés dans un pays étranger et ont donc vécu la migration vers un pays plus développé. Les études font généralement une comparaison entre ces adolescents et d'autres groupes de jeunes :

- Les adolescents de première génération présentent un état de santé physique et des comportements de santé généralement meilleurs que les adolescents de deuxième génération (les adolescents nés dans le pays d'accueil de parents nés à l'étranger) : on observe une augmentation transgénérationnelle de modes de vie néfastes, les jeunes de deuxième génération ayant un mode de vie plus

¹³Renard Florence, Doumont Dominique. Immigration et santé des adolescents. Dossier technique UCL, Octobre 2004, téléchargeable sur : <http://www.md.ucl.ac.be/entites/esp/reso/dossiers/Dos30.pdf>

sédentaire (moins d'activité physique, plus d'utilisation de la TV et des jeux), une alimentation moins équilibrée, plus de comportements à risque (consommation d'alcool, de drogues, sexualité) que ceux de première génération.

- Les adolescents de première génération ont une santé mentale tantôt équivalente tantôt moindre que les adolescents de deuxième génération et que les adolescents natifs du pays d'accueil. Mais les recherches sont insuffisantes concernant l'état de santé mentale et leurs résultats semblent parfois contradictoires. De plus, il est rarement tenu compte de la catégorie d'immigrants, qui ne représentent pas un groupe homogène : un processus de « sélection » propre à la migration expliquerait que les immigrants ne sont pas nécessairement représentatifs de la population générale du pays d'origine (Hyman 2001).

Dans l'ensemble, bien que les études longitudinales soient rares, on observe une détérioration de la santé des jeunes de première génération avec la durée de séjour dans le pays d'accueil (Blake 2001), en particulier concernant les dimensions physique et comportementale de la santé. On observe une augmentation des comportements à risque avec la durée de séjour. Par ailleurs il pourrait y avoir une sous-utilisation des services de santé préventifs chez les immigrants récents.

3.1.2. Enquête menée auprès d'adolescents primo-arrivants dans le cadre des bilans de santé

Une enquête a été menée dans le cadre des bilans de santé scolaire de deux centres de santé bruxellois. Cette recherche visait à évaluer la santé et la qualité de vie (QV) d'adolescents primo-arrivants à travers un questionnaire auto-administré traduit dans leur langue maternelle et renforcer la prévention et la promotion de la santé à l'école.

Les élèves primo-arrivants inscrits dans les « classes-passerelles » organisées dans 3 écoles des communes de Schaerbeek et de Saint-Gilles ont été inclus dans l'étude, s'ils

parlaient l'une des 7 langues les plus fréquentes des élèves primo-arrivants de Bruxelles : arabe, turc, polonais, bulgare, espagnol, anglais, français.

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux (données socio-démographiques et biométriques) et d'un questionnaire de santé et de qualité de vie¹⁴ (Siméoni 2001) auto-administré avant le bilan de santé.

3.1.2.1. Caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon était constitué de 158 adolescents de 37 nationalités différentes. L'âge moyen des adolescents était de 15,4 ans [11-18 ans]. La durée moyenne de séjour en Belgique depuis l'arrivée était de 5,8 mois [1-18 mois].

	N (%)
Sexe	
- Masculin	71 (45)
- Féminin	87 (55)
Âge	
- 11-12 ans	3 (2)
- 13-14 ans	52 (33)
- 15-16 ans	69 (44)
- 17-18 ans	34(22)
Durée de séjour en Belgique	
- 1 à 3 mois	35 (23)
- 4 à 6 mois	66 (43)
- 7 à 12 mois	49 (32)
- 12 à 18 mois	3 (2)
Nationalité	
- Marocaine	30 (19)
- Latino-américaine (6 pays)	30 (19) 25 (16)

¹⁴ Le questionnaire VSP-A, « Vécu et Santé Perçue par les Adolescents »

- Polonaise	16 (10)
- Turque	12 (8)
- Bulgare	11 (7)
- Africaine* (6 pays)	34 (21)
- Autres (21 pays)	

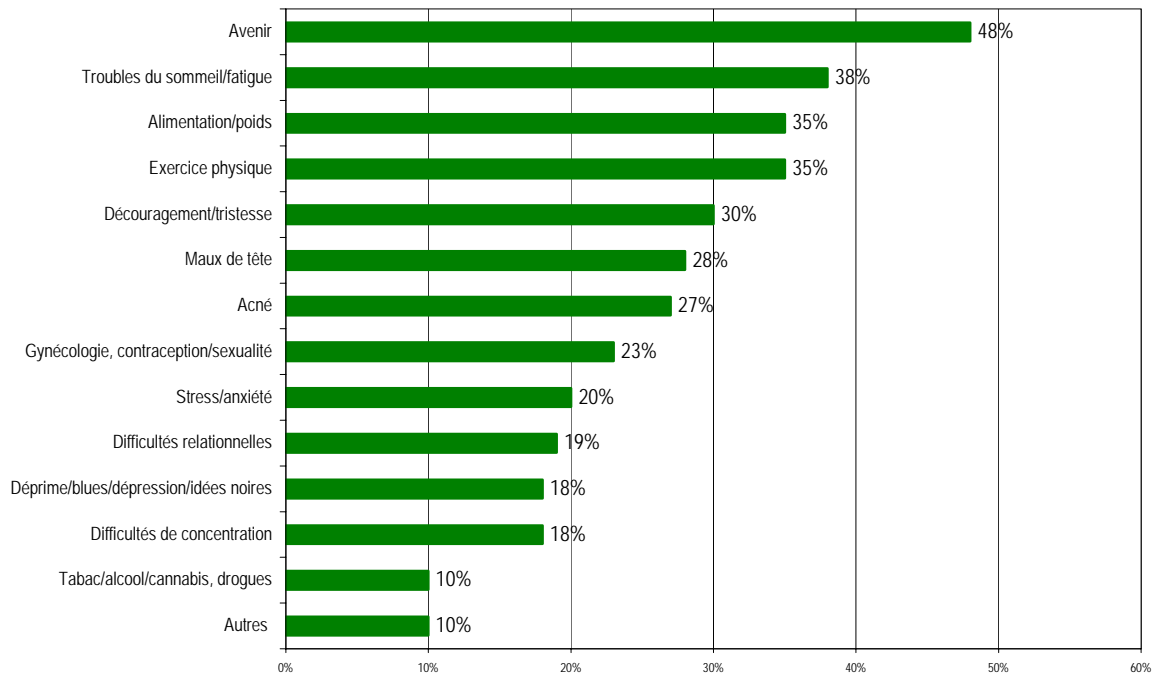
3.1.2.2. Résultats

Sur le plan de l'état de santé physique et des comportements de santé, les adolescents immigrants récents sont en bonne santé comparativement aux adolescents non immigrants :

- la prévalence de surcharge pondérale est semblable aux valeurs obtenues chez les adolescents belges à Bruxelles (De Spiegelaere 1998)
- la prévalence des anomalies visuelles non traitées est inférieure à la prévalence moyenne rencontrée chez les adolescents dans les services de médecine scolaire (12% versus 30%) (De Spiegelaere 1999).
- La perception de la santé est identique à celle des adolescents belges évaluée avec le même instrument (Renard 2004) : 73% des adolescents estimaient avoir une santé « bonne », 24,5% une santé « moyenne » et 2,5% une « mauvaise santé ».
- 10% seulement des adolescents primo-arrivants sont fumeurs quotidiens, contre environ 18% des jeunes de 15 ans dans les pays de l'Union européenne (OMS 2004). 46% déclaraient pratiquer une activité physique régulière.

Les préoccupations de santé des adolescents sont nombreuses. Elles sont de nature physique et/ou psychosociale. Les affects dépressifs sont fréquents. Près de la moitié des jeunes mentionnent l'avenir comme préoccupation de santé.

Préoccupations de santé des adolescents primo-arrivants (n=158)



Sur le plan des ressources médicales et sociales :

- A la question « si tu avais une question ou un problème par rapport à ta santé, connais-tu un médecin à qui tu pourrais parler de manière confidentielle ? », 17% des adolescents ont répondu « oui » et 83% « non ».
- A la question « aujourd'hui, y a-t-il quelqu'un sur qui tu peux vraiment compter (parents, amis, frère, sœur, enseignant, éducateur, PMS, médecin, autre...) ? », 80% des adolescents ont répondu « oui » et 20% « non ». Les personnes ressources les plus fréquemment citées sont les parents ou la fratrie.

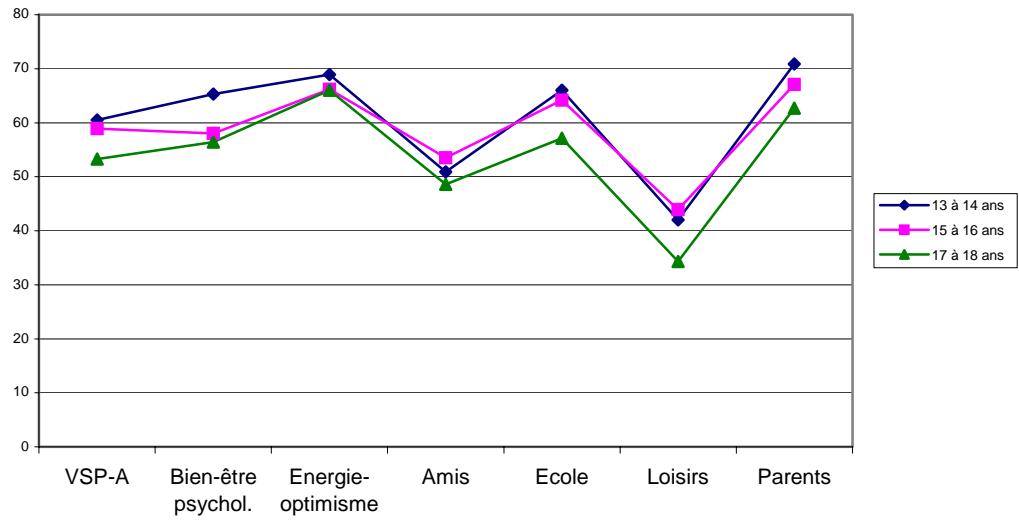
Les scores de QV montrent les résultats suivants (voir les graphiques) :

- Les adolescents plus âgés rapportaient un niveau de mal-être psychologique significativement plus important.
- La QV diminue globalement selon que les adolescents étaient en Belgique depuis moins de 3 mois, entre 3 et 6 mois ou plus de 6 mois.
- L'absence d'une personne-ressource dans l'entourage est associée à des résultats de QV faibles.

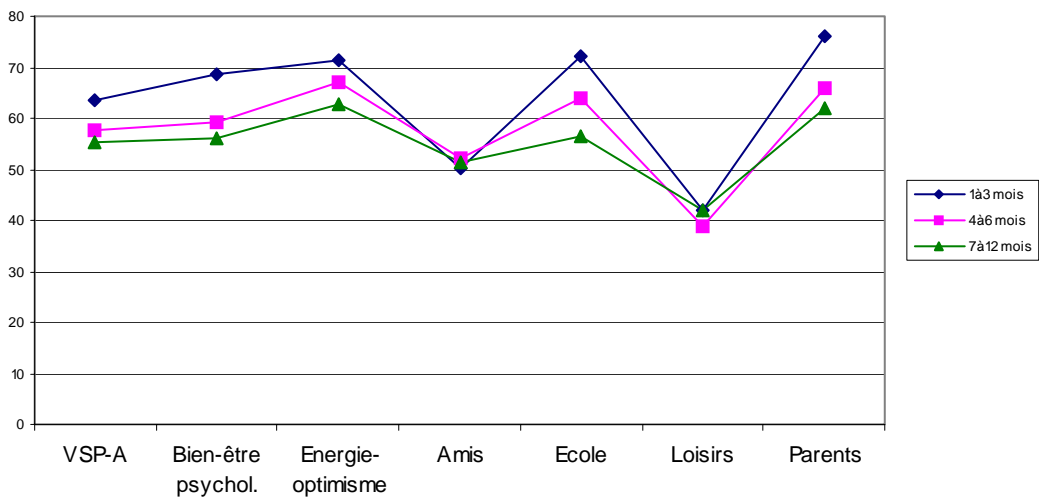
Une comparaison des scores de QV entre les adolescents primo-arrivants et des adolescents belges rencontrés dans le même contexte des bilans de santé (Renard, 2004) montre que :

- les scores sont comparables entre les 2 groupes pour les dimensions « énergie-vitalité » et « école » ;
- les adolescents primo-arrivants présentent de meilleurs scores de qualité de vie concernant les dimensions « bien-être psychologique » et « parents » ;
- ils présentent par contre de moins bons scores concernant les dimensions « amis » et « loisirs » ; le score global de QV est également inférieur chez les adolescents primo-arrivants.

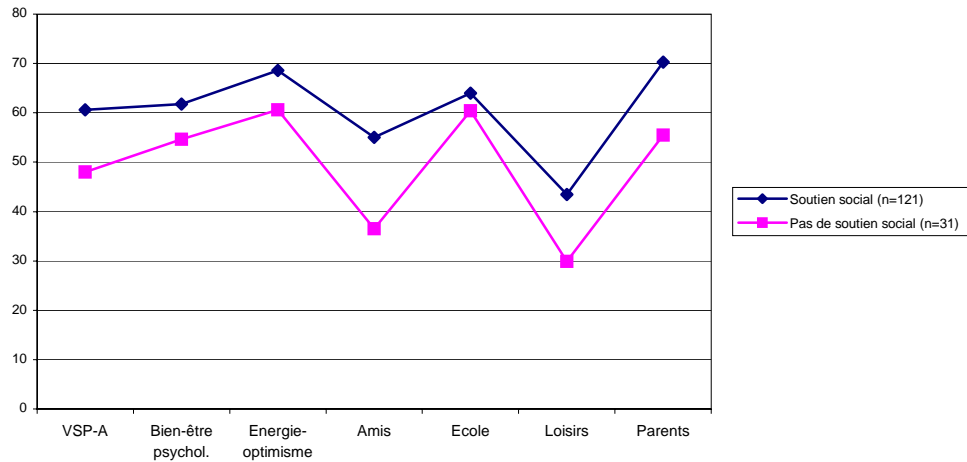
Qualité de vie des adolescents primo-arrivants selon l'âge (n=158)



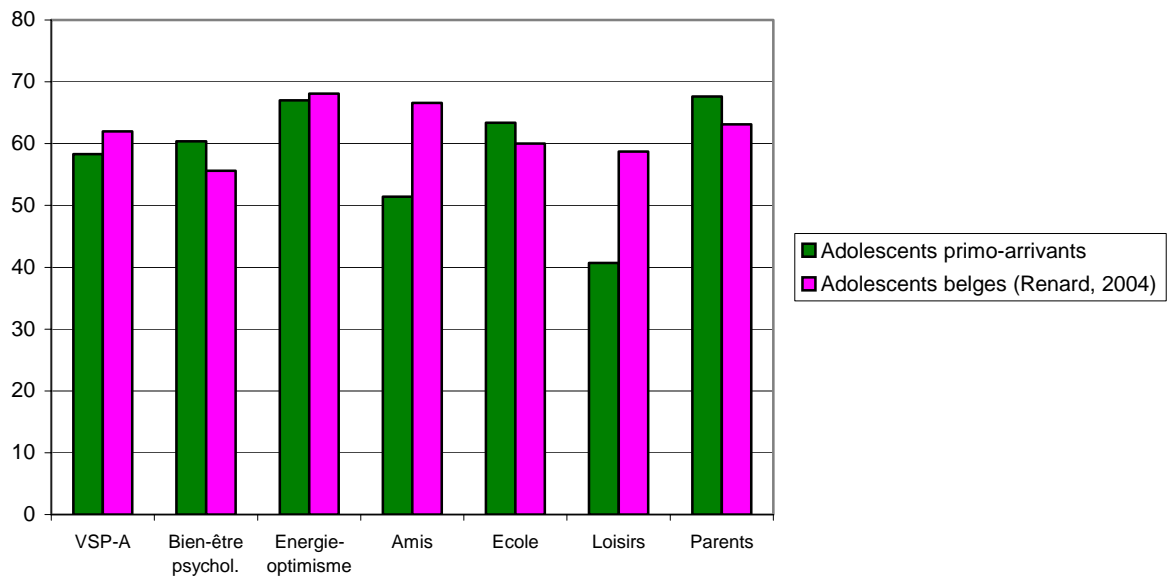
Qualité de vie des adolescents primo-arrivants selon le temps écoulé depuis l'arrivée en Belgique (n=158)



**Qualité de vie des adolescents primo-arrivants selon le soutien social
(existence dans l'entourage de quelqu'un sur qui compter) (n=152)**



**Comparaison de la qualité de vie entre adolescents primo-arrivants (n=158)
et adolescents belges (n=95)**



3.2. Implantation d'un nouveau modèle de consultation médicale scolaire

Les adolescents fréquentant l'un des deux services de médecine scolaire ont bénéficié d'une intervention différente du modèle de la consultation médicale scolaire classique (voir la tableau). Celle-ci consistait en un *bilan de santé adapté* selon les besoins mis en évidence par le questionnaire, incluant un entretien et un examen clinique, suivi d'une *concertation* avec les intervenants psycho-médico-sociaux de l'équipe de médecine scolaire (médecin, infirmière, psychologue, assistant social).

	Intervention classique	Intervention pilote
Modèle de santé	Bio-médical	Bio-psycho-social
Indicateurs	Poids, taille, vue, audition, vaccins, tuberculose	+ santé perçue, comportements, préoccupations, ressources, qualité de vie
Outils	Questionnaire aux parents, en français	+ Questionnaire aux adolescents, traduits
Bilan de santé	Biométrie + examen clinique systématique	Biométrie + entretien + examen clinique orienté
Suivi	Si un problème de santé est dépisté	Chez tous les élèves Concertation avec l'équipe PMS

L'utilisation du questionnaire auto-administré traduit dans la langue maternelle des jeunes a permis d'identifier leurs besoins individuels et leurs préoccupations et de mettre en place un modèle de consultation répondant à ces besoins. En effet le questionnaire sert de guide d'entretien lors du bilan de santé et permet dès lors de concevoir celui-ci autrement qu'un simple dépistage somatique d'anomalies physiques. Ce bilan de santé adapté a permis d'investiguer et de répondre aux préoccupations des adolescents, de les écouter, les informer, de répondre directement à leurs besoins par des informations et des conseils de prévention, ou indirectement en les adressant à la permanence de l'infirmière de l'école ou en les référant à un spécialiste.

Une concertation entre tous les intervenants psycho-médico-sociaux (médecin, infirmière, psychologue, assistant social) a permis l'échange d'informations concernant chaque adolescent (santé et qualité de vie) et la prise de décision conjointe concernant la réponse médicale ou psycho-sociale apportée aux problèmes dépistés.

3.3. Evaluation de la qualité de vie des adolescents primo-arrivants après un an

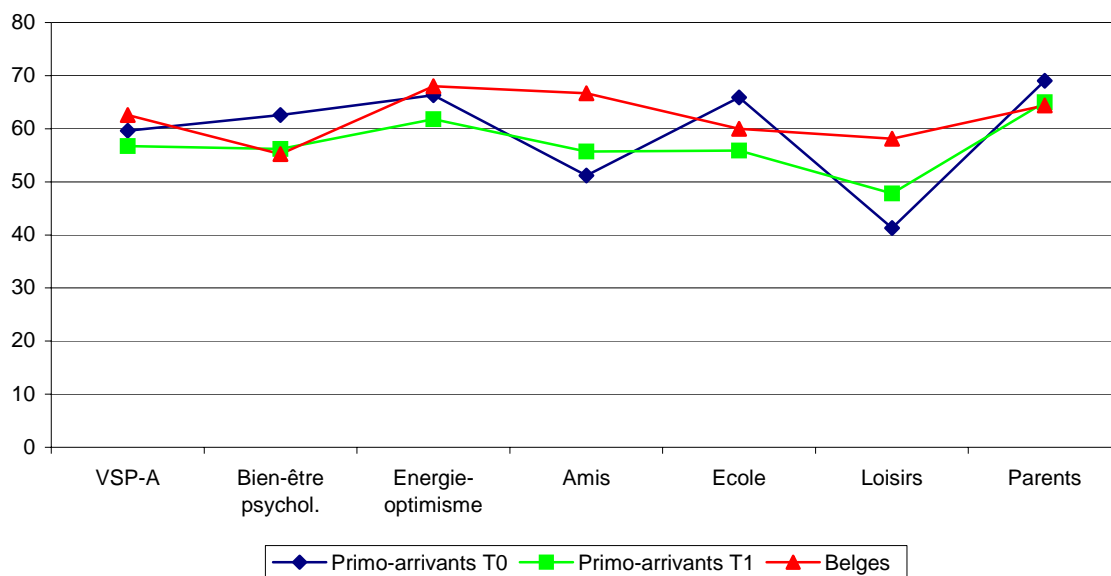
Plus de la moitié des adolescents n'étaient plus présents dans les écoles lors de la deuxième enquête.

La santé perçue des autres adolescents diminue après un an (68% des adolescents se déclarent en « bonne santé » et 32% en moyenne ou mauvaise santé) et la fréquence de certaines préoccupations de santé d'ordre psychique augmente légèrement (davantage de sentiments de déprime, de stress et de troubles de concentration).

La QV des adolescents diminue globalement après un an (voir le graphique) : on observe une diminution significative des dimensions « bien-être psychologique », « énergie-optimisme », « école » et « parents » avec le temps, et une augmentation significative de la dimension « loisirs ».

Si l'on compare aux adolescents belges, on observe que le bien-être psychologique des adolescents immigrés a diminué pour rejoindre des valeurs proches de celles des adolescents belges. Les scores d'énergie et d'optimisme ont également diminué pour se retrouver significativement inférieurs à ceux des adolescents belges. Les scores des dimensions sociales de l'amitié et des loisirs ont augmenté mais restent inférieurs à ceux des adolescents belges. Le score global de QV est devenu significativement moins bon chez les adolescents immigrés après un an que dans le groupe d'adolescents belges de référence.

Comparaison de la qualité de vie entre adolescents primo-arrivants aux T1 et T2 et adolescents belges



4. Conclusions et perspectives préventives

Globalement, les enfants et les adolescents primo-arrivants sont en bonne santé physique. Par contre, chez les adolescents, on observe une dégradation de la qualité de vie avec le temps passé depuis l'arrivée en Belgique.

Tous ces résultats mettent en lumière la nécessité d'une approche préventive spécifique à destination des enfants et des adolescents migrants récents. L'état de santé physique et les comportements de santé doivent être réévalués régulièrement et complétés d'informations relatives à la qualité de vie. Un dispositif préventif doit être mis en œuvre dans les services de santé scolaire. Il s'agit notamment de :

- Repérer précocement les enfants et les jeunes en difficulté ou en souffrance ou présentant un problème de santé physique, grâce à des outils adaptés tels que des questionnaires traduits dans la langue des familles.
- Répondre aux préoccupations de santé identifiées chez les adolescents, individuellement lors du bilan de santé et collectivement lors d'actions de promotion de la santé.
- Renforcer la participation des parents par la traduction des documents et par un contact téléphonique avant ou après le bilan de santé avec les enfants. Les questionnaires de santé destinés aux parents ainsi que les documents expliquant la

nécessité du dépistage de la tuberculose sont maintenant traduits dans les langues les plus fréquentes des familles primo-arrivantes.

- Sensibiliser davantage les infirmières des services PSE à l'importance de s'assurer de la réalisation du dépistage de la tuberculose chez tous les enfants.
- Eduquer les parents et les jeunes à l'utilisation des structures d'aide disponibles (permanences infirmières à l'école, recours au médecin généraliste ou au pédiatre, services de santé mentale).
- Prévenir le mal-être possible à l'adolescence par un accompagnement renforcé lors de l'arrivée dans le pays d'accueil, en particulier chez les jeunes réfugiés et ceux qui n'ont pas de soutien social (notamment les mineurs étrangers non-accompagnés).

Bibliographie

Acevedo M. (2000). *The role of acculturation in explaining ethnic differences in the prenatal health-risk behaviours, mental health, and parenting beliefs of Mexican American and European American at-risk women*. Child Abuse and Neglect, 24, 111-127.

Blake SM, Ledsky R, Goodenow C, O'Donnell L. (2001). *Recency of immigration, substance use, and sexual behaviour among Massachusetts adolescents*. Am J Public Health, 91, 794-798.

De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P. (1999). *Dépistage et prise en charge des troubles visuels chez l'adolescent : impact sur les inégalités sociales*. Santé Publique, 11 ; 1 ; 41-47.

De Spiegelaere M, Dramaix M, Hennart P. (1998). *The influence of socioeconomic status on the incidence and evolution of obesity during early adolescence*. International Journal of Obesity, 22 : 268-74.

Ebin VJ, Sneed CD, Morisky DE, Rotheram-Borus MJ, Magnusson AM, Malotte CK. (2001). *Acculturation and interrelationships between problem and health-promoting behaviours among Latino adolescents*. Journal of Adolescent Health, 28, 62-72.

Gordon-Larsen P, Mullan Harris K, S Ward D, M Popkin B. (2003). *Acculturation and overweight-related behaviors among Hispanic immigrants to the US : the National Longitudinal Study of Adolescent Health*. Social Science and Medicine, 57, 2023-34.

Hyman I. (September 2001). *Immigration and Health. Health Policy Working Paper Series. Working paper 01-05*. Ottawa, ON : Health Canada,. Online at <http://www.hc-sc.gc.ca/iacbd-giac/arad-draa/english/rmdd/wpapers/wpapers1.html>.

Kaplan CP, Napoles-Springer A, Stewart SL, Perez-Stable EJ. (2001). Smoking acquisition among adolescents and young latinas: the role of socioenvironmental and personal factors. *Addictive Behaviours*, 26 ; 531-50.

OMS – Bureau Régional de l'Europe, (2004), Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Barnekow Rasmussen V (eds.). Health Behaviour in School-aged Children (the HBSC 2001/2002 Survey International Report), Copenhagen.

Oppedal B, Roysamb E (2004). Mental health, life stress and social support among young Norwegian adolescents with immigrant and host national background. *Scand J Psychol*, 45, 131-44.

Renard F, Delpire S, Deccache A. (2004). Evaluer la santé des adolescents en médecine scolaire : la qualité de vie comme complément aux indicateurs cliniques.; *Arch Péd* ,11 ; 1438-44.

Simeoni MC, Sapin C, Antoniotti S, Auquier P. (2001). Health-related quality of life reported by French adolescents: a predictive approach of health. *J Adolesc Health*; 28: 288-94.

Virta E, Sam DL, Westin C. (2004). Adolescents with Turkish background in Norway and Sweden : a comparative study of their psychological adaptation. *Scand J Psychol*, 45, 15-25.

Etre parent dans un centre ouvert

Difficultés d'éducation parentale de parents en demande d'asile

Gestion des conflits d'habitudes éducatives et croyances d'efficacité parentale

Directeurs de recherche : Pourtois, J.-P., Desmet, H.

Chercheurs : Demonty, B., Jouret, D.

Université de Mons-Hainaut

Introduction

Pour les sociologues d'orientation clinique, le comportement humain ne serait intelligible qu'à la condition de prendre en compte les déterminations psychiques et sociales qui interagissent au sein de configurations souvent complexes. Etre parent, par exemple, n'est pas un exercice strictement psychologique et les caractéristiques internes du sujet (âge, aptitudes intellectuelles, attitudes éducatives...) ne suffisent pas à expliquer, à elles seules, le style éducatif parental. Le contexte de l'expérience de la parentalité compte tout autant que les données psychologiques. Ainsi le chercheur soucieux de rendre compte de l'éducation dispensée au sein des familles doit-il trianguler les données psychologiques avec des données sociales et écologiques, telles que l'environnement géographique, le réseau social ou la législation en vigueur dans le domaine.

Ces données doivent être considérées dans une perspective historique, perspective très prégnante dans l'exercice de la parentalité en situation migratoire. Les parents migrants ont évolué dans des univers de socialisation différents, valorisant chacun des valeurs et des comportements éducatifs et véhiculant des théories implicites de l'éducation pouvant varier de façon plus ou moins importante. D'une part, ils se réfèrent aux codes culturels incorporés dans leur pays d'origine, résultats de socialisations successives où la famille, la tribu, l'école, la communauté... ont joué un rôle déterminant. D'autre part, ils sont confrontés à des codes de socialisation de nature ou de rôles différents dès leur arrivée dans le pays d'accueil. Des conflits d'habitudes éducatives (Kaufmann, 2001), concernant les besoins affectifs, cognitifs ou sociaux (Pourtois et Desmet, 2004), peuvent résulter de ce passage d'un monde culturel à l'autre. Ces conflits peuvent prendre des significations différentes selon les constructions psychosociales sur lesquelles elles s'étaient et peuvent aussi affecter les croyances d'efficacité parentale des migrants (Bandura, 2003).

L'examen de la littérature scientifique confirme les difficultés liées à cette « double socialisation », dont l'une est plus tardive et l'autre plus précoce. La migration consacre en effet le passage d'un univers culturel à un autre. Les nouveaux cadres de socialisation au sein desquels le migrant va évoluer vont parfois remettre en question le sens et les valeurs du code culturel d'origine. La personne immigrée est alors confrontée à la difficulté d'articuler ces deux codes à un clivage culturel, pour maintenir la **filiation** avec sa culture d'origine et pour assurer **l'affiliation** à la nouvelle société.

Cette notion de clivage est présente dans les travaux de nombreux spécialistes du domaine (notamment Abou, 1986 ; Nathan, 1986 ; Moro, 1994 ; Mesmin, 2001), à un tel point que l'on peut penser que c'est de clivage dont souffre principalement le migrant : « Les migrants sont contraints d'opérer un clivage entre deux référentiels culturels (...) un tel clivage se manifeste sur le plan cognitif par l'impossibilité d'établir des médiations entre deux univers référentiels » (Nathan, 1994, cité par Mesmin, p.45). Pour Moro (1994), d'autres expériences négatives peuvent s'ajouter à la vulnérabilité psychosociale induite par ce clivage culturel, comme « les traumatismes antérieurs au voyage, les difficultés économiques, linguistiques, administratives voire juridiques, l'exclusion sociale et puis toujours, pour mes patients, cette sourde souffrance psychique » (pp.23-24).

La migration est une expérience traumatisante pour l'ensemble de la famille, bien que chaque membre – père, mère, enfants, grands-parents... – puisse vivre ce traumatisme de façon spécifique.

Les conflits d'habitudes nous ont semblé une voie d'entrée intéressante pour analyser ce clivage éducatif. Les attitudes éducatives ainsi que les pratiques de puériculture, de maternage et de transmission varient parfois considérablement d'une culture à l'autre et peuvent posséder des sens différents. Il y a effectivement « mille et une façons d'accoucher, il y a mille et une façons d'accueillir l'enfant, de lui présenter le monde, puis de penser son altérité, parfois même sa souffrance » (Moro, dans Boulard, Duthil et Mestre, 1999, p.9). Ces conflits constitueraient une dimension non négligeable du clivage culturel des parents en exil.

Nous nous sommes aussi penchés sur les variables sociales et écologiques intervenant dans ce processus de conflictualité.

Le texte suivant présente les résultats d'une recherche menée auprès de parents vivant dans un centre ouvert fédéral de la région louviéroise (voir encadré 1). Ces parents reçoivent de l'Etat une aide matérielle et un accompagnement psychosocial de base durant l'examen de la recevabilité de leur demande d'asile. La méthodologie employée est de type anthropologique (voir encadré 2).

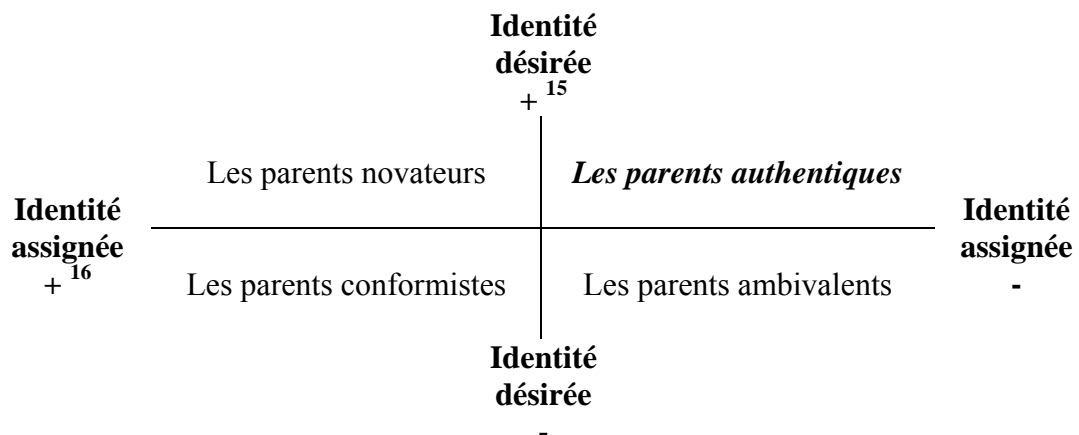
1. Clivage culturel et éducation familiale : le cas des conflits d'habitudes éducatives

Nous nous sommes donc intéressés aux conflits d'habitudes éducatives et aux modes de gestion des conflits mis en place par vingt parents migrants vivant dans un centre d'accueil pour réfugiés. Nous avons construit notre modèle d'analyse à partir d'une théorie conflictuelle de l'identité (Bajoit, 2003).

L'individu construit son identité en gérant les tensions existentielles induites par la difficile conciliation des *identités désirée, assignée et engagée*. **L'identité désirée** renvoie aux projets identitaires du sujet, à savoir ce qu'il désirerait être et faire. Ses engagements identitaires, en d'autres termes ce qu'il fait de sa vie, constituent son **identité engagée**. Enfin, le sujet perçoit des attentes à son égard et cette perception subjective correspond à son **identité assignée**.

En plaçant l'identité désirée et l'identité assignée sur deux axes croisés, nous obtenons quatre types d'identité engagée, correspondant à quatre modes de gestion des conflits d'habitudes éducatives. Le premier axe renvoie donc à la *perception du rapport à l'identité désirée* : il s'agit de voir si les parents considèrent que leurs engagements identitaires sont plus ou moins conformes à leur identité désirée. Le second axe est relatif à la *perception du rapport à l'identité assignée* : les parents perçoivent-ils leurs engagements identitaires comme dictés ou non par les attentes sociales ? La combinaison de ces deux axes permet d'isoler quatre modes de gestion des conflits d'habitudes éducatives en contexte migratoire (tableau 1).

Tableau 1 - Modes de gestion des conflits d'habitudes éducatives



¹⁵ Le signe + renvoie à la perception d'un engagement éducatif proche des désirs de l'individu (inversement pour le signe -).

1.1. Les parents novateurs

Les parents présentant ce mode de gestion parviennent à concilier leurs aspirations parentales (identité désirée), les assignations sociales qu'ils perçoivent à leur égard (identité assignée) et leurs engagements éducatifs (identité engagée). Ils ne sont pas totalement protégés des conflits, mais ils semblent parvenir à les gérer de façon satisfaisante (15% de l'échantillon).

Ces parents, représentés essentiellement par des mères africaines, disent vouloir modifier les habitudes éducatives que le pays d'accueil rejette, comme par exemple les pratiques de punitions corporelles. Une mère, consciente du risque de stigmatisation lié au maintien de ces pratiques dans le centre, affirme être parvenue à substituer cette habitude éducative par une nouvelle, davantage basée sur la communication. On perçoit aussi dans son discours la crainte face à la réaction du personnel du centre et, implicitement, face aux conséquences pénales associées à une plainte éventuelle pour maltraitance : « Moi aussi je prends mes précautions à moi, je ne le tape pas, je ne vais pas commencer à taper chaque fois, comme j'ai appris, ça non. Je lui fais comprendre : si tu fais mal, je tape ». Cette position est présentée de façon synthétique par une autre mère : « Je parle, je tape pas ». Mais il semblerait que ces nouvelles habitudes se soient davantage imposées sur la scène sociale que sur la scène privée. Une des mères avoue qu'elle continuera à « taper » son enfant quand ils seront seuls, quand elle ne risquera pas d'être blâmée publiquement.

Ces mères se disent aussi prêtes à adopter d'autres habitudes, comme transporter leur bébé dans une poussette plutôt que sur le dos ou leur donner à manger des petits pots tout préparés au lieu du « fofou », sorte de pâte de semoule. A côté de ces « compromissions », elles conservent des attaches culturelles importantes. Par exemple, elles affirment vouloir apprendre à leur enfant leur langue maternelle, refusant d'employer uniquement le français que la plupart maîtrisent bien : « Moi franchement, chez moi, à la maison, je parle malgache, mais en dehors, automatiquement, il [son enfant] parle [français]. Parce que je ne veux pas qu'il oublie notre langue ».

¹⁶ Le signe + renvoie à la perception d'un engagement éducatif proche des assignations sociales perçues par l'individu (inversement pour le signe -).

Créer ces liens entre les univers culturels n'est pas aisé et toutes ces mères disent éprouver des difficultés à réaliser des médiations transculturelles. Mais elles ont confiance en l'avenir et en leurs capacités éducatives.

Ces parents cherchent d'un côté à se soumettre aux assignations identitaires et de l'autre à garder les spécificités de leur culture auxquelles ils tiennent le plus (*conformisme*). Mais ils font également preuve d'*opportunisme*¹⁷, en ce sens qu'ils choisissent dans les différents univers culturels ce qui leur semble le mieux adapté aux différents moments et contextes de vie. Ils sont aussi *créatifs* dans la mesure où ils participent à la création d'un troisième code culturel, par la médiation entre le code de leur pays d'origine et celui du pays d'accueil.

Ces parents sont dits novateurs (Moro, 1999) puisqu'ils essaient d'inventer un troisième code culturel, en réalisant des médiations entre celui de leur pays d'origine et celui du pays d'accueil. Le *conformisme*, l'*opportunisme* et la *créativité* semblent donc organiser ce premier mode de gestion des conflits d'habitudes éducatives.

1.2. Les parents authentiques

Les parents authentiques privilégient l'identité désirée au détriment de l'identité assignée : ils désirent avant tout reproduire les habitudes de leur pays d'origine, en dépit des différences éducatives perçues.

Cette catégorie est composée de parents russes, vivant tous en couple et qui ont émigré avec tous leurs enfants. Elle représente 40% de l'échantillon.

Ces parents reconnaissent l'existence d'habitudes éducatives différentes entre leur pays d'origine et le pays d'accueil, ils ne les nient pas, mais ils expriment le désir d'éduquer selon les habitudes incorporées dans leur pays : « On essaie toujours d'éduquer notre enfant en gardant notre coutume, pour aller loin dans notre coutume ». Ils privilégient la reproduction au détriment de la production : « On va essayer de donner l'éducation qu'on a reçue nous-mêmes ».

¹⁷ Sans jugement moral. Le terme est de Camilleri (1997).

Deux raisons principales sont avancées pour justifier leur choix : la religion¹⁸ et les conditions de vie dans leur pays.

La religion est un guide éducatif puissant : « Dans n'importe quel pays, je vais éduquer mes enfants dans notre coutume, dans notre coutume de notre religion de musulmans et que n'importe où on sera, ça ne nous dérangera pas d'éduquer les enfants comme on le veut, surtout les filles, parce qu'il y a plus de sévérité avec les filles, parce que dans notre religion, les filles c'est toujours plus attention que les garçons ». Les croyances religieuses possèdent un pouvoir de structuration sociale et d'assignation des rôles sociaux auxquels les parents sont attachés.

L'autre raison évoquée par les parents est la rigueur de leurs conditions de vie antérieures. Les privations, la pauvreté et souvent la guerre auraient imposé des habitudes éducatives relativement strictes, nécessaires pour survivre. A côté de l'histoire culturelle et religieuse, l'histoire personnelle et familiale jouerait aussi un rôle déterminant.

C'est donc par une forme de clivage que ces parents gèrent les conflits d'habitudes. Leur engagement leur apporte un sentiment d'accomplissement personnel (congruence avec l'identité désirée), mais il risque de ne pas être reconnu par la société d'accueil, dans la mesure où les parents accordent peu d'importance à l'identité assignée (dénî de reconnaissance sociale).

Ces parents sont *authentiques*, car leur identité désirée prime sur l'identité assignée. Ils cherchent avant tout à se conformer à l'idée qu'ils se font de ce qu'est la « bonne éducation ». Ils sont aussi *conservateurs*, se plaçant davantage dans une logique de reproduction que d'innovation.

¹⁸ Trois religions sont présentes dans l'échantillon : catholique, musulmane et orthodoxe.

1.3. Les parents conformistes

Ces parents cherchent à concilier leur identité engagée et leur identité assignée. Ils veulent se conformer aux habitudes éducatives du pays d'accueil, dans l'espoir que cette « adaptation » facilitera leur inscription dans la nouvelle société. Mus par cette volonté d'intégration, ils en arrivent à abandonner un ensemble d'habitudes éducatives de leur pays d'origine. Leur engagement leur assure de la reconnaissance sociale (congruence avec l'identité assignée), mais il peut générer un sentiment de dissonance existentielle, résultat de l'écart entre ce qu'ils font (identité engagée) et ce qu'ils auraient voulu faire (identité désirée).

Cette catégorie est constituée uniquement de mères d'origine congolaise. Elle représente 10% de l'échantillon.

Pour ces mères, l'intégration, l'acceptation par le pays d'accueil passe par la perte de leur cadre culturel d'origine et l'intériorisation des habitudes éducatives du pays d'accueil. Elles ressentent le désir, voire le besoin d'éduquer leur enfant « à la belge ». Plus qu'un choix, ce deuil culturel est vécu presque comme une injonction : « Je l'élève à la belge (...), mais ici je suis obligée de le faire, parce que je n'ai pas le choix ». Ces mères se soumettent donc à une forme de pression interne, leur faisant voir ces changements comme obligatoires. Cette pression montre la force de coercition que peut exercer l'identité assignée sur un individu.

Ces changements, perçus comme nécessaires pour « s'adapter au rythme d'ici », remettent en question leur sentiment d'efficacité parentale, leur croyance en leurs capacités à être de « bonnes » mères.

Que signifie pour elles l'expression « éduquer à la belge », qui revient souvent dans leurs discours ? Il s'agit en fait d'une succession de renoncements, d'abandons d'habitudes éducatives, relatives notamment au portage du bébé, à l'habillement, aux pratiques de soin ou à l'alimentation. Ces habitudes seront remplacées par d'autres, dictées par le pays d'accueil, que les mères tentent d'intérioriser, parfois péniblement.

Dans certains cas, ces changements d'habitudes semblent moins problématiques. L'intégration n'est plus alors seulement considérée en termes de pertes, de deuils, de

renoncements, mais aussi en termes de gains, d'avantages (meilleure hygiène, tremplin pour la réussite sociale future de l'enfant, etc.).

Ce troisième mode de gestion des conflits repose sur deux des trois principes de sens caractérisant les parents novateurs : le *conformisme* et l'*opportunisme*. Ces parents semblent néanmoins moins « créatifs », se soumettant davantage aux nouvelles habitudes éducatives, qu'ils perçoivent comme imposées, pour mieux s'intégrer. Ils font donc preuve de *soumission* à l'égard des assignations sociales.

Le *conformisme*, l'*opportunisme* et la *soumission* guident donc les parents conformistes.

1.4. Les parents ambivalents

Les parents ambivalents sont, plus que les autres, marqués par la souffrance intime et sociale. Ils ont construit leur parentalité dans le pays d'accueil sur un clivage culturel inhibant. Confrontés à deux univers culturels qu'ils ne parviennent pas à relier, les parents ressentent un profond malaise, quels que soient les actes qu'ils posent, quels que soient les engagements qu'ils prennent. L'agir est conflictuel, lourd, pesant.

Cet engagement provient de la conciliation apparemment presque impossible entre l'identité engagée et l'identité désirée, d'une part, et entre l'identité engagée et l'identité assignée, d'autre part.

Plus d'un tiers des parents de notre échantillon appartiennent à cette catégorie (35%). Il s'agit de parents africains, pères ou mères. Tous les pères africains de l'échantillon se retrouvent dans cette classification.

La majorité de ces parents sont placés dans une inhibition partielle de la capacité d'agir au niveau éducatif. En d'autres termes, ils ne savent pas comment faire : alors ils ne font « rien ». Si, par exemple, leur enfant a des difficultés scolaires ou entre en conflit avec le personnel du centre ou d'autres résidents, ils n'interviennent pas. Pas par démission, mais par impuissance.

Ces parents sont aux prises avec une réflexivité débridée qui rend l'agir difficile : ils estiment devoir modifier certaines de leurs habitudes éducatives pour s'intégrer, mais ignorent lesquelles exactement et craignent que leur enfant ne devienne pas celui qu'ils

attendaient et espéraient. Leurs engagements sont divisés entre leur identité désirée et leur identité assignée.

Certains parents oscillent entre la résignation et la révolte.

Résignation, voire impuissance, d'une part, face à la force des assignations sociales : « (...) on se dit : on n'a pas le choix, il faut s'y faire, mais... ».

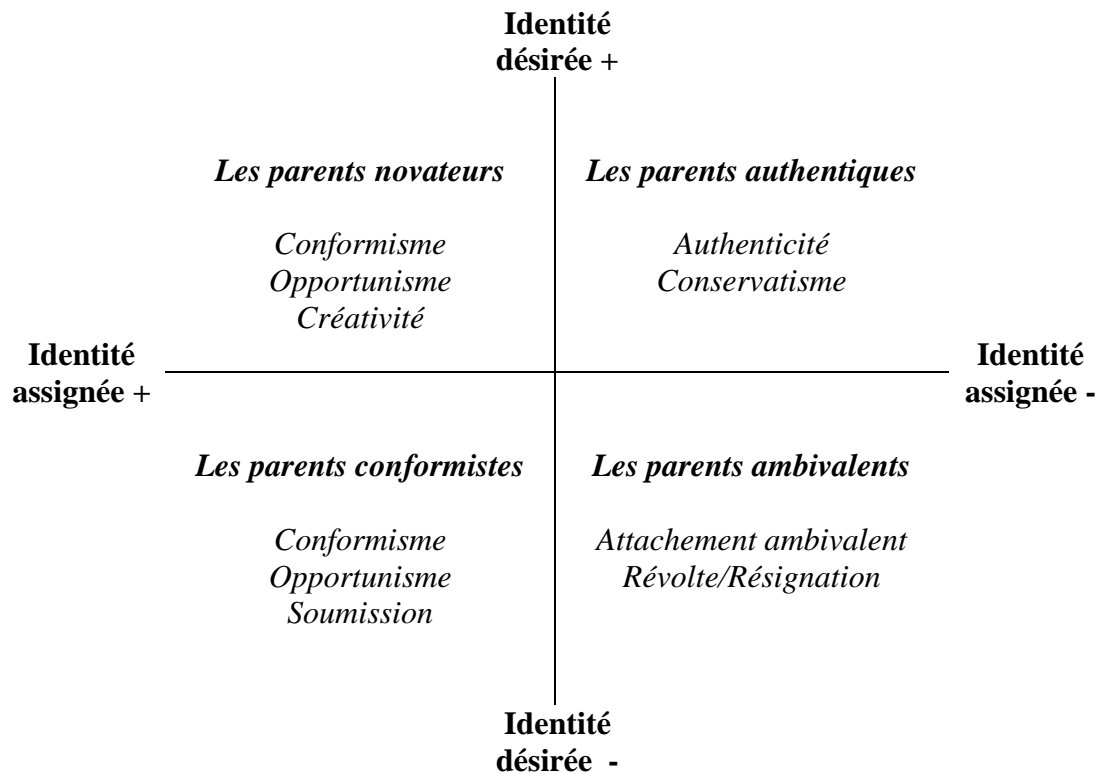
Révolte, d'autre part, contre les professionnels du centre, qui leur dictent leur conduite, les félicitent ou les renforcent négativement. Une mère camerounaise, par exemple, estime qu'elle n'est « pas libre de faire ce qu'elle veut » ou « qu'on ne lui laisse pas faire ce qu'elle veut ». Cette absence de liberté éducative serait même, pour elle, à l'origine des difficultés relationnelles avec sa fille. Elle pense que leur départ du centre permettrait de résoudre ces problèmes, comme si elle pensait que le poids de l'identité assignée serait moins fort à l'extérieur de cette structure, où elle a l'impression d'avoir « encore sa mère derrière elle ».

D'autres parents formulent de nombreuses critiques envers les habitudes éducatives du pays d'accueil et de leur pays d'origine, comme ce père nigérien qui estime que les parents africains n'éduquent pas vraiment bien leurs enfants, mais que les parents « d'ici » ne sont pas meilleurs éducateurs. Ni l'éducation « africaine » ni l'éducation « belge » ne seraient efficaces et lui-même doute fortement de ses capacités à être un bon père. Pourtant, il valorise les deux cultures, survalorisant même certains aspects. L'attachement ambivalent à l'égard des différents codes culturels est induit par la multiplicité des repères éducatifs, parfois contradictoires.

Ce quatrième et dernier mode de gestion des conflits d'habitudes éducatives, marqué plus que les autres par le malaise et la souffrance, semble construit autour de trois principes de sens : *l'attachement ambivalent*, *la révolte* et *la résignation*. Le parent peut tantôt *se révolter* contre les assignations sociales qu'il perçoit, tantôt exprimer de la *résignation* face à la force de celles-ci. De plus, *l'attachement ambivalent* qu'il éprouve envers ses deux univers culturels de socialisation peut l'amener à critiquer les habitudes éducatives nouvelles et anciennes, perdant ainsi tout repère.

Le tableau 2 reprend les quatre modes de gestion des conflits d'habitudes et les principes de sens qui y sont liés.

Tableau 2 - Modes de gestion des conflits d'habitudes éducatives et principes de sens



L'analyse des éléments que nous venons d'exposer et leur croisement avec d'autres données sociodémographiques suscitent plusieurs commentaires, parmi lesquels nous retiendrons les suivants :

- nous pouvons constater que *tous les parents russes, et eux seuls, se retrouvent dans une seule catégorie : les parents authentiques* (parents privilégiant leurs habitudes éducatives anciennes aux nouvelles). Ceci pourrait s'expliquer par le fait que tous les parents russes ont migré en couple et sans laisser d'enfants au pays, ce qui n'a jamais été le cas des parents africains que nous avons rencontrés. Etre en couple pourrait donc favoriser le maintien des repères culturels, par renforcement mutuel des conjoints ;
- *les parents africains se répartissent inégalement dans les trois autres modes, la majorité présentant un engagement de type ambivalent ;*
- *les mères considérant que leur intégration passe par l'abandon de leurs habitudes éducatives anciennes (parents conformistes) ont accouché en Belgique, même si elles ont eu aussi des enfants dans leur pays d'origine ;*

- *tous ces modes de gestion sont fondés sur la notion de clivage. Il conviendrait cependant de distinguer les modes pour lesquels le clivage est opérant, c'est-à-dire où il permet une adaptation à la réalité, de ceux pour lesquels le clivage est trop rigide et entrave le fonctionnement du sujet. Le clivage semble opérer pour les trois premiers modes de gestion (les parents novateurs, authentiques et conformistes), alors que l'engagement ambivalent semble plus problématique, en ce sens que le clivage entrave la dynamique adaptative.*

2. Croyances d'efficacité parentale

La mesure¹⁹ des croyances d'efficacité des parents met en évidence six éléments importants :

- *55% des parents de l'échantillon possèdent de fortes croyances d'efficacité ;*
- *tous les parents russes possèdent de fortes croyances d'efficacité, alors que seul un quart des parents africains se sentent efficaces en matière d'éducation ;*
- *les parents éduquant leur(s) enfant(s) avec leur conjoint ont de plus fortes croyances d'efficacité que les parents isolés ;*
- *la moitié des mères et les deux tiers des pères possèdent de fortes croyances d'efficacité ;*
- *les parents « efficaces » ont généralement émigré avec tous leurs enfants ;*
- *la durée moyenne de séjour en Belgique est faiblement associée aux croyances d'efficacité (11 mois pour les parents « efficaces » contre 10 mois et demi pour les autres).*

¹⁹ Les croyances d'efficacité parentales ont été mesurées par la triangulation de différentes sources d'informations. Pour plus de renseignements, voir le rapport UniSol – UMH ainsi que l'encadré 2 (méthodologie de recherche)

Si nous confrontons les modes de gestion des conflits d'habitudes aux croyances d'efficacité parentale, nous constatons que les parents possédant de fortes croyances d'efficacité se répartissent inégalement dans trois des quatre modes de gestion des conflits que nous avons mis en évidence. Les parents conformistes et authentiques possèdent tous de *fortes croyances d'efficacité*. Le groupe de parents novateurs est plus hétérogène et les parents ambivalents présentent tous de faibles croyances d'efficacité.

Nous constatons aussi l'importance du couple conjugal, à la fois pour la force des croyances d'efficacité parentale et pour le maintien d'une filiation culturelle.

Conclusion : examen de la vulnérabilité et recommandations pour l'action sociale

Toutes ces données mettent en évidence au moins trois grands axes de vulnérabilité pour les parents migrants : la *désaffiliation*, *l'indisponibilité cognitive* et la *disqualification sociale*²⁰.

La désaffiliation renvoie à la notion de *déliance*, qui rend compte notamment des difficultés d'attachement intrafamilial liées au clivage et de la labilité du réseau social des parents.

L'indisponibilité cognitive est associée à une *pénibilité de l'agir éducatif*, résultat conjoint d'une sous-stimulation, d'un sentiment d'impuissance et d'inefficacité parentale et de renforcements négatifs adressés par l'environnement.

L'attribution d'une identité négative au parent migrant, son exclusion, la force coercitive des assignations statutaires et la perte de repères culturels peuvent mener à la *disqualification* et à la *déconsidération sociales*.

Nous pensons que les neuf recommandations suivantes peuvent renforcer les parents « efficaces » dans leurs compétences parentales et aider les parents en difficulté à entrer dans un mode de gestion des conflits d'habitudes éducatives pouvant atténuer la souffrance qu'ils vivent.

1) *Faire des questions éducatives une mission prioritaire de l'accueil des demandeurs d'asile.* Les intervenants sociaux travaillant avec la population de demandeurs d'asile doivent être sensibilisés aux notions de conflits d'habitudes éducatives et de gestion des conflits ainsi qu'à celle de sentiment d'efficacité parentale. Ils doivent être formés aux problématiques liées à la parentalité interculturelle et à la mise en place d'une action sociale spécifique dans ce domaine.

2) *Favoriser le bien-être affectif des parents et de leurs enfants,* en restaurant les liens sociaux entre parents, entre parents et enfants, entre pairs et avec les autres communautés ; en créant un espace encourageant, compréhensif et dynamique pour le parent et l'enfant et en invitant les personnes à concevoir un projet, basé sur leurs intérêts, leurs besoins, leurs compétences et leurs savoirs d'expérience.

3) *Lutter contre l'indisponibilité cognitive* en stimulant les demandeurs d'asile à la réalisation personnelle de leurs problématiques par la médiation et en encourageant la médiation par les pairs ; en aménageant un environnement favorisant la création, l'expérimentation de nouvelles habitudes éducatives sans crainte de jugement et en renforçant positivement les actions réussies des individus, favorisant ainsi la réapparition de ces comportements et revalorisant leur image d'eux-mêmes.

4) *Favoriser la reliance* en instaurant une relation respectueuse ; en considérant les parents comme partenaires à part entière de l'éducation au sein de tous les systèmes (centre, école, etc.) ; en évitant les jugements stigmatisants, même s'ils sont portés dans une finalité de conscientisation ou de changement et en permettant aux parents de contribuer à la prise de décisions les concernant et concernant leurs enfants.

5) *Considérer que la bienveillance est multiple,* qu'il n'y a pas qu'une seule façon de « bien » éduquer son enfant. Les résultats de notre étude ont pu mettre en évidence trois logiques familiales (parents novateurs, authentiques et conformistes) susceptibles de favoriser le développement de l'enfant. La voie vers la bienveillance n'est donc pas unique.

²⁰ Par opposition, ces axes de vulnérabilité constituent aussi des indicateurs de protection, que nous retrouvons chez certains parents de l'échantillon.

6) *Modifier les pratiques éducatives parentales inadaptées plutôt que les supprimer.* Supprimer brutalement les pratiques qui ne sont pas acceptées par la société d'accueil peut être nuisible au parent et à l'enfant, les dépossédant tous deux de leurs repères habituels.

7) *Créer des espaces de parole pour parents.* Les parents considèrent souvent l'isolement social comme le seul moyen d'éviter les problèmes avec les autres résidents du centre. Cet isolement doit être d'autant plus déstabilisant que le parent a l'habitude de s'appuyer sur un large réseau social dans l'éducation de ses enfants.

8) *Eviter les jugements moraux et l'attribution d'une identité négative aux parents.* Il semble, par exemple, indispensable de considérer le parent, même s'il est fort fragilisé par la situation, comme le premier éducateur de ses enfants et le partenaire privilégié de l'institution scolaire. Il arrive parfois que les intervenants du centre, soucieux de protéger le parent d'inquiétudes supplémentaires, gèrent les problèmes éducatifs et scolaires sans avertir celui-ci. Il se sent alors disqualifié et est renforcé dans son sentiment d'être un parent indigne. Une telle mise à l'écart, au lieu de protéger, fragilise davantage le parent.

9) *Concevoir des attentes positives à l'égard des demandeurs d'asile.* Les migrants possèdent des savoirs d'expérience, des ressources, des potentialités qui peuvent être utiles à la communauté.

Certaines de ces recommandations nécessitent, nous en sommes conscients, des moyens supplémentaires que les structures d'accueil peuvent difficilement obtenir. Dans l'état actuel des choses, seul le travail en **réseau** pourrait permettre de transformer ces recommandations en actions concrètes.

Ce travail en réseau existe. Des professionnels collaborent étroitement entre eux, afin d'assurer un travail de qualité. Cependant, les moyens, le temps, et surtout une grille de lecture commune de la réalité des primo-arrivants font souvent défaut à ces acteurs du quotidien.

Nous proposons dans l'encadré 3 une telle grille de lecture. Construite grâce à la participation active des parents et d'autres adultes vivant dans un centre ouvert, cette grille reprend un panel assez large des dimensions de la vie quotidienne²¹. Elle permettra de répondre, en tout ou en partie, aux neuf recommandations précédemment citées.

Une première expérience de travail en réseau a eu lieu fin 2004 à Bruxelles. Les équipes de l'ULB et de l'UMH ont ainsi collaboré activement afin de proposer à des intervenants sociaux – travaillant précisément avec la population primo-arrivante – d'utiliser cette grille permettant, nous le pensons, de soutenir le travail de réseau²².

Une rencontre avec des travailleurs médico-sociaux de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) a été également organisée, afin de leur présenter cette grille. Ces deux rencontres permettent d'assurer une validité de signifiante à la grille.

En effet, tout professionnel peut utiliser aisément cette grille afin d'identifier les fragilités et les ressources des personnes primo-arrivantes. Quelles sont les dimensions du quotidien qui satisfont la personne et sa famille ? Quelles sont celles qui, au contraire, semblent poser problème ? Identifier les forces et les faiblesses d'une personne ou d'une famille permet alors au professionnel d'ajuster son action à cette réalité particulière qu'est la migration.

C'est en considérant l'être humain – le parent, l'enfant, le jeune adulte – dans sa complexité, en respectant son altérité et en valorisant ce qu'il a de plus riche, que l'action sociale permettra à chacun de trouver sa place au sein d'une société qui se diversifie, qui se complexifie, mais qui, parfois, a bien du mal à aller vers ce qui est différent ou ce qui est méconnu.

²¹ Nous renvoyons le lecteur intéressé au chapitre intitulé « Le vécu migratoire des familles ».

²² De plus amples informations sur cette réunion sont disponibles dans la question « Travailler ensemble ».

Les parents demandeurs d'asile peuvent devenir, pour peu qu'on leur en laisse le temps et l'opportunité, des ressources essentielles pour cette société prônant la démocratie et l'ouverture à l'autre. Forts de l'expérience qu'ils ont vécue – qu'ils vivent toujours – d'adaptation, de changement face aux conflits perçus, les parents migrants pourraient bien être des passeurs de savoirs, des passeurs de culture : une culture du développement et de l'épanouissement individuel, familial, communautaire et institutionnel.

Encadré 1 : Echantillon de recherche

Les personnes primo-arrivantes peuvent s'inscrire de diverses façons dans la société d'accueil : demande d'asile, regroupement familial, études, séjours irréguliers, etc. Le présent chapitre traite essentiellement la problématique des primo-arrivants ayant introduit une demande d'asile et "dispatchés", le temps de la première phase de la procédure²³, dans un centre ouvert fédéral.

L'équipe de Mons a rencontré tous les parents résidant dans le centre ouvert fédéral de Morlanwelz.

Etre parents ne signifie pas toujours avoir migré avec ses enfants. Aussi, deux catégories de parents composent l'échantillon :

- les parents qui ont migré avec au moins un enfant. Ces parents se subdivisent encore en deux catégories : ceux qui ont migré avec leur conjoint et ceux qui sont arrivés seuls en Belgique. Certaines mères étaient enceintes ;
- les parents dont les enfants sont restés au pays d'origine. Ces derniers ne sont pas supposés vivre des conflits d'habitudes éducatives, puisqu'ils ne doivent pas activer leur rôle éducatif. Cependant, inclure ces parents dans l'échantillon paraît pertinent dans la mesure où ces derniers évoquent le souhait de faire venir leur(s) enfant(s) en Belgique. Ils pourront donc à ce moment être confrontés à ces conflits d'habitudes éducatives. Discuter avec eux des problèmes qui pourraient surgir est donc envisagé dans une perspective préventive.

Les parents sont originaires d'Afrique (...) ou de Russie²⁴ (...). Les parents africains représentent 60% de l'échantillon. Tous sont isolés²⁵. 83% d'entre eux sont des femmes, contre 17% d'hommes.

Les parents russes (40%) vivent tous en couple.

²³ Examen de la recevabilité de la demande d'asile par l'Office des Etrangers.

²⁴ Nous reprenons ici la nationalité énoncée sur les documents administratifs.

²⁵ Il s'agit ici de la dénomination des personnes ayant migré seules. La personne peut évidemment être mariée au pays d'origine.

Encadré 2 : Méthodologie de recherche

La méthodologie employée est de type anthropologique. Cette démarche nous semble pertinente car, comme le souligne Olivier de Sardan (1995), l'anthropologie tente de produire des connaissances contextualisées et de rendre compte du point de vue des acteurs par une interaction prolongée entre le chercheur, les personnes et les situations naturelles vécues par celles-ci.

Quatre méthodes de recueil de données ont été utilisées : l'entretien, l'observation participante, les procédés de recension et les sources écrites.

Les entretiens sont la principale source d'information du présent chapitre. Ils ont été menés de manière semi-directive, dans le souci constant d'aborder la thématique générale des conflits d'habitudes éducatives, sans négliger les éléments nouveaux apportés par les parents (contexte de vie, interactions avec le milieu, etc.).

L'observation participante permet, selon les anthropologues, de découvrir la culture de communautés qui sont largement inconnues. Copans (1999) précise que l'appellation d'observation "participante" est liée à la participation du chercheur à la vie socio-culturelle des "observés". Le chercheur se frotte à la réalité qu'il observe, afin de s'imprégner de ses spécificités. Ainsi, pendant plus d'un an et demi, les chercheurs-acteurs ont passé des journées entières au centre, participant au quotidien des demandeurs d'asile (repas, loisirs, activités, etc.). L'ensemble des observations est collecté dans un journal de terrain : sentiments du chercheur, ressentis, mais aussi comptes-rendus descriptifs des lieux, des situations, des événements.

Les procédés de recension (comptages, inventaires, plans) sont des données que produit le chercheur afin de compléter les informations obtenues par l'observation et l'entretien. De même, les sources écrites (documents administratifs, listings, etc.) fournies par le centre ouvert fédéral ont permis d'obtenir des informations d'ordre administratif.

Le sentiment d'efficacité parentale a été mesuré par la triangulation de différentes sources d'informations. La triangulation des sources permet d'accroître la crédibilité des observations.

Nous avons donc croisé trois sources d'informations afin de classer les parents de l'échantillon en deux catégories : les parents possédant un fort sentiment d'efficacité parentale et ceux possédant un faible sentiment d'efficacité parentale.

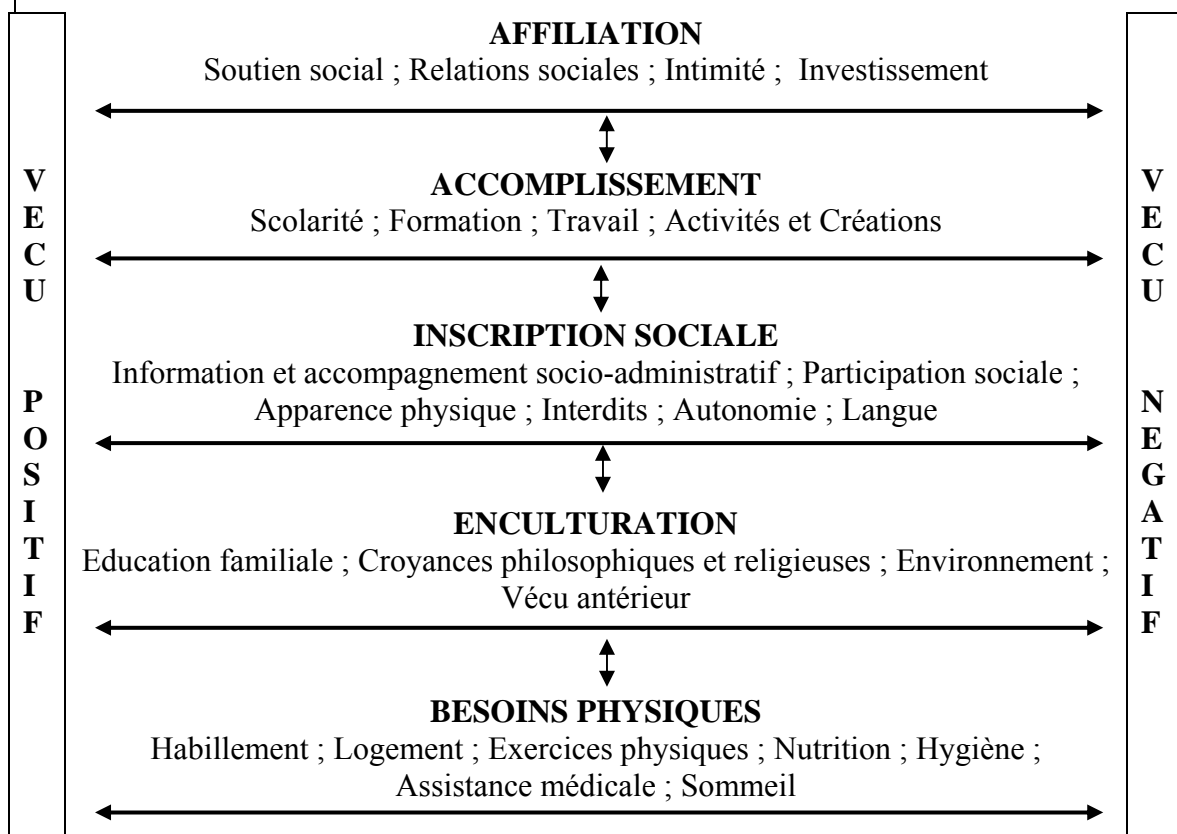
Ces trois sources d'informations sont les suivantes : les parents, interrogés indirectement et classés dans l'une des catégories après analyse de contenu de leurs discours ; les parents, interrogés directement sur leurs croyances d'efficacité ; les intervenants sociaux travaillant au centre et rencontrant fréquemment les parents et les intervenants travaillant hors du centre et rencontrant occasionnellement certains parents.

Encadré 3 : Grille d'analyse des besoins psychosociaux et physiques des personnes primo-arrivantes

Ayant pour substrat théorique le modèle des besoins de Pourtois et Desmet (2004), cette grille a été construite au fur et à mesure des entretiens avec les personnes primo-arrivantes.

Les dimensions citées par les personnes ont ensuite été catégorisées en cinq axes : *l’Affiliation* (liens d’attachement de l’individu), *l’Accomplissement* (maîtriser son environnement), *l’Inscription sociale* (avoir une place au sein de la société d’accueil), *l’Enculturation* (pouvoir transmettre et maintenir ses valeurs) et enfin les besoins *Physiques* (besoins physiologiques de base). Ces cinq axes permettent de considérer la personne dans sa complexité et dans sa globalité : les aspects psychosociaux et physiques de sa vie sont envisagés.

Graphique 1 : Grille d'analyse des besoins psychosociaux et physiques des personnes primo-arrivantes²⁶



²⁶ D'après le modèle des besoins de Pourtois et Desmet (2004). Pour plus d'informations au sujet de cette grille, voir le Rapport UniSol – UMH.

L'affiliation peut se définir comme le rattachement d'un individu à un groupe (Pourtois et Desmet, 2004, p.81). Les parents évoquent l'importance de pouvoir bénéficier d'un *soutien social*, qu'il provienne de leur entourage familial proche, ou d'individus résidant au centre. Parfois même, des personnes extérieures au centre ouvert offrent des aides morales et matérielles aux familles²⁷. Autre élément important, et souvent problématique pour les parents résidant en centre ouvert : *l'intimité*. En effet, une chambre étant attribuée par famille, le couple parental n'a que très rarement l'occasion de vivre des moments d'intimité. Enfin, *l'investissement* dans l'avenir est extrêmement difficile pour la plupart des parents. Les projets d'avenir sont étroitement circonscrits par l'échéance de l'attribution d'un avis favorable ou défavorable pour obtenir un droit de séjour.

Le besoin d'accomplissement se réfère au désir de maîtriser, manipuler et organiser des objets de l'environnement. Il renvoie au besoin de réussite (Pourtois et Desmet, 2004, p.110). La *scolarité* est souvent source de satisfaction pour les parents. La réussite scolaire des enfants est vécue comme le gage d'une inscription sociale plus favorable pour l'ensemble de la famille. La *formation* concerne les apprentissages que font les adultes : apprentissage du français, participation à un graduat, cours de menuiserie, etc. Ces diverses formations sont bénéfiques à plus d'un titre. Elles permettent aux parents d'occuper le temps de l'attente d'une réponse de l'Office des Etrangers, de pratiquer une langue qui n'est pas toujours parfaitement maîtrisée, d'obtenir un diplôme qui pourra être valorisé si leur demande d'asile est acceptée, etc. Le *travail au centre* renvoie aux tâches rémunérées que peuvent effectuer les demandeurs d'asile au sein du centre d'accueil²⁸. Ces tâches rémunérées permettent, par exemple, d'acheter des lingettes pour bébés, ou des petits extras pour les enfants. Les *activités et créations* concernent toutes les possibilités de s'occuper. Il est par exemple possible de se rendre à la bibliothèque du centre.

L'inscription sociale fait référence à l'importance qu'un individu puisse s'identifier à un groupe social. *L'information et l'accompagnement socio-administratif* concernent les possibilités des parents de bénéficier d'informations pertinentes, tant sur leur statut, sur l'état de leur procédure que sur des éléments de la vie quotidienne, ainsi que d'une intervention sociale adaptée à leur situation personnelle. *La participation sociale* renvoie à ce que Massé (1995, p.93) définit comme "*l'engagement actif [d'un individu] dans diverses institutions telles que le travail, la famille, la politique, l'Eglise et autres*". Par exemple, certains parents se sont intégrés à des groupes de parole, un autre agit dans une association pour défendre les droits des enfants dans son pays d'origine, etc. *L'apparence physique* concerne ce que la personne renvoie comme image d'elle-même : la façon de se vêtir, se coiffer, etc. Les *interdits* touchent au besoin de structure : ce qui est ou non autorisé au sein de la structure d'accueil. Il est parfois difficile, pour les parents, de pouvoir jouir d'une *autonomie* optimale au sein de la structure d'accueil. Les nombreuses réglementations et le poids des assignations sociales limitent souvent l'autonomie des adultes, les plongeant dans un sentiment d'infantilisation. *La procédure* concerne les démarches liées à la procédure de demande d'asile.

²⁷ Par exemple, une « mama » africaine résidant en Belgique depuis de nombreuses années prépare des plats africains qu'elle apporte aux jeunes mères vivant au centre.

²⁸ Nous précisons « au centre » car les demandeurs d'asile ne bénéficient pas d'un permis de travail en Belgique. Ces travaux sont donc fortement réglementés (durées et salaires restreints) afin de ne pas être considérés comme des emplois.

Souvent, les personnes évoquent les difficultés de communication qu'elles rencontrent : la méconnaissance de la *langue* est parfois très problématique.

L'enculturation est définie par Pourtois de Desmet (2004, p.174) comme la transmission de représentations et de valeurs collectives. *L'éducation familiale*, est parfois, nous l'avons vu, particulièrement problématique : comment transmettre ses valeurs, comment éduquer ses enfants dans une société nouvelle ? *Les croyances philosophiques et religieuses* sont toutes les valeurs de vrai dont parlent les personnes. La plupart des parents accordent une importance primordiale à la religion. *L'environnement* est perçu en fonction des représentations et valeurs propres à chacun : certains parents se sentent bien dans les lieux de vie, alors que d'autres ne s'y plaisent absolument pas (climat, etc.). *Le vécu antérieur*, les expériences de vie antérieures ont un impact non négligeable sur la façon dont les parents vivent leur situation de migration. Certains sont submergés par la nostalgie du pays d'origine, évoquant tout ce qui leur plaisait, ce qu'ils possédaient là-bas, et donc ce qu'ils ont perdu. D'autres gardent en mémoire les atrocités vécues et qui ont déterminé leur choix de partir. Par exemple, une maman explique que, pendant des mois, sa petite fille était bouleversée chaque fois qu'un avion passait.

La dimension physique concerne les besoins physiologiques de base. La sous-dimension *habillement* comprend toutes les références faites au vestiaire ou aux vêtements reçus ou achetés par les demandeurs d'asile. Le *logement* est une sous-dimension reprenant divers aspects : les bâtiments, les chambres, les lieux communs, l'ameublement et la fonctionnalité de celui-ci. Les *exercices physiques* apparaissent lorsque la personne mentionne l'importance de faire du sport ou de l'exercice. La *nutrition* concerne la façon de se nourrir et la nourriture proposée au centre²⁹. *L'hygiène et les soins personnels* renvoient à des notions de propreté au niveau corporel et au niveau des bâtiments sanitaires. *L'assistance médicale* concerne les possibilités de bénéficier d'interventions médicales en cas de nécessité. Le *sommeil* apparaît lorsque les parents évoquent leurs insomnies.

²⁹ Par exemple, certaines jeunes mères ont pris la décision de ne pas allaiter leurs nouveau-nés. Elles estiment que la nourriture qu'elles ingèrent n'est pas bonne et pensent que leur lait n'apportera pas à leurs bébés les éléments nutritifs et vitaminiques dont ils ont besoin.

Bibliographie

- Abou S. (1986). L'identité culturelle. Relations interethniques et problèmes d'acculturation. Paris : Editions Anthropos.
- Bajoit G. (2003). Le changement social. Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines. Paris : Armand Colin.
- Bandura A. (2003). Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles : De Boeck.
- Boulard C., Duthil P. et Mestre C. (1999). Devenir un parent en exil. Toulouse : Erès.
- Camilleri C. (1997). Identité et gestion de la disparité culturelle : essai d'une typologie. Dans : C. Camilleri, J. Kastersztein, E.M. Lipiansky, H. Malewska-Peyre, I. Taboada-Leonetti et A. Vasquez, Stratégies identitaires (pp.85-110). Paris : PUF (2^e édition).
- Copans J. (1999). L'enquête ethnologique de terrain. Paris : Nathan.
- Kaufmann J.-C. (2001). Ego. Pour une sociologie de l'individu. Paris : Nathan.
- Mesmin C. (2001). La prise en charge ethnoclinique de l'enfant de migrant. Paris: Dunod.
- Moro M.-R. (1994). Parents en exil. Psychopathologie et migrations. Paris : PUF.
- Moro M.-R. (1999). Psychothérapie transculturelle de l'enfant et de l'adolescent. Paris : Dunod.
- Nathan T. (1986). La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique. Paris : Dunod.
- Nathan T. (1994). L'influence qui guérit. Paris : Odile Jacob.
- Olivier de Sardan J.-P. (1995). La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie. Dans : Enquête 1, Les terrains de l'enquête, pp.71-112.
- Pourtois J.-P. et Desmet H. (2004). L'éducation postmoderne. Paris, PUF (3^e édition).

Le vécu migratoire des familles

De l'imaginaire migratoire à la quotidienneté de demandeurs d'asile

Directeurs de recherche : Pourtois J.-P., Desmet H.

Chercheurs : Demonty B., Jouret D.

Université de Mons-Hainaut

Peu de chances pour celles et ceux qui sont « venus d'ailleurs » d'échapper à la grande machine à catégoriser, à phantasmer la figure de l'autre et en définitive à produire de la ségrégation.

C. Cossée, E. Lada, I. Rigoni. (*Faire figure d'étranger*)

Immigrés, demandeurs d'asile, réfugiés, étrangers... autant de termes entendus et prononcés maintes fois depuis des décennies. Ils sont parfois associés à des qualificatifs peu flatteurs : profiteurs, demandeurs à outrance... et plus récemment, extrémistes, terroristes...

Ces dernières années, l'immigration vers l'Europe semble liée à une nécessité pour les populations migrantes d'obtenir une protection internationale. Ces personnes ne font pas toutes l'objet de persécutions individuelles, d'emprisonnement, de tortures. Majoritairement, elles fuient une situation politique ou économique particulièrement instable. Les motivations du départ sont diverses, mais toutes sont associées à la peur et à l'espoir d'une vie meilleure³⁰.

Notre société a été amenée à rencontrer cette population d'hommes, de femmes et d'enfants et cette rencontre fut une réelle découverte, sinon un réel choc. Découverte d'un contexte socio-politique, de procédures légales, mais surtout découverte d'une réalité humaine à laquelle on ne s'attendait pas.

³⁰ Et, pour certains, à la survie.

Pendant dix-huit mois, nous avons rencontré des personnes immigrées à différents stades de leur procédure et dans diverses structures d'hébergement³¹. Certaines nous ont parlé de leur passé, des drames vécus, des deuils et des peurs ancrées en elles. D'autres ont davantage orienté l'échange en nous parlant de leur quotidien en Belgique, du climat qui change, des règles sociales et culturelles qui les laissent perplexes ou terrorisées ; de l'accueil, parfois chaleureux, parfois glacial qu'elles ont reçu en arrivant ; des difficultés de vivre dans l'attente d'obtenir le statut de réfugié ; de l'alternance pénible des périodes d'espoir et de découragement ; de la complexité de la procédure d'asile, qu'elles jugent effarante, avec ses phases, ses recours...

Les personnes, les familles qui vivent la migration sont affectées par le changement géographique et culturel qui intervient souvent de manière imprévisible dans leur vie. Cette bifurcation dans le parcours individuel et/ou familial était-elle envisagée, programmée, désirée ?

Il importe, avant toute chose, de considérer la personne migrante dans son historicité. Se contenter d'appréhender « l'ici et maintenant » sans tenir compte de son passé, de son histoire reviendrait à négliger une grande part de ce qui l'a construit et la construit encore. C'est pourquoi il semble essentiel de s'intéresser non seulement au vécu quotidien actuel des personnes récemment immigrées, mais aussi aux raisons de leur départ, aux attentes et aux espoirs portés par ce projet migratoire, etc. En d'autres termes, une analyse psychosociologique du phénomène migratoire doit porter à la fois sur la *réention*, la *préention* et la *protension* des personnes immigrées. La ***réention*** (Pourtois, Desmet et Lahaye, 2003) renvoie à tout ce qui est du domaine du passé, avant l'arrivée en Belgique (histoire familiale et personnelle, vécu migratoire...). La ***protension*** (Bourdieu, 1994) renvoie à la façon, largement inconsciente, dont les individus construisent leur futur dans le présent, dans « l'ici et maintenant ». La ***préention*** (Pourtois, Desmet et Lahaye, 2003), c'est l'avenir, ce sont les projets conscients des individus.

C'est dans ce triangle dynamique que se construit l'individu, être socio-historique.

³¹ Personnes dans la première phase de la procédure (dans une Initiative Locale d'Accueil et dans un centre ouvert fédéral) et personnes en phase de régularisation, qui ont déjà franchi certaines étapes de la procédure afin d'obtenir le statut de réfugié.

Dans une telle optique, il semble donc nécessaire de s'interroger sur divers points :

- *Quel est l'imaginaire migratoire des personnes récemment arrivées en Belgique ? Comment cet imaginaire rencontre-t-il la réalité ?* En d'autres termes, quels sont les points communs et les différences qui peuvent apparaître entre cet imaginaire migratoire et la confrontation à la réalité de l'accueil ? Nous nous interrogeons donc ici sur la confrontation entre un projet migratoire et la réalité de la migration. En effet, les personnes construisent une certaine représentation de ce que sera leur parcours migratoire et leur vie au pays d'accueil. Il s'agit d'apprécier la distance – faible ou importante – entre réel et imaginaire migratoire.

- *Quelles sont les difficultés de vie rencontrées par les personnes migrantes ?* Quels sont les obstacles qui leur semblent particulièrement difficiles à surmonter ? Ces questions renvoient à une autre, portant plus spécifiquement sur la vie des demandeurs d'asile en structure d'accueil : *quelles sont les dimensions de la vie quotidienne qui posent problème et celles qui n'en posent pas aux demandeurs d'asile ?* Dans quelle mesure ce quotidien est-il satisfaisant pour les familles, et quels sont les éléments qui posent problème ?

- *Quelles sont leurs ressources face à ces difficultés ?* Chacun possède en soi des ressources et des fragilités. Les personnes vivant la migration sont confrontées à des événements de vie particuliers. A quelles ressources font-elles appel ? En sous-jacent, nous retrouvons la question suivante : *quels sont les actes, les mécanismes, les processus que les personnes immigrées mettent en œuvre pour affronter les obstacles ?* Cette question renvoie à deux dimensions complémentaires : le coping³² et les mécanismes de défense. De plus, nous accorderons une attention particulière au *sentiment d'efficacité personnelle*, qui peut se définir comme la croyance d'un individu en sa capacité à contrôler les événements de l'existence, à agir sur l'environnement, etc.

- *Comment les personnes immigrées se situent-elles par rapport aux quatre problématiques existentielles : la question du plaisir, l'érotisation de la vie, la problématique de la loi et de l'interdit et la problématique du Moi (Robinson, 2003) ?*

³² Coping vient de l'anglais « to cope », « faire face ». Il s'agit de stratégies mises en place par l'individu pour faire face à certaines situations (Ionescu, Jacquet et Lhote, 2002, p.103).

Tout individu est en effet confronté à ces questions fondamentales, qui prennent une dimension particulière dans le contexte de l'immigration.

Nous avons rencontré de nombreuses personnes récemment immigrées en Belgique, dans une démarche participative (voir encadré 1). L'ensemble des données que nous avons récoltées sur différents sites (voir encadré 2) nous donnent des éléments de réponses à ces questions.

1. L'imaginaire migratoire et la confrontation à la réalité

Demander le statut de réfugié en Belgique signifie que la personne « *se trouve en dehors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut pas ou ne veut pas se réclamer de la protection de ce pays parce qu'elle craint, avec raison, d'être persécutée à cause de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social, ou ses opinions politiques* »³³.

Cela sous-entend un contexte antérieur porteur de souffrances physiques et/ou psychiques : la personne a connu la guerre, la persécution, la torture, l'emprisonnement, les menaces... Les raisons du départ sont souvent apparentées à ces contextes de violences directement dirigées vers la personne ou sa famille.

Cependant, un autre type de migration existe également : les mouvements migratoires collectifs. Il ne s'agit donc pas d'une personne menacée à titre individuel, mais d'un nombre d'individus fuyant leur pays (Tandonnet, 2001). C'est le cas, notamment, de certaines personnes originaires de la République Démocratique du Congo et de Tchétchénie : elles évoquent comme raison de départ la situation de guerre dans le pays d'origine. Ce sont majoritairement des problèmes politiques, ethniques et religieux qui poussent les familles sur les chemins de l'exil.

Qu'entend-on par imaginaire migratoire ? Cet imaginaire est lié à la notion de fantasme. Le fantasme se construit quand l'interrogation naît. Il comble un vide. Il est une sorte de scénario imaginaire qui permet de réduire l'angoisse. L'imaginaire migratoire

³³ Définition du réfugié par la Convention de Genève (1951).

correspond à ces constructions psychiques individuelles et/ou collectives permettant d'anticiper la réalité, de remplir le vide de ce que sera la migration et notamment l'arrivée au pays d'accueil.

Cependant, le départ du pays d'origine, souvent si brutal et si soudain, ne permet pas aux migrants d'élaborer complètement ces fantasmes, qui ne peuvent donc remplir cette fonction de réassurance, d'apaisement de l'angoisse.

Cet imaginaire migratoire n'est pas uniquement de l'ordre du fantasme. Il contient aussi les attentes conscientes, issues des fantasmes individuels et culturels. Dans la plupart des situations, les personnes n'ont pas choisi la Belgique. Elles ont fui, avec l'aide d'un passeur ou d'un membre de leur famille, ne sachant pas où on les emmenait, n'emportant avec elles que le strict nécessaire.

Cette absence de choix crée une situation particulière : les personnes n'ont pas de réel projet migratoire, autre que celui de sauver leur peau ou celle des êtres aimés. Les attentes vis-à-vis de l'accueil en Belgique sont dès lors peu élaborées. La personne, prise dans une situation de crise où la fuite est imminente, n'a que très peu l'occasion de se représenter la vie qui l'attend au bout du voyage. Souvent, d'ailleurs, elle ne connaît personne, ni ami, ni famille, dans le pays d'accueil. Elle ne peut donc envisager des retrouvailles, un appui de la part d'une personne connue.

Les rares attentes verbalisées sont avant tout politiques. La Belgique, en tant qu'Etat démocratique, est idéalisée : on attend d'elle une protection physique, mais aussi un respect des droits bafoués dans le pays d'origine, une justice équitable, une liberté de mouvements et d'expression.

Cette demande de sécurité et de dignité élémentaires est parfois accompagnée par quelques aspects pratiques : avoir un logement, de quoi se nourrir, avoir un travail afin d'être autonome et de montrer sa reconnaissance à la Belgique par une implication sociale.

Mais cette idéalisation peut entraîner deux conséquences. Dans un premier temps, tout se passe comme si les personnes immigrées s'interdisaient le droit de réclamer, de critiquer, de contester, de se plaindre, voire d'agir contre les règles institutionnelles qui peuvent être porteuses de violence. Penser, dire ou agir contre le pays qui accueille est frappé d'un interdit. Cette autocensure est justifiée par le fait que « c'est déjà mieux qu'avant ».

Mais après cette période de « silence » vient la critique amère, due à la chute de l'idéal. La Belgique, terre d'accueil, devient vite une terre d'écueils ! Les déceptions, les désillusions se multiplient et fournissent un terrain fertile à la critique sociale, voire à la révolte.

Les événements pénibles seront alors réélaborés après-coup, avec le matériel psychique alimentant la vie quotidienne : désirs, frustrations, interactions, situations sociales, etc. Cette construction psychique en après-coup est susceptible de réactiver des affects négatifs anciens, qui avaient pu jusque là être maîtrisés par la personne, et induire ainsi des traumatismes supplémentaires ou réveiller des blessures affectives, morales, sociales... qui n'avaient pu cicatriser. Cette réélaboration constitue en quelque sorte une deuxième étape de la confrontation au pays d'accueil.

Après ce premier contact, vient l'inscription dans une nouvelle quotidienneté, avec ses difficultés...

2. Difficultés des migrants face aux réalités de l'accueil

Le point final de la trajectoire migratoire ne peut être posé dès l'arrivée des migrants en Belgique. Ce n'est que le début d'une nouvelle étape, non moins traumatisante et parsemée d'obstacles que le trajet du pays d'origine au pays d'accueil. Les personnes, les familles qui souhaitent obtenir un statut légal en Belgique s'inscrivent alors dans une procédure afin d'obtenir le droit de rester en Belgique. Au cours de cette étape pouvant durer de plusieurs mois à plusieurs années, un accueil matériel est prévu par l'Etat belge. Ainsi, le logement, la nourriture, l'assistance médicale, l'accompagnement socio-administratif, l'enseignement et la formation, l'assistance aux mineurs non accompagnés, l'organisation d'activités et les initiatives de quartier³⁴ sont assumés par les structures d'accueil des demandeurs d'asile. Si certains domaines de la vie quotidienne semblent satisfaire les personnes, d'autres sont vécus comme autant d'obstacles au bien-être, à l'épanouissement, etc.

Les demandeurs d'asile rencontrent des difficultés dans la plupart des domaines de leur vie, tant au niveau individuel que familial, communautaire et institutionnel. Cette

³⁴ Missions des centres d'accueil Fedasil.

distinction répond à un impératif de clarté, mais il est évident qu'un problème dans un domaine affecte automatiquement les autres. Nous examinerons quelques-unes des ces difficultés parmi les plus importantes.

2.1. Difficultés au niveau individuel

Si certaines personnes peuvent élaborer des projets d'avenir, pour elles-mêmes et leur famille, la plupart ont davantage de **difficultés d'investissement dans l'avenir**, elles vivent au jour le jour, dans l'incapacité totale de se projeter dans le futur. L'incertitude quant à l'évolution de leur procédure d'asile, *l'attente anxieuse* qui en découle amènent les individus à s'interdire de penser au lendemain.

La plupart des personnes ne peuvent envisager de retourner dans leur pays d'origine. Le dernier recours qu'elles entrevoient, si leur demande d'asile n'aboutit pas, est souvent de passer à la clandestinité.

L'appartenance à des groupes faciliterait l'investissement de l'avenir, en ce sens que l'environnement social redeviendrait porteur de projets et l'individu entrerait dans une dynamique où la base d'attachement permettrait l'avancée vers l'inconnu. Mais les demandeurs d'asile sont souvent privés du soutien relationnel dont ils bénéficiaient dans leur pays. La *solitude* est parfois perçue comme une forme de désinvestissement de la société à leur égard. Les personnes ont alors l'impression que leur existence compte peu puisque les autres ne l'investissent pas.

L'environnement occupe une place importante pour certains demandeurs d'asile. Certaines personnes projettent leurs affects sur l'environnement ou associent celui-ci à leur situation d'attente, à leurs conditions de vie. Par ailleurs, le paysage et ses variations saisonnières leur rappellent que le temps passe et que leur situation ne change pas, qu'ils vivent toujours au sein de structures d'accueil pour demandeurs d'asile. Le temps chronologique tendrait à prendre une dimension dramaturgique (Pourtois et Desmet, 1993, p.22), subjective importante.

Les **troubles du sommeil** sont fréquents, récurrents. Une forme de *ruminant mentale*, liée à l'attente anxieuse, provoque des insomnies chez de nombreuses personnes, décalant ainsi le rythme des journées : le sommeil arrive souvent seulement au petit

matin, les demandeurs d'asile se lèvent ainsi en milieu de journée, afin de prendre le repas de midi.

La **nostalgie** du pays d'origine est présente chez la plupart des personnes. Cependant, certaines passent également par une phase de rejet du pays d'origine : on n'en parle plus, on refuse tout élément qui pourrait rappeler un souvenir, on évite même, dans certains cas, de regarder des émissions ou journaux télévisés susceptibles de parler du pays natal.

2.2. Difficultés au niveau familial

Le seul espoir qui reste est souvent celui de pouvoir s'installer en Belgique. Bien que la majorité des familles soient incertaines et perdues face à l'avenir, ce sont celles qui fréquentent les centres de réfugiés qui semblent les plus affectées par leur situation actuelle.

Les personnes ayant pris seules le chemin de l'exil éprouvent un profond **sentiment de solitude**, dû à l'éclatement du système familial. Elles ont laissé au pays un mari ou une épouse, un ou plusieurs enfants, des parents, etc. Un traumatisme, lié à la perte définitive d'un être cher n'est pas rare, chez ces personnes fuyant des situations de crise, de guerre, de persécutions. Ceux qui ont vu mourir certains membres de leur famille – voire tous les membres – doivent alors élaborer leur(s) **deuil(s)**.

Le chagrin et la souffrance engendrés par cette *désaffiliation* sont souvent renforcés par un **sentiment de culpabilité** : « Comment moi, mère ou père, ai-je pu laisser mes petits, les abandonner ? ». De surcroît, la plupart de ces « personnes isolées » possèdent très peu, voire aucune information sur leur famille (où et comment vivent les personnes ? avec quelles ressources ? sont-elles en danger ? sont-elles toujours en vie ? etc.). Emerge alors un tiraillement, une *ambivalence* des sentiments : le désir de rejoindre les siens, de partager leur vie et de les protéger s'oppose abruptement au désir de rester vivant et d'aller au bout de ce projet de migration.

L'intimité est une donnée importante, car elle permet l'introspection et la tranquillité identitaire. Mais dans le cadre d'une vie communautaire au sein d'une structure

d'accueil, ce besoin d'intimité devient une problématique majeure de la vie familiale. Les membres d'une famille sont, le plus souvent, logés ensemble dans une même chambre. Dès lors, il devient impossible, pour chacun, de trouver une intimité satisfaisante. En effet, tant pour le couple parental que pour les enfants, il est nécessaire de pouvoir se ménager des moments d'intimité, d'avoir un espace à soi. Des balises, des frontières spatiales seraient nécessaires, afin de préserver une homéostasie familiale et personnelle. Cette problématique sera développée ultérieurement.

Des difficultés d'éducation familiale apparaissent chez certaines familles primo-arrivantes³⁵.

2.3. Difficultés au niveau social

L'hygiène est une notion particulièrement importante : se laver, porter des vêtements propres permet de se maintenir en santé. Contraintes de porter les vêtements d'autrui³⁶, les personnes attendent que ceux-ci soient propres, que les odeurs corporelles de l'autre n'apparaissent plus. La plupart ont pris le parti de laver elles-mêmes leurs vêtements et de les faire sécher dans les couloirs, enfreignant le règlement du centre. Serait-ce une façon de reprendre un peu de pouvoir ? Mais, même propres, porter les vêtements des autres peut constituer une atteinte à l'estime de soi personnelle et sociale, d'autant plus forte si le demandeur d'asile possédait, dans son pays, un certain capital culturel, économique et social. Certains refusent cette « charité » en invoquant des raisons qui paraissent souvent superficielles aux intervenants : pas la bonne taille, pas la bonne coupe, pas les bonnes couleurs... Ces motifs cachent en fait un désir d'évacuer une forme de honte sociale et corporelle.

Les problèmes de communication sont récurrents. Il est très difficile, lorsqu'on ne parle pas le français ou le néerlandais, de pouvoir comprendre ou être compris.

Par ailleurs, les personnes évoquent le *manque de confiance* qu'elles ont en leurs interprètes. En effet, comment peuvent-elles s'assurer que ce qu'elles disent est traduit correctement, intégralement ? Que l'interprète ne trahit pas leur discours ?

³⁵ Le lecteur intéressé trouvera dans le chapitre « Etre parent dans un centre ouvert » davantage d'informations à ce propos.

Par ailleurs, au quotidien, lorsqu'il n'y a pas d'interprètes ; comment exprimer ses besoins, ses désirs, comment comprendre ce que dit l'assistant social à propos de la situation administrative, ou demander une intervention médicale spécifique ? Les personnes évoquent souvent un sentiment de *honte*. Honte de ne pouvoir s'exprimer, de devoir retourner sur les bancs d'école et d'avoir tant de mal à assimiler la langue nouvelle.

Un constat lié aux modalités d'accueil des demandeurs d'asile peut être fait : les personnes qui séjournent des années dans des centres d'accueil seraient celles dont le **réseau social** est le plus **restreint**.

Les **femmes** présentent souvent un **réseau social plus pauvre** que celui des hommes. Leurs occupations sont davantage centrées sur les tâches éducatives et ménagères. Les rares rencontres à l'extérieur du cercle familial se déroulent souvent dans les lieux de culte. De plus, certaines femmes parlent très peu le français. Ces divers éléments empêchent certaines femmes de nouer de nouveaux liens à l'extérieur du foyer.

2.4. Difficultés au niveau institutionnel

La **nourriture** est un autre élément essentiel de la vie. Les demandeurs d'asile ont une perception très négative de l'apport nutritif des aliments proposés par les structures d'accueil : il serait insuffisant en quantité, en qualité et en variété. Les mères n'allaitent pas leur bébé, estimant que « rien ne passe dans le lait », que la nourriture est inadaptée à leurs besoins. La plupart des personnes regrettent de ne pouvoir cuisiner elles-mêmes. En effet, elles pourraient, de la sorte, retrouver des *repères culturels et sociaux* importants. De plus, cela engendrerait une amélioration de leur image d'elles-mêmes : pouvoir nourrir sa famille, montrer ses talents culinaires, retrouver une certaine autonomie. « Etre nourris » revêt pour certaines une forme *d'infantilisation*.

Introduire une demande d'asile implique d'élire domicile. Dans la plupart des situations, le domicile élu est une structure d'accueil. Les personnes acceptent implicitement, en s'inscrivant dans une telle démarche, de **se soumettre aux impositions, aux lois, aux**

³⁶ Souvent, les personnes arrivent avec très peu d'effets personnels. Les structures d'accueil mettent à leur disposition des vêtements provenant, la plupart du temps, de dons.

règlements liés au nouveau lieu de vie. Cependant, ces règlements s'avèrent souvent très vite lourds, difficiles à respecter, infantilisants même, selon certaines personnes. Si la plupart d'entre elles reconnaissent que ces interdits sont nécessaires au sein d'une structure communautaire, bon nombre estiment que *certaines règles vont à l'encontre de leur autonomie sociale et individuelle*, bafouent leurs droits et leur dignité d'adultes responsables.

Soulignons toutefois que la détresse est très grande chez toutes les personnes rencontrées au cours de la présente recherche, et ce, quel que soit leur lieu de résidence. Ainsi, pour les personnes qui viennent d'obtenir le droit d'asile, c'est un autre temps de désillusion. Pendant longtemps, elles ont cru que le jour où les papiers arriveraient marquerait la fin de leurs difficultés. Aujourd'hui, elles se rendent compte que **l'obtention des papiers n'est que le début d'un long cheminement** : inscription des enfants à l'école, recherche de formation ou d'un emploi, recherche d'un logement.

L'acquisition d'un logement s'avère difficile pour les personnes primo-arrivantes. Le prix élevé des loyers, les réticences de certains propriétaires à louer leur logement à des immigrants obligent souvent les familles à se loger dans des habitations peu salubres et exigües.

Ces personnes sont confrontées à un autre changement radical, au niveau des *soins de santé*. Alors que toute intervention médicale était gratuite et jugée positive auparavant par les personnes, le système de soins devient quasiment inabordable financièrement pour certains.

Autre difficulté que rencontrent les familles ayant obtenu leur droit de séjour : celle de *trouver un emploi*. Le problème du travail est assez généralisé et s'étend également aux familles déjà installées en Belgique depuis plus de dix ans. Les discriminations à l'embauche ne sont pas rares et les postes disponibles pour les immigrants peu valorisés socialement et financièrement.

Les difficultés rencontrées par les demandeurs d'asile touchent essentiellement les besoins affectifs et sociaux. D'une part, ***l'attachement*** familial, communautaire et culturel a été perturbé par la migration. L'instabilité de leur situation légale, la précarité de leur droit de séjour en Belgique rend difficile la mise en place d'une nouvelle dynamique d'attachement dans le pays d'accueil et ***l'investissement*** de l'avenir. De plus, les lois relatives à l'immigration, qu'ils estiment sévères, donnent souvent

l'impression aux immigrés de ne pas être les bienvenus en Belgique (besoin *d'acceptation*).

D'autre part, le vécu quotidien rend précaire la satisfaction des besoins de *considération sociale* (par les atteintes perçues à l'estime de soi), de *communication* (par la méconnaissance des langues en usage ou des codes conversationnels) et de *structures* (par la perte des repères culturels, familiaux, communautaires, etc.).

Les personnes présentes depuis plus de dix ans en Belgique témoignent de la pénibilité émotionnelle du temps de la demande d'asile. La plupart des familles ayant obtenu un droit de séjour ont dû faire face à au moins un refus. Les souvenirs de cette période de leur vie sont empreints de tristesse et de révolte face à la longueur de l'attente d'un avis favorable et aux conditions de vie des demandeurs d'asile.

Cependant, pour affronter ces difficultés, les individus possèdent des ressources familiales, communautaires, sociales et institutionnelles.

3. Les ressources principales des personnes et des familles demandeuses d'asile

Les familles et les personnes isolées migrantes rencontrent des situations de vie qui présentent des difficultés, vont à l'encontre de leur monde connu et des repères socio-culturels habituels, etc. Cependant, les acteurs de la présente recherche n'ont pas pointé uniquement la pénibilité de leur quotidien. Les personnes ont aussi mis en exergue des éléments satisfaisants, selon leurs critères, dans leur vie actuelle au sein d'une structure d'accueil. Des éléments non seulement satisfaisants, mais aussi, parfois, des éléments présentés comme des ressources, des dimensions permettant de faire face aux difficultés.

3.1. Ressources individuelles

Les demandeurs d'asile vivent une période de transition intense, confrontés à divers événements de vie particulièrement bouleversants. La perte de leurs cadres spatiaux, temporels, mais aussi sociaux et culturels nécessite des changements, des adaptations afin de pouvoir s'ancrer dans de nouveaux cadres. Dans des situations de vie stressantes, le sentiment d'efficacité d'une personne peut servir comme ressource personnelle ou

facteur de vulnérabilité, selon qu'il soit fort ou faible (Dumont, 2003). Ainsi, selon Bandura (2003), le **sentiment d'efficacité personnelle** influencerait le fonctionnement d'un individu au niveau des choix qu'il opère, de la quantité d'efforts qu'il va fournir, de sa persévérance ou de son abandon face aux embûches. Il aurait également un impact sur ses réactions émotives.

Pour Bandura, « l'efficacité personnelle perçue concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire les résultats souhaités » (Bandura, op.cit., p.12). Dans la présente recherche-action, cette théorie de l'impact du sentiment d'efficacité personnelle sur le vécu migratoire a été confirmée à maintes reprises. En effet, les personnes possédant un sentiment d'efficacité élevé ont manifesté davantage de réactions face aux difficultés inhérentes à leur situation de vie. Elles témoignent de plus de *persévérance face aux échecs* liés à la procédure, effectuent plus facilement des démarches en vue *d'élaborer des projets* à moyen terme (formations, rencontres avec des groupes sociaux actifs, etc.). Elles auraient aussi davantage de *comportements destinés à leur procurer un soutien social* au sein de la communauté que les personnes possédant de faibles croyances. De plus, le sentiment d'efficacité personnelle interviendrait à plusieurs niveaux dans le *domaine de la santé*, notamment au *niveau de la gestion des stratégies de coping*. Selon la théorie de l'efficacité personnelle, de fortes croyances d'efficacité facilitent non seulement la gestion des troubles physiques (au niveau préventif et au niveau curatif), mais diminuent également leur impact émotionnel stressant. Les personnes possédant de fortes croyances d'efficacité seraient moins stressées et moins déprimées dans des conditions de santé défavorables et utiliseraient de meilleures stratégies de coping que les personnes possédant de plus faibles croyances (Bandura, 2003, p.430).

Afin de faire face aux difficultés comme l'isolement ethnique ou social, le sentiment d'impuissance, l'attente anxieuse, les deuils, l'impossibilité d'élaborer un projet d'avenir, etc., les personnes développent des mécanismes de défense et des stratégies de coping leur permettant d'échapper au déplaisir, d'écarter l'angoisse.

Les mécanismes de défense, selon Vaillant (1993, cité par Ionescu, Jacquet et Lhote, 2004, p.20), permettent à l'individu de rétablir une homéostasie psychique et de s'adapter à l'environnement. Ces mécanismes auraient donc une fonction de régulation intrapsychique et sociale. Ionescu, Jacquet et Lhote (2004, p.27) les définissent comme « des processus psychiques inconscients visant à réduire ou à annuler les effets

désagréables des dangers réels ou imaginaires en remaniant les réalités interne et/ou externe et dont les manifestations – comportements, idées ou affects – peuvent être inconscients ou conscients ». Suite à la perception d'un affect déplaisant, le Moi met donc en œuvre des mécanismes de défense. Certains mécanismes ont été observés chez les personnes que nous avons rencontrées.

▫ **L'affiliation** est « la recherche de l'aide et du soutien d'autrui quand on vit une situation qui engendre de l'angoisse » (idem, p.114). Cette recherche de relations affectives est manifeste. Les personnes sont à la recherche de soutien social, qu'il provienne de personnes de leur communauté, d'un réseau social extra-communautaire, etc. Différents types de soutien peuvent être apportés, mais tous ont leur importance : le soutien émotionnel (amour, réassurance...), d'estime (rassurer la personne quant à sa valeur, à ses compétences...), matériel ou financier (apporter des vêtements pour les enfants, offrir un plat, etc.), informatif (conseils et informations portant sur la situation stressante, prodigués par des intervenants sociaux, mais aussi par des personnes vivant la même situation), etc.

▫ **L'intellectualisation** renvoie au « recours à l'abstraction et à la généralisation face à une situation conflictuelle qui angoisserait trop le sujet s'il reconnaissait y être personnellement impliqué » (idem, p.204). Certaines personnes ne parlent plus en termes de « je », ne s'approprient pas les propos qu'elles tiennent : telle personne a dit que, telle autre a vécu tel événement... Le vécu migratoire est parfois évoqué comme un conte, une histoire vécue par d'autres. Une impression d'émoussement affectif émane de certains discours. Les personnes relatent des événements de vie effroyables en y apposant des dictons du pays, en citant des passages de la Bible ou du Coran, se retranchant ainsi derrière des protections, des garde-fous.

▫ **La mise à l'écart** est une « tentative de rejet volontaire, hors du champ de la conscience, de problèmes, désirs, sentiments ou expériences qui tourmentent ou inquiètent un sujet » (idem, p.223). Certains demandeurs d'asile tentent de ne pas penser à certains éléments trop traumatiques. Ainsi, certaines personnes ayant migré seules mettent en place une série de stratégies afin d'éviter de penser aux membres de la famille restés au pays. Ils occultent ainsi, de manière plus ou moins volontaire, les problématiques insupportables et impossibles à résoudre dans l'immédiat.

▫ **Le refuge dans la rêverie** renvoie à un mécanisme consistant en un « *recours – dans une situation de conflit psychologique ou lorsque le sujet est confronté à des facteurs stressants – à une rêverie diurne excessive se substituant à la poursuite de relations interpersonnelles, à une action en principe plus efficace ou à la résolution des problèmes* » (idem, p.247). Il est fréquent de rencontrer des personnes assises seules, le regard perdu dans le vague, ne faisant rien durant des heures. Les visages n'expriment pas toujours la souffrance, les regards ne sont pas toujours éperdus... des sourires et des expressions paisibles peuvent parfois se lire. Lorsque l'on essaie d'entrer en contact avec ces gens, ils sursautent et semblent surpris d'être là. Ce refuge dans un monde intérieur plus beau alterne, pour la plupart des personnes, avec des périodes de rumination mentale, où les événements stressants tournent en boucle dans les esprits, laissant place alors à un cercle vicieux de pensées morbides.

▫ **Le retrait apathique** correspond à un « *détachement protecteur, fait d'indifférence affective, de restriction des relations sociales et des activités extérieures, et de soumission passive aux événements, qui permet à une personne de supporter une situation très difficile* » (idem, p.274). Certains demandeurs d'asile se replient sur eux-mêmes, passent des heures, des journées entières allongés sur leur lit, les yeux fermés pour mieux s'extraire encore de cette réalité douloureuse. Les autres viennent solliciter ces personnes, tentent de les arracher à cette apathie récurrente. Des réactions de colère, de violence peuvent alors faire place à cette forme de retour en soi.

▫ **La sublimation** est une « *dérivation de l'énergie d'une pulsion sexuelle ou agressive vers des activités valorisées socialement (artistiques, intellectuelles, morales). La pulsion se détourne alors de son objet et de son but (érotique ou agressif) primitifs, mais sans être refoulée* » (idem, p.279). Lorsque les personnes sentent « qu'elles vont exploser », lorsque la tension devient trop forte, lorsque tout devient insupportable, certaines peuvent trouver des dérivatifs dans un agir socialement accepté, voire valorisé. Ainsi, certains s'investissent à corps perdu dans des sports « musclés » (boxe, judo, etc.), d'autres travaillent avec acharnement dans des activités créatives (musique pour certains, créations collectives pour d'autres, etc.). Enfin, la religion est une forme privilégiée de sublimation.

D'autres mécanismes sont certainement présents. Chaque personne adopte en effet ses propres défenses en fonction de ses angoisses et de la construction socio-historique de son psychisme. Ces mécanismes sont cependant assez manifestes dans la population que nous avons pu côtoyer.

Lazarus et Folkman (1984, cités par Ionescu, Jacquet et Lhote, 2004, p.102) définissent **le coping** comme étant les efforts cognitifs et comportementaux visant à maîtriser, réduire ou tolérer les éléments internes ou externes menaçant ou dépassant les ressources d'un individu. La différence entre coping et mécanismes de défense est double. D'abord, le coping est un mécanisme conscient, réfléchi par la personne, qui résout ainsi les problèmes de la vie quotidienne. Ensuite, les défenses sont centrées sur l'anxiété, alors que le coping se centre sur les problèmes³⁷.

Trouver des stratégies pour faire face à la situation actuellement vécue est parfois bien difficile. Certains se retirent pendant un moment de la vie communautaire, en s'isolant dans leur chambre ou en quittant le centre. D'autres extériorisent leur souffrance, leur angoisse face à l'attente, le mal du pays par la communication : parler avec d'autres résidents, dans un cadre informel ou dans le cadre d'un groupe de parole organisé au sein du centre.

D'autres ne peuvent cependant plus faire face, ne possèdent pas ou plus de ressources de *coping* : il y a alors passage à l'acte, tentative de suicide ou explosion de colère. Des personnes sont internées dans un hôpital psychiatrique : étaient-elles déjà en souffrance psychique auparavant ou les troubles sont-ils apparus durant leur vie au centre ? Les sujets ayant abordé ce thème affirment que ces personnes allaient « bien » en arrivant.

Une autre ressource individuelle : **les croyances religieuses**. Elles offrent plusieurs bénéfices aux personnes demandeuses d'asile : pouvoir parler à quelqu'un qui les comprend (Dieu), ne pas se sentir seules, ne pas se sentir jugées, trouver des réponses rassurantes et des raisons de croire encore en l'avenir, etc. La religion est porteuse d'un récit culturel qui peut aider à *donner du sens à la souffrance* et à *réinterpréter son vécu*.

³⁷ Cette distinction ne fait pas actuellement l'objet d'un consensus auprès des spécialistes.

Les compétences interculturelles sont des compétences psychosociologiques et citoyennes particulières : elles permettent aux personnes (et pas uniquement à celles issues de l'immigration) de faire face, de manière plus ou moins efficiente, à des situations complexes et difficiles engendrées par la multiplicité des référents culturels dans des contextes psychologiques, sociologiques, économiques et politiques inégalitaires. Ces contextes peuvent, par exemple, être caractérisés par le déni social, la discrimination, des tensions ou oppositions, des violences diverses, des difficultés de communication, etc.(Manço, 2002). L'efficience en pareilles situations, c'est-à-dire la capacité à produire de « bons résultats » qui soient valorisants pour l'individu et son groupe en tant que porteurs d'appartenances spécifiques, serait, notamment, de pouvoir se décentrer par rapport à certains éléments de sa propre culture, à l'exclusion des autres traits, de construire, en d'autres termes, des identités ou personnalités interculturelles, « à la carte », de mobiliser des stratégies identitaires adéquates.

3.2. Ressources familiales

Les **liens familiaux** sont essentiels. La famille est une ressource affective, mais aussi un réconfort, des attaches, une ressource sociale. En effet, c'est dans l'intimité de leur famille que les individus retrouvent le mieux leurs racines, leurs coutumes, bref, leur identité socioculturelle première. Face aux assignations sociales imposées par la structure d'accueil, aux nouvelles lois, aux nouveaux règlements, aux nouvelles normes sociales, la famille est le cocon où l'on peut se retrouver, retourner aux sources.

Nous pouvons aussi observer un fort **investissement de la réussite scolaire des enfants**, réussite qui apporterait, par procuration, des bénéfices identitaires à l'ensemble de la famille. Le projet migratoire sera souvent considéré comme réussi si l'enfant réussit sa scolarité.

Les enfants deviennent souvent des **tuteurs de résilience intrafamiliaux**. Plusieurs parents nous ont parlé des enfants en ces termes : « Ils sont ma raison d'être, ils sont ma vie ». Avoir des enfants signifie qu'une énergie doit être mobilisée pour eux, que le parent doit « tenir » pour eux. D'autre part, l'enfant possède des potentialités propres, qui permettront au parent de s'inscrire plus facilement dans la société d'accueil

(capacités d'apprendre plus facilement la langue, de comprendre rapidement les codes culturels, etc.).

La possibilité de transmettre les valeurs familiales d'une génération à l'autre est un aspect essentiel de **l'éducation familiale**. Il s'agit de pouvoir *éduquer* au Bien/Bon, au Vrai et au Beau (Pourtois et Desmet, 2004), selon les conceptions en vigueur dans la communauté d'appartenance. La structure d'accueil doit être attentive au respect des théories implicites culturelles de l'éducation et considérer que la bientraitance est multiple. Imposer aux parents étrangers des pratiques, des attitudes ou des valeurs éducatives qui ne sont pas les leurs, même à des fins d'intégration, peut constituer des violences symboliques pouvant mener au repli communautaire des membres de la famille.

3.3. Ressources communautaires et sociales

Le **soutien social** est primordial : les liens d'amitié sont nécessaires, aussi bien avec les personnes issues de la communauté d'origine qu'avec des personnes rencontrées sur le lieu d'accueil ou dans le cadre d'activités extra-institutionnelles.

Certaines personnes migrent seules ou appartiennent à des ethnies peu présentes en Belgique. Dans ce cas, le *regroupement communautaire* est bien plus difficile, et nécessite des compétences sociales qui s'actualisent difficilement dans un tel contexte. Le lien crée le lien, et le sentiment de solitude renforce l'isolement objectif.

Participer à des associations, à des groupes de fait, à des asbl, etc. apporte des bénéfices sociaux et relationnels : les demandeurs d'asile y sont socialement considérés comme des *personnes porteuses de savoir* (invitation à des conférences sur les problèmes de leur pays, par exemple), ils sont *acceptés* puisqu'il y a une place pour eux et *ils peuvent s'inscrire dans un réseau relationnel* et augmenter ainsi leur *capital social*. La quantité et la qualité des *informations* dont les demandeurs peuvent disposer concernant leur procédure de régularisation et les lois sociales en Belgique sont considérées comme un *facteur favorisant l'inscription sociale*.

Certaines personnes évoquent, au cours de leur parcours, la présence déterminante d'un individu (parfois de plusieurs). Dans la plupart des cas, il s'agit de personnes belges,

gravitant aux alentours des structures d'accueil. Ces personnes peuvent être considérées comme des **tuteurs de résilience** pour les demandeurs d'asile. Un professeur de français bénévole, un médecin... quelqu'un qui a pu les aider, d'une manière ou d'une autre, à surmonter des difficultés, à *donner du sens à leur vécu antérieur et présent*. Enfin, des tuteurs communautaires gravitent autour des familles demandeuses d'asile. Il s'agit de personnes issues de la communauté d'origine ou de la communauté de résidence (à l'intérieur du centre ouvert fédéral ou à l'intérieur de l'ILA, dans le quartier...) qui sont des personnes-ressources, des personnes-relais, qui offrent leur expérience, leur soutien aux familles migrantes. Dans certains cas, ces personnes n'ont fait qu'un bref passage dans l'histoire des familles, dans d'autres, elles sont toujours bien présentes et les liens sont forts.

3.4. Ressources institutionnelles

L'inscription à une **formation** procure trois types de bénéfices. Premièrement, le capital social s'accroît et se diversifie (les personnes mettent en avant l'importance de tisser des relations hors de la structure d'accueil). Deuxièmement, cela a un impact positif sur l'estime de soi : se former permet d'obtenir un travail et de se dégager des aides et de la dépendance sociales. Troisièmement, les formations pratiques offrent la possibilité à la personne demandeuse d'asile d'exposer ses compétences et d'obtenir ainsi davantage de considération sociale³⁸. Avoir l'opportunité d'effectuer un **travail**³⁹ procure de nombreux *bénéfices*, qu'ils soient *sociaux* (relations), *financiers* (argent de poche), *émotionnels* (l'occupation empêche la rumination mentale) ou *symboliques* (redevenir un travailleur, à ses yeux et aux yeux des autres)⁴⁰.

³⁸ Mais certaines personnes éprouvent des difficultés à s'engager dans des formations professionnelles pour plusieurs raisons : sentiment d'avenir bouché, indisponibilité cognitive due à un état de stress aigu lié à l'angoisse de l'attente de la régularisation, inadéquation des formations. Par exemple, certaines formations ne tiennent pas compte des prérequis du public, qui peut se sentir infantilisé.

³⁹ Il s'agit ici des tâches ménagères que peuvent réaliser les demandeurs d'asile résidant au Centre ouvert fédéral contre une petite rémunération. Les demandeurs d'asile ne peuvent en effet prétendre accéder à une profession tant que leur situation administrative n'est pas clarifiée.

⁴⁰ Cependant, les tâches qui sont proposées aux demandeurs d'asile sont peu valorisées socialement : technicien de surface, plongeur, homme à tout faire... Les personnes qui ont un haut niveau de qualification vivent cette perte sociale comme une forme de déplacement social dégradant, humiliant. La faible rémunération, pourtant légale, renforce le sentiment d'être exploité et limite l'investissement dans le travail. Ces personnes sont cependant placées dans une situation où les bénéfices financiers dépassent les coûts identitaires et cette nécessité économique ne va pas sans renforcer le préjudice ressenti.

Les **activités de loisir et sportives** donnent l'impression que le temps s'écoule plus vite, renforcent les liens et les solidarités et peuvent donc constituer des stratégies de *coping*, des stratégies permettant de faire face à une situation stressante (Doron et Parot, 1998).

Les structures d'accueil proposent des **aides matérielles** permettant de subvenir aux besoins physiologiques de base de chaque personne demandeuse d'asile. Les acteurs de la recherche soulignent l'impact positif de certains aspects de cette aide. Ainsi, les **vêtements** sont des protections indispensables, davantage encore pour les personnes venant d'un pays chaud. Certains demandeurs d'asile ressentent les dons de particuliers comme une forme d'acceptation de la part du peuple belge, qui leur reconnaît une existence et manifeste de la sorte sa solidarité à leur égard. Cependant, porter des vêtements qui ont appartenu à d'autres, qui ont été portés par d'autres peut se présenter comme une atteinte à l'estime de soi⁴¹.

Bénéficier d'un **logement** assure une sécurité physique minimale : être à l'abri du froid, des agressions, etc. Majoritairement, les personnes sont satisfaites des lieux de vie. Elles précisent que ce logement communautaire est provisoire. Une *dimension temporelle* apparaît donc, permettant aux individus de relativiser certaines difficultés relevées par d'autres personnes (promiscuité, etc.).

Les personnes se rendent régulièrement au *service médical*, afin de bénéficier des **soins de santé** assurés par la structure d'accueil. Les demandes varient d'une prescription pour une crème hydratante, voire une portion supplémentaire de fruits, à des soins plus spécifiques, comme une dialyse. La plupart réclament des soins pour des maux de tête, nausées, maux de ventre et troubles du sommeil. Certaines personnes vont voir le médecin afin de bénéficier d'un check-up de santé, essentiellement vis-à-vis des maladies infectieuses et sexuellement transmissibles. Il s'agit alors davantage d'un service préventif que curatif⁴².

⁴¹ Cf. plus haut.

⁴² Pour de plus amples informations à ce propos, nous renvoyons le lecteur intéressé au chapitre « Difficultés organisationnelles et systémiques des intervenants socio-sanitaires dans l'accueil et l'intégration des primo-migrants : incidences sur le bien-être des familles ».

L'attachement, la communication, les structures et la considération sociale sont donc des besoins fondamentaux à la base de nombreuses ressources individuelles, familiales, sociales et institutionnelles.

4. Problématiques existentielles

Chaque individu, étranger ou non, est en permanence traversé par des questions touchant à l'essence même de sa vie. Nous envisageons ci-après les problématiques existentielles évoquées par Robinson (2003) sous l'angle particulier de la vie des migrants : la question du plaisir, la question de l'érotisation de la vie, la question de la loi et de l'interdit et enfin la problématique du Moi. Comment est abordée la question du plaisir par des personnes ayant connu la souffrance, la torture... ? Par des personnes qui ignorent ce que sera demain ? Ensuite, nous aborderons le rapport au corps des migrants. La promiscuité engendrée par les conditions de vie affecte-t-elle cette question existentielle ? La troisième question évoquée par Robinson touche aux interdits, aux lois : les migrants se conforment-ils aux injonctions d'une société nouvelle, ou tentent-ils de s'y soustraire ? Enfin, dernière question qui sera brièvement abordée : est-il possible de construire ou de maintenir un Moi fort lorsque de nouveaux conflits identitaires surgissent, liés à cette situation de vie nouvelle ?

4.1. La question du plaisir

La question du plaisir intervient à différents niveaux. Par plaisir, il faut entendre la réduction ou la suppression d'un état de tension interne, dont l'origine peut être intérieure ou extérieure au sujet.

Outre le fait que le rapport au plaisir peut être différent d'une culture à l'autre, la question du plaisir est primordiale dans le contexte migratoire.

Dans un environnement traumatisant, il semblerait que le plaisir soit davantage endogène qu'exogène et que l'individu cherche au sein des relations affectives familiales des moments de joie quand il a pu émigrer avec sa famille. Par ailleurs, certains s'interdisent le droit au plaisir alors que leur avenir est si incertain et que d'autres membres de leur famille sont restés au pays et sont toujours menacés de mort. S'éloigner du plaisir, c'est aussi s'éloigner du risque de culpabilité y afférant. D'autres,

au contraire, tentent d'évacuer les conflits dans la recherche de plaisirs éphémères. L'effet euphorisant et antalgique des dépendances et toxicomanies permet d'investir un autre ailleurs, de corriger les « déboires » de la réalité. D'autres, enfin, se recentrent sur eux-mêmes et investissent la religiosité, trouvant dans le dialogue intérieur avec les divinités l'apaisement que le dialogue avec eux-mêmes, anxiogène et vecteur de pulsions destructrices, ne leur apporte pas.

4.2. L'érotisation de la vie

Cette deuxième notion pose le problème de l'investissement de son corps et du corps de l'autre. Elle touche non seulement à la sexualité, mais aussi à la façon de soigner le corps, de le vêtir, de le parer, de le respecter ou, au contraire, de le négliger, voire de le haïr.

Les structures proposent très souvent un mode d'accueil qui impose une promiscuité, rendant difficile la différenciation des sexes et des générations (au Centre ouvert fédéral et à l'ILA, une chambre est octroyée par famille). De nombreuses familles vivent dans une atmosphère incestuelle, source d'embarras, de gêne, de honte pour les parents comme pour les enfants. Ces situations réinterrogent les notions de pudeur/impudeur, de décence/indécence, de voilé/dévoilé, de séduction active/passive, etc.

De plus, il n'est pas rare que des enfants puissent assister à des relations intimes entre leurs parents, accédant ainsi, de façon brutale, à une réalité que leur psychisme va devoir élaborer. De telles situations peuvent aussi concerner les parents ou beaux-parents qui ont émigré avec le couple.

Les adultes isolés, vivant eux dans des chambres communes avec généralement cinq inconnus, éprouvent autant de difficultés à avoir des moments d'intimité. Le fait que les autres résidents soient souvent au courant qu'une relation sexuelle a lieu dans une chambre commune ôte à cette relation duelle son caractère intime, privé. Les problématiques du voyeurisme et de l'exhibitionnisme peuvent s'ajouter à une sexualité qui intervient dans un contexte déjà compliqué.

D'une façon générale, l'érotisation peut se décliner en contraires : aimer/haïr son corps et celui des autres (violences contre soi et contre les autres), le montrer ou le cacher, en tant que signifiant culturel (voile, vêtements traditionnels...) ou en tant que référent pulsionnel (accepter ou refuser d'être l'objet de regards, de désirs...).

4.3. La question de la loi et de l'interdit

La vie communautaire impose une série *d'interdits* et limite obligatoirement la liberté des individus. Certains demandeurs d'asile éprouvent plus de difficultés à respecter ces interdits qu'ils perçoivent comme une entrave à leur autonomie sociale. Ils élaborent alors une série « d'astuces » afin de contourner les interdits⁴³.

D'autres personnes éprouvent au contraire un important besoin de structures au niveau spatial, temporel, collectif, etc. Le Surmoi rappelle les interdits, mais c'est également une fonction de sécurité, qui balise et structure l'individu. Ces personnes peuvent mettre en relation la perception de ces interdits avec une forme d'acceptation sociale, de respect. Elles rationalisent à l'extrême : si le règlement impose une série de prescriptions, c'est que toutes ont une raison d'être et concourent à leur adaptation.

4.4. La problématique du Moi

Tout individu est soumis à des tensions existentielles. Il doit ainsi concilier trois éléments constitutifs de son identité (Bajoit, 2003). D'une part, chaque personne possède un ensemble de "projets identitaires", une idée de ce qu'elle voudrait être, faire, devenir : c'est *l'identité désirée*. D'autre part, la personne se fait une idée de ce que les autres attendent de lui : c'est *l'identité assignée*. Cette seconde sphère identitaire concerne la perception par l'individu des attentes d'autrui. Enfin, la troisième sphère concerne *l'identité engagée*, c'est-à-dire ce que la personne réalise, concrètement, ce qu'elle fait de sa vie.

L'individu est en constant débat intérieur entre ces trois types d'identité : ses désirs ne sont pas nécessairement en rapport avec ce que la société attend de lui ; ce qu'il est n'est pas nécessairement conforme à ce qu'il souhaiterait être ou ce que la société voudrait qu'il soit, etc. Cette difficulté de concilier ces trois identités engendre des conflits. L'affirmation d'un Moi fort permet de faire face aux conflits.

Dans le vécu quotidien des demandeurs d'asile, ces conflits identitaires sont omniprésents. Les nouvelles assignations sociales sont parfois en rupture, en désaccord

⁴³ Par exemple, il est impossible au Centre ouvert fédéral de choisir son programme télévisé, les télévisions étant enfermées dans un caisson. Les personnes ont alors improvisé une télécommande "maison" : une ouverture percée dans le caisson et une brosse à dents. Cet exemple n'est pas le seul : dans de nombreux domaines du quotidien, les personnes adoptent une forme de soumission apparente à la loi, mais la contournent avec ingéniosité lorsque cette loi leur ôte trop de contrôle sur leur vie.

total avec les assignations sociales de la société d'origine, d'une part, avec ce que la personne désire, d'autre part. Dès lors, il s'agit de se repositionner, de se réadapter, de trouver de nouveaux repères, et ce, dans tous les domaines de la vie.

Conclusion

Il importe que l'action sociale puisse déboucher sur des pratiques, des actions susceptibles de soutenir l'élaboration d'identités porteuses d'avenir, dans le sens d'une santé physique, sociale et psychologique accrues, nécessaires à l'épanouissement humain.

L'aide matérielle et psychosociale octroyée par les structures d'accueil est une aide précieuse et essentielle pour les demandeurs d'asile. Les professionnels travaillant au centre ou en ILA, que nous avons rencontrés à plusieurs reprises, réalisent un excellent travail avec compétence et humanité. Ils sont cependant limités dans leurs actions par le poids d'un système qui reste essentiellement basé sur une logique de protection sociale. Cette conception de l'aide sociale a néanmoins montré ses limites dans de nombreux domaines et certains spécialistes appellent de leur vœu l'avènement d'un nouveau social, visant à dépasser les limitations de l'aide et de la protection sociale (Donzelot, 1991). Le Nouveau social postule que les acteurs sociaux sont les mieux placés pour appréhender leurs propres problèmes et sont capables de participer à l'amélioration de leurs conditions de vie. En d'autres termes, pour reprendre les expressions de Mannoni (2000), il s'agirait de passer des politiques « d'aides-charité » à des politiques « d'aides-dignité » et « d'aides-responsabilité », à travers le développement communautaire. C'est dans cette perspective que nous allons tenter d'inscrire une ébauche de modèle d'action sociale.

Ce modèle d'action doit s'adresser à l'ensemble des composantes de l'identité d'une personne, à savoir les composantes affectives, cognitives, sociales et idéologiques. En d'autres termes, il s'agit de :

- *renforcer les croyances d'efficacité*

La présente étude montre que les personnes possédant de fortes croyances d'efficacité développeraient des pratiques et des attitudes leur permettant d'offrir une meilleure résistance face aux événements susceptibles de menacer leur santé physique et psychosociale.

Ces croyances d'efficacité ont, selon Bandura, quatre sources. Parmi celles-ci, les expériences actives de maîtrise occupent une place essentielle. L'action sociale en direction des personnes réfugiées doit donc créer un environnement favorisant le vécu de ces expériences et le traitement subjectif de celles-ci afin qu'elles deviennent sources d'efficacité perçue. Ainsi, la mise en place de situations de réussite et de dépassement de soi, dans un cadre valorisant le plaisir, l'ouverture au monde extérieur, le travail en partenariat et la solidarité sont des pistes d'actions concrètes pour assurer le renforcement ou le développement de croyances d'efficacité accrues.

- *favoriser l'affiliation aux groupes d'origine*

L'affiliation renvoie à l'attachement d'un individu à un groupe d'appartenance. Il est essentiel de tenir compte de l'ensemble des groupes auxquels l'individu peut être attaché, que ce soit la famille, les personnes de la même ethnie, voire les autres réfugiés, en tant que nouveau groupe d'appartenance constitué par l'immigration. L'action sociale doit mener une politique de la reliance, c'est-à-dire rétablir du lien dans l'environnement, un lien qui a du sens pour l'individu (Bolle de Bal, 1996)

- *créer des opportunités d'accomplissement personnel et collectif*

L'accomplissement renvoie au besoin de réussite, de maîtrise sur l'environnement. Il importe, dans une perspective d'épanouissement, de veiller à mettre en valeur les savoirs informels et formels et les compétences de chaque individu. Par exemple, la mise en œuvre d'un projet collectif, favorisant la corésolution des tâches dans une relation symétrique et partenariale entre tous les acteurs concernés. Le rôle du travailleur social sera de favoriser une dynamique interactive, stimulant l'expression des différents points de vue, la confrontation des idées, la négociation et la résolution de conflits.

- *favoriser l'inscription sociale*

Nous avons préféré le terme d'inscription sociale à celui d'intégration. En effet, l'intégration renvoie généralement à une insertion assez normative dans la société d'accueil, bien que des auteurs aient nuancé cette notion, en la distinguant de l'assimilation⁴⁴. Par inscription sociale, nous entendons les stratégies que les personnes étrangères vont développer pour résoudre le clivage socioculturel lié à la migration. Il y aurait presque autant de formes d'inscriptions sociales que d'individus, certaines s'avérant peut-être plus efficaces que d'autres. Il s'agit ici de favoriser une inscription sociale qui ferait du réfugié un acteur de la nouvelle société tout en respectant son degré d'implication et ses valeurs.

- *favoriser l'historicité*

Les individus sont porteurs d'une histoire personnelle, culturelle, sociale. Ils ont incorporé, inconsciemment, une multitude de schèmes de perceptions, de pensées et d'appréciations communs à leur groupe d'appartenance (Pourtois et Desmet, 1993). La migration intervient comme un bouleversement dans ces habitus⁴⁵ de groupe : les demandeurs d'asile vivent une rupture, une déconnexion avec leur passé et donc avec leur histoire.

Il importe donc de favoriser l'historicité de ces personnes, afin d'assurer un enracinement et une continuité identitaires. Pour ce faire, il est nécessaire que l'individu prenne conscience de la façon dont il porte en lui son histoire, et dont cette histoire influe sur ses stratégies actuelles. C'est en réécrivant sa propre vie, par une autoformation biographique, que la personne pourra révéler et donner sens à son histoire. Cette conscientisation permet à la fois d'ancrer le sentiment d'appartenance de l'individu à son groupe d'origine et à la fois de créer des stratégies pouvant réorienter son histoire, la modifier afin de faire face aux situations nouvelles.

- *développer des politiques de promotion de la santé*

Pour mettre en œuvre des actions de promotion de la santé favorisant le développement d'attitudes positives, il importe, comme le soulignent Lavoie et Panet-Raymond (1996)

⁴⁴ L'assimilation est « l'acquisition des modes collectifs de comportement, de communication, etc. de façon à ce que l'étranger devienne « invisible » » (Marger, 1994, cité par Manço, 1999).

⁴⁵ Systèmes de dispositions (c'est-à-dire de manières de voir, de percevoir, de penser...) durables, ouverts et non immuables. Les habitus sont intériorisés par les individus au terme d'un long processus d'imprégnation au sein de leur environnement.

de prendre en compte certains éléments. Les ressources dont dispose le public ciblé (institutionnelles, locales, communautaires), les valeurs culturelles du groupe, ses besoins doivent être envisagés avec soin. Cette première étape de l'action permettra de déterminer le type de projet, l'objectif visé, les stratégies pour atteindre cet objectif, en étant au plus proche des besoins et attentes du groupe. Une action de promotion de la santé « pré-fabriquée », sans tenir compte des caractéristiques spécifiques d'un groupe donné n'offrirait qu'un intérêt limité. Alors que si cette action est pensée avec le groupe, définie et préparée ensemble, sa portée serait plus large.

Ces différentes actions doivent partir des besoins des individus et donc être adaptées aux différents parcours, aux différentes conceptions culturelles, aux différents états émotionnels et physiologiques, etc. Elles doivent s'ancrer dans une auto-réflexivité des intervenants sociaux par rapport à leurs propres valeurs, cultures, représentations de l'autre et de soi. Elles doivent aussi considérer le demandeur d'asile comme le meilleur partenaire de son propre développement, en favorisant son autonomie dans le centre et à la sortie.

Ce qui apparaît ici pourra peut-être servir de champ de réflexion pour permettre aux responsables de l'Europe de demain de développer des politiques d'asile à dimension humaine. Les événements de vie qui ont ici été perçus sous l'angle d'une certaine souffrance évolueront alors vers une opportunité de développement. Cette « zone de transit » deviendrait alors une zone de transition, une façon de prendre son élan pour pouvoir plonger dans une vie nouvelle. Une vie où souffrances, doutes, questionnements seront certes présents, mais où ils côtoieront des expériences positives, des auto-crétions, un épanouissement. Où l'humain sera toujours porteur d'espoir, de ressources, d'avenir... Une humanité respectueuse des cultures et de tout un chacun.

Encadré 1 : Démarche de recherche

Dans une recherche-action – qui s’appuie avant tout sur les savoirs des acteurs, permettant d’ancrer la recherche dans une dimension démocratique – concernant des personnes provenant de milieux, de cultures, d’origines très diversifiés, il importe d’éviter tout a priori culturel et normatif. Pour ce faire, une démarche de type anthropologique semble la plus pertinente.

Des entretiens, des récits de migration ont permis de mieux comprendre le vécu migratoire de familles ou de personnes isolées qui vivent en Belgique depuis peu de temps.

L’observation participante offre l’avantage d’aller au plus proche du vécu des personnes. Le chercheur observe la réalité qu’il étudie au plus près de ceux qui la vivent, en interaction permanente avec eux, ce qui implique une longue présence sur le terrain.

Les procédés de recension (inventaires, plans...) et les sources écrites (listings...) ont permis de compléter les données.

Afin de répondre aux questions de recherche, un outil particulier a été utilisé : la **photographie**. Des demandeurs d’asile ont pris des photographies de leur quotidien, sans autre instruction préalable que « Pouvez-vous montrer votre vie de demandeur d’asile ? ». Cette méthode permet d’aborder le quotidien à travers un autre mode de communication et de favoriser *l’empowerment* et la *valorisation sociale* des personnes, qui sont placées non pas dans une position de sujet passif, mais d’acteur-expert.

La recherche-action postule en effet que ce sont les acteurs qui sont le plus à même de déterminer leurs besoins et les changements nécessaires. De plus, l’usage de la photographie permet d’éviter que les a priori du chercheur n’interfèrent dans la prise de données : en effet, un entretien de type compréhensif (Kaufmann, 1996) s’élabore autour du support photographique, laissant la personne libre d’orienter l’échange comme elle l’entend.

Encadré 2 : Echantillon de la recherche

Des personnes récemment immigrées en Belgique ont été rencontrées dans trois villes du Hainaut : Frameries, Morlanwelz et Fontaine-l'Evêque.

Il s'agit de trois modes d'accueil différents et de populations pouvant varier (bien qu'elles soient majoritairement composées de demandeurs d'asile) :

- une Initiative Locale d'Accueil (ILA) à Frameries ;
- un centre ouvert fédéral à Morlanwelz ;

Ces deux modes d'accueil concernent les personnes qui sont dans la première phase de la procédure de demande d'asile.

- des personnes en codes 207 à Fontaine-l'Evêque

Le code 207 signifie qu'un CPAS est attribué lorsque le dossier du demandeur d'asile est recevable et que « l'examen au fond » est en cours.

Toutes les familles résidant à l'ILA de Frameries au moment de la prise des données ont été rencontrées à deux ou trois reprises. L'échantillon porte sur 33 personnes. A Fontaine-l'Evêque, une partie des familles résidant dans la commune et bénéficiant des aides du CPAS de Fontaine-l'Evêque ont été touchées (20 personnes). Au Centre ouvert de Morlanwelz, où la capacité d'accueil est de 160 personnes, nous avons rencontré 66 adultes, accompagnés de 38 enfants sur une période de treize mois.

Bibliographie

Bajoit G. (2003). Le changement social. Paris : Armand Colin Editeur.

Bandura A. (2003). Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle. Bruxelles : De Boeck.

Bolle De Bal M. (1996). La reliance. Voyage au cœur des sciences humaines (deux tomes). Paris : L'Harmattan.

Bourdieu P. (1994). Raisons pratiques. Paris : Seuil.

Cossée C., Lada E., Rigoni I. (2004). Faire figure d'étranger. Paris : Armand Colin Editeur.

Donzelot J. (dir. publ.). (1991). Face à l'exclusion. Le modèle français. Paris : Editions Esprit.

Doron R., Parot F. (1998). Dictionnaire de psychologie. Paris : P.U.F. (1^{ère} édition: 1991).

Dumont C. (2003). L'identification des facteurs qui vont favoriser la participation sociale des adultes présentant des séquelles de traumatisme cranio-cérébral. Thèse présentée en vue de l'obtention d'un Doctorat en santé communautaire. Faculté de médecine. Université Laval.

Ionescu, S., Jacquet, M.-M., Lhote, C. (2004). Les mécanismes de défense. Théorie et clinique. Editions Nathan.

Kaufmann J.-C. (1996). L'entretien compréhensif. Paris : Nathan.

Lavoie J., Ponet-Raymond J. (1996). L'action communautaire, centre de formation. (2^e édition).

Manço, A. (1999). Intégration et identités. Stratégies et positions des jeunes issus de l'immigration. Bruxelles : De Boeck.

Manço, A. (2002). Compétences interculturelles des jeunes issus de l'immigration. Perspectives théoriques et pratiques. Paris, Turin, Budapest : L'Harmattan.

Mannoni P. (2000). La malchance sociale. Editions Odile Jacob.

Pourtois J.-P., Desmet H. (1993). Que nous enseigne le terrain de la prévention. Etude de l'effet "terrain". Communication présentée à la Journée annuelle d'étude et d'information "La prévention générale : objectif assigné aux Conseils de l'Aide à la Jeunesse", vendredi 29 janvier 1993, Louvain-la-Neuve.

Pourtois J.-P., Desmet H., Lahaye W. (2003). La protension en éducation familiale. Recherches et interventions menées par les Centre de Recherche et d'Innovation en

Sociopédagogie familiale et scolaire (CERIS). Université de Mons-Hainaut – 1969-2003. Mons : Presses Universitaires de Mons.

Pourtois J.-P., Desmet H. (2004). L'éducation postmoderne. Paris : P.U.F. (4^e édition).

Robinson, Bernard. (2003). Psychologie clinique. De l'initiation à la recherche. Editions De Boeck.

Tandonnet M. (2001). Le grand bazar ou l'Europe face à l'immigration. Paris : L'Harmattan.

Partie 2

Le travail des professionnels avec les enfants et les familles primo-arrivantes

Travailler ensemble : vers un réseau de professionnels pour un meilleur service aux familles primo-arrivantes.

Genèse et cheminement d'une recherche-action à Cureghem (Anderlecht⁴⁶)

Anne-Françoise Dusart, Joëlle Mottint, Perrine Humblet
Unité Politiques et Services à l'Enfance
Ecole de Santé Publique – Université Libre de Bruxelles

Introduction

Les recherches les plus récentes sur les déterminants de la santé et du bien-être convergent à propos de l'importance du contexte collectif de vie (voisinage, quartier, région) et des dynamiques qui s'instaurent à ce niveau en liaison avec les déterminants individuels. (Kawachi, et al, 2002) (Beauvais and Jenson, 2003). L'importance du contexte restreint ou élargi est également soulignée par Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1977). Dans le modèle d'analyse centré sur l'enfant de Bronfenbrenner, la perspective écologique du développement met en avant la complexité des relations entre les facteurs déterminant le développement de l'enfant, allant des milieux proches où évolue l'enfant au voisinage ou au quartier, puis aux contextes plus larges comme les institutions, la culture et les politiques. On peut constater que certaines politiques sociales intègrent résolument le renforcement des contextes collectifs comme un objectif d'égale importance avec l'amélioration des déterminants au niveau individuel. C'est ainsi que la politique axée sur les enfants au Canada intègre deux facteurs relatifs au cadre familial, assurer aux ménages des conditions économiques suffisantes et aux enfants un entourage parental « efficace », et un facteur relatif au contexte, organiser des milieux de vie en communauté qui sont favorables à l'enfance et aux familles. Parmi ceux-ci sont mentionnés les milieux d'accueil, les écoles, les activités récréatives et culturelles, les opportunités de logement social, les milieux d'aide sociale, de protection et de prévention sociale.

⁴⁶ Anderlecht est une des 19 communes de la Région bruxelloise.

- C'est en partant d'une hypothèse sur l'importance du contexte pour le bien-être social et la santé physique et psychique des enfants primo-arrivants que nous avons mené une recherche-action au niveau d'un quartier bruxellois, avec pour objectif de contribuer à l'organisation de milieux communautaires favorables à l'enfance et aux familles primo-arrivantes.

Cette approche se base sur un travail avec les professionnels du tissu local et vise à améliorer leurs capacités à favoriser la résilience des familles primo-arrivantes à travers la mise en oeuvre d'un réseau et l'accompagnement de projets impliquant des partenariats.

Il faut noter que les familles primo-arrivantes installées dans un quartier connaissent, en raison de leur situation de séjour illégal et de leur non-reconnaissance en tant que sujets de droits, des conditions d'existence qui ne sont pas nécessairement comparables avec celles qui se trouvent dans des structures d'hébergement telles qu'analysées par ailleurs dans l'ouvrage⁴⁷.

Nous présentons ici différents aspects de la recherche-action en détaillant le cheminement conduisant à la mise sur pied du réseau et, plus récemment, à l'accompagnement d'une initiative d'accueil d'enfants basée sur la participation des familles et le travail en partenariats locaux: le projet de crèche parentale à Cureghem..

L'accent est mis tant sur le processus en œuvre que sur les données de fond concernant la problématique des familles primo-arrivantes au sein d'un quartier. Le texte vise en outre à dégager les spécificités de l'émergence d'un réseau de professionnels dans un quartier à forte densité de familles primo-arrivantes.

⁴⁷ Cf. Le vécu migratoire des familles, Etre parent dans un centre ouvert.

Atouts de la recherche-action pour développer un réseau de professionnels au sein d'un quartier à forte densité de familles primo-arrivantes

Comme la recherche classique, la recherche-action est une démarche dont la qualité s'appuie sur un cadre rigoureux concernant autant la démarche que l'identification des résultats. Lamoureux et al. (1996, p. 159) définissent la recherche-action comme «une modalité de recherche fondamentale qui rend l'acteur chercheur et qui amène l'action vers des considérations de recherche (...) La démarche de la recherche-action valorise une connaissance centrée sur le changement social, elle met l'accent sur la connaissance pratique des individus et des groupes plutôt que sur la connaissance « scientifique » et elle fait sien un principe de l'anthropologie qui veut que les membres d'un groupe social connaissent mieux leur réalité que les personnes extérieures au groupe. »

Dans la recherche-action, les chercheurs et les acteurs sociaux collaborent dans un cadre relationnel mutuellement reconnu pour transformer une situation concrète considérée comme insatisfaisante, tout en dégagant des connaissances utiles à l'action. Les aspects institutionnels, sociaux, culturels, organisationnels et autres facteurs qui sont susceptibles d'influer sur l'action sont pris en considération comme objet de réflexion. Par ailleurs, la recherche-action est, par nature, limitée dans le temps⁴⁸. Cette contrainte oblige à concevoir l'intervention comme une impulsion et, donc, à veiller à mettre en place les conditions nécessaires à la pérennité du projet au-delà du mandat de l'équipe universitaire et de sa présence sur le terrain.

Ces principes sont à la base de l'intervention menée à Cureghem. Celle-ci vise en effet deux finalités favorisant l'adaptation et la résilience des familles primo-arrivantes. D'une part, travailler avec les professionnels impliqués dans le quartier pour affiner avec eux la connaissance de la situation locale, augmenter leurs compétences, réduire leur isolement, impulser ou améliorer le travail en réseau. D'autre part, soutenir des projets locaux sur base de partenariats.

⁴⁸ Limite de temps imposée notamment par le financement de la recherche-action.

Du choix du quartier d'intervention à la mise sur pied d'un réseau, en passant par la constitution d'un groupe intersectoriel

Les différentes démarches qui sont présentées ci-dessous retracent le cheminement méthodologique de la recherche-action. Le texte comporte trois lectures : les dimensions méthodologiques « généralisables », qui décrivent l'émergence d'un réseau de professionnels dans un quartier à forte densité de familles primo-arrivantes ; leur concrétisation locale sur le terrain d'intervention bruxellois; et enfin, les observations issues du travail mené concernant les familles résidant dans le quartier.

En réalité, ces différents niveaux de lecture visent à simplifier un énoncé alors que la spécificité de la méthode utilisée n'est pas simple à expliciter, en raison de son caractère éclectique, itératif et adaptatif.

- Eclectique parce que les types de données sont multiples et déterminés en partie par les données disponibles sur le terrain « L'enquête de terrain fait feu de tout bois. Son empirisme est résolument éclectique et s'appuie sur tous les modes de recueil de données possibles » (de Sardan O., 1995)
- Itératif car la recherche-action se construit dans un processus permanent d'allers retours entre recueil de données et analyse, entre analyse et restitution de celle-ci, entre action et production de connaissances, entre savoir pratique et savoir théorique, entre imprégnation et prise de distance.
- Adaptatif, enfin, parce que la méthode se construit au fur et à mesure.

Les étapes décrites ci-dessous s'imbriquent donc en réalité les unes dans les autres, les éléments récoltés à chaque stade obligeant sans cesse à reconsidérer à leur lumière les éléments obtenus au stade précédent et à réajuster en conséquence la méthodologie établie afin de pouvoir passer au stade suivant.

Déterminer le lieu d'intervention

Pour favoriser le dialogue et les échanges entre professionnels et enclencher une dynamique de travail à échelle humaine, la dimension « quartier » est particulièrement pertinente.

Comment sélectionner le(s) quartier(s) au sein duquel l'intervention sera menée ? Cette sélection peut être résolue de manière pragmatique à la demande d'acteurs locaux en se fondant sur des connaissances acquises de quelques quartiers. Elle peut également être faite de manière plus théorique en se fondant sur des critères externes. Cette option d'utiliser des critères externes pour identifier le quartier d'intervention n'est pas sans conséquences. La première est liée à l'absence de demande préalable d'intervention de la part des acteurs de ce quartier. La seconde provient du fait que la méthode risque de privilégier les contextes qui se présentent comme un condensé de difficultés sociales et économiques.

La décision prise par notre équipe est intermédiaire. Elle repose sur les connaissances acquises antérieurement des quartiers bruxellois par rapport aux milieux d'accueil de jeunes enfants et à l'accueil extrascolaire, mais également sur des critères externes. Cette caractéristique détermine la nature de cette étape en lui fixant pour objectif premier le repérage et la validation du choix d'un quartier.

→ Ancrage local

Le quartier de Cureghem-Nord (Anderlecht) est sélectionné, sur base de plusieurs critères : la concentration d'indicateurs géographiques de précarité socio-économique, la présence d'enfants primo-arrivants dans les écoles de ce quartier (10% à 25% des enfants des écoles sont présents en Belgique depuis moins de trois ans), des entretiens menés par les chercheurs auprès de familles et de professionnels du quartier, ainsi que la présence de nombreuses ressources au sein du quartier dans le domaine de l'enfance.

Poser un diagnostic du quartier et le valider avec les acteurs locaux

L'étape suivante consiste à acquérir une connaissance précise relative à la situation à améliorer par la recherche-action et à dresser l'inventaire des ressources disponibles et mobilisables à cette fin au sein du quartier. La démarche est une étude de communauté (Moscovici, 2003)

Les moyens pour acquérir cette connaissance sont de plusieurs types :

- recueil de données quantitatives, indicateurs socio-démographiques et économiques, données administratives comptabilisant les enfants primo-arrivants dans les écoles, etc.
- recueil d'informations qualitatives : précieuses car elles permettent de refléter le vécu des familles et des professionnels, ainsi que la représentation de chacun quant à son environnement de vie ou de travail.

Cette connaissance du contexte passe également par l'identification des dynamiques locales dans lesquelles l'intervention va prendre place : repérage et imprégnation du quartier constituent deux stratégies utiles pour y parvenir.

Pour valider le diagnostic posé sur le quartier, il est important de restituer l'ensemble des informations rassemblées auprès des professionnels qui ont contribué en partie à les produire, afin que ceux-ci puissent s'approprier l'analyse, la valider, l'affiner et la poursuivre.

Cela représente une étape essentielle, car elle constitue la force initiale susceptible d'enclencher le processus d'actions.

→ Ancrage local

Une trentaine de professionnels ayant une pratique auprès des familles primo-arrivantes sont rencontrés en entretiens individuels, ainsi que quelques familles primo-arrivantes. Un entretien de groupe est également mené auprès de femmes primo-arrivantes, réunies à l'occasion d'un cours de français. Un travail de repérage et d'imprégnation est rendu possible par une présence régulière des chercheurs au sein du quartier : participation aux rencontres organisées par la Commission Santé de Cureghem, observation participante à la ludothèque, présence lors d'événements locaux marquants.

→ Résultats

Ce sont des questions sensibles, des difficultés mais aussi des éléments encourageant et légitimant l'initiative qui sont soulignés, dont ressortent plusieurs éléments concernant la population du quartier, la dynamique locale et les professionnels intervenant localement.

Concernant la population du quartier :

- Les problèmes administratifs et de survie rencontrés quotidiennement par les familles primo-arrivantes, le plus souvent amplifiés par une faible maîtrise du français ou du néerlandais. Face à ces problèmes, on note un grand sentiment d'impuissance des professionnels du quartier, en particulier à l'égard des personnes en situation irrégulière.
- La capacité de résilience des familles par rapport aux événements traumatiques, passés ou présents, est aussi un élément dont il faut tenir compte.
- L'usage de la langue maternelle et du français, ou encore la question de la diversité: rapports avec les parents, condition de la femme primo-arrivante, rapports avec la religion et les autorités religieuses, par exemple.
- L'optimisme et l'attitude positive de projection dans l'avenir des familles primo-arrivantes, en particulier concernant leurs enfants dont elles conçoivent l'avenir en Belgique ; en témoigne notamment l'attitude de certaines familles tendant à valoriser exclusivement l'utilisation du français, allant quelquefois jusqu'à renier leur langue maternelle.

Concernant la dynamique du quartier et les professionnels :

- L'existence de nombreuses ressources au sein du quartier ; ce sont bien sûr les écoles, mais aussi la consultation de l'ONE, les espaces ludiques de type « Maison des familles », les services destinés à l'accueil des plus petits, la coordination communale de l'accueil extrascolaire, les ressources en insertion socio-professionnelle telles que la Mission locale, etc. Ces ressources constituent autant de bases de soutien potentielles pour les familles primo-arrivantes.
- L'absence de projet politique consistant dans le quartier et la multitude de projets imposés de l'extérieur sans liens cohérents entre eux, engendrant un sentiment d'abandon tant chez les professionnels que chez les habitants du quartier.

- Un souhait est exprimé pour la recherche-action; il concerne la volonté de ne pas ériger en priorité absolue des actions qui ne seraient destinées qu'aux familles primo-arrivantes; d'autres publics sont également ciblés, le but étant de construire des projets accessibles à tous et dont tous bénéficieraient.

Constituer un groupe de travail intersectoriel

Cette première co-analyse contextuelle de la situation locale nécessite d'être approfondie de manière collective.

Partant du diagnostic où l'accueil des familles primo-arrivantes au sein d'un quartier est liée au fonctionnement de l'ensemble du quartier, l'ensemble des acteurs du quartier concernés par cette thématique, tous secteurs confondus est invité à une réflexion commune visant le travail en partenariat. C'est l'objet de l'organisation d'un groupe de travail intersectoriel.

Ce travail commun de réflexion poursuit un double but ; à court terme, il vise à favoriser les synergies et la complémentarité entre chacun des intervenants, en décloisonnant et en élargissant le champ de compétences commun ; à plus long terme, il vise à installer un groupe permanent où chacun serait ressource par rapport aux autres en ce qui concerne la thématique des familles primo-arrivantes. Fixer des objectifs intermédiaires réalistes permet d'avancer pas à pas dans la réflexion.

Le cheminement de travail du groupe intersectoriel de Cureghem peut comporter plusieurs phases « en boucle » :

- Une première phase d'échanges entre chercheurs et professionnels du quartier permet au groupe d'entamer un travail de co-construction d'un cadre de travail opérationnel par l'élaboration d'une représentation commune de la réalité des familles primo-arrivantes au sein du quartier. Elle permet également d'identifier les besoins du groupe préalablement à la mise en place de projets concrets visant à améliorer l'accueil de celles-ci.
- La seconde phase pose les jalons méthodologiques qui vont guider le travail du groupe de manière à atteindre les objectifs fixés. Elle s'accompagne d'une

réflexion sur la déontologie des échanges d'information et des réflexions concernant les personnes.

- La troisième phase entame véritablement le travail de réflexion susceptible de rencontrer les objectifs fixés, dans le cadre de travail co-construit et de la méthodologie cooptée. Cette troisième phase donne lieu à de nouveaux constats modifiant, affinant, complexifiant la représentation commune de la réalité des familles primo-arrivantes au sein du quartier, obligeant le groupe à réajuster mentalement son cadre de travail co-construit lors de la première phase.

→ **Ancrage local**

Le groupe intersectoriel se constitue au sein du quartier, sous l'impulsion de l'équipe universitaire, autour d'un noyau formé de représentants des institutions, associations ou services suivants : écoles, consultation enfant de l'ONE, ludothèque de quartier, Mission locale, Antenne Scolaire⁴⁹, maison de quartier organisant des activités extrascolaires, maison des familles⁵⁰, centre de santé mentale, coordination communale de l'accueil extrascolaire⁵¹.

Le groupe se fixe des objectifs concrets. Il s'agit, notamment, d'améliorer la visibilité du travail et la connaissance mutuelle de chacun ; d'identifier les mandats respectifs, les demandes issues des familles primo-arrivantes auxquelles les professionnels sont confrontés, et la manière d'y répondre ; de repérer les types de demandes qui parviennent indifféremment aux professionnels, quel que soit leur domaine d'intervention ou leur mandat ; d'estimer la proportion de demandes qui se recouvrent, ainsi que l'importance des demandes « hors mandat » ; d'identifier, enfin, les relais adéquats en repérant parallèlement les manques éventuels.

⁴⁹ L'Antenne Scolaire a notamment pour mission de gérer les demandes des familles concernant la recherche d'une école.

⁵⁰ La Maison des familles, entre autres, propose un lieu de rencontre et d'échanges entre mamans, accompagnées de leurs enfants.

⁵¹ Celle-ci organise la coordination des initiatives d'accueil extrascolaire au sein de la commune dans le cadre du décret du 3 juillet 2003 relatif à la coordination de l'accueil des enfants durant leur temps libre et au soutien de l'accueil extrascolaire.

Deux méthodes successives sont adoptées.

- ◆ **La première consiste**, pour les acteurs de terrain, à analyser et à présenter leur pratique professionnelle à partir d'un cas, d'une situation qu'ils estiment illustrative des demandes qu'ils reçoivent des familles primo-arrivantes.

Cette méthodologie présente de nombreux avantages.

- Ainsi, la mise en commun des différentes demandes et réalités des familles permet à chacun d'acquérir une meilleure vision globale de la question. Elle accroît de ce fait la connaissance du groupe à l'égard des familles, permet de mieux cerner les interactions entre celles-ci et les professionnels et de s'interroger ensemble sur l'aspect déontologique des pratiques à leur égard.
- De même, le recours à ce type de méthodologie est susceptible de produire des effets renforçateurs sur l'identité des professionnels du quartier : identité professionnelle personnelle, d'une part, chacun étant amené, en présentant sa pratique et en confrontant son point de vue à celui des autres membres du groupe, à clarifier son propre rôle et son propre mandat ; identité collective, d'autre part, des travailleurs du secteur « médico-socio-pédagogique » du quartier.
- Elle permet, en outre, de développer un contrôle social des pratiques susceptible, à terme, d'améliorer celles-ci.
- Elle vise enfin l'élaboration commune de recommandations à relayer.

Des balises déontologiques sont posées :

- par rapport aux familles dont la situation sera rapportée au cours de ces rencontres : comment assurer leur anonymat et la confidentialité des débats? Des consignes sont élaborées à cette fin, telles que, par exemple, ne pas s'attacher à l'anecdotique, n'aborder que les aspects les plus significatifs en éliminant tout détail inutile à la compréhension, ne citer ni nom, ni prénom, parler de situations résolues, etc.
- par rapport aux professionnels. Parler de sa pratique et s'exposer au regard des autres professionnels n'est pas sans dangers si l'on ne définit pas a priori des règles strictes en la matière ; cette difficulté peut être dépassée dès lors que l'on accepte l'idée selon laquelle aucune critique ne peut être adressée aux

professionnels à propos de leur pratique, partant du principe que chacun est seul compétent dans sa matière.

- ◆ **La seconde** vise à dégager, au départ des informations issues des présentations individuelles de situations, une perspective d'ensemble des demandes des familles et des pratiques au sein du quartier.

L'outil utilisé à cette fin est la grille de lecture conçue par l'équipe UNI-SOL de l'Université de Mons-Hainaut suite à un travail effectué avec les résidents du centre d'accueil fédéral de Morlanwelz, sur base du modèle des douze besoins de Pourtois et Desmet⁵².

Cette grille répertorie, en 5 dimensions subdivisées en 29 sous-dimensions, l'ensemble des besoins de l'individu auxquels il faut pouvoir répondre afin d'assurer à celui-ci les conditions de son bien-être physique et psychique.

Les cinq dimensions reprennent besoins de liens d'attachement, besoins d'accomplissement, besoins d'inscription sociale, transmission des valeurs et besoins physiques. Les sous-dimensions concernent : l'intimité, le soutien social, les relations sociales, l'investissement, l'autonomie, la scolarité, la formation, le travail, les activités, l'information et l'accompagnement socio-administratif, la participation sociale, l'apparence physique, les interdits, la procédure, la langue, l'éducation familiale, les croyances, l'environnement, le vécu antérieur, l'habillement, le logement, l'exercice physique, la nutrition, l'hygiène, l'assistance médicale, le sommeil, le coping.

L'exercice consiste, pour les professionnels, à cocher chaque sous-dimension de la grille pour lesquelles ils sont amenés à répondre à des demandes des familles dans leur travail quotidien et ce, qu'ils soient ou non mandatés pour répondre à ce type de demandes. Il leur est aussi demandé d'indiquer, pour chaque type de demande rencontrée, le type de réponse apportée, à savoir une réponse par action immédiate ou par relais de la demande.

⁵² Pourtois JP. Et Desmet H (2004) L'éducation postmoderne. Paris, PUF (3^{ème} édition). Cette grille est détaillée dans la partie « Etre parent dans un centre ouvert » de ce document.

La superposition des différentes grilles permet de dresser un tableau d'ensemble mettant en perspective mandats, demandes des familles et types de réponses apportées par chaque professionnel du quartier dans le cadre respectif de son domaine d'intervention, pour chaque dimension et sous-dimension de la grille.

→ Résultats

Le groupe intersectoriel se réunit huit fois en l'espace de douze mois, de février 2004 à février 2005. Sous l'effet de la réflexion commune, de multiples aspects de la problématique émergent, sous forme de questions à clarifier, de constats à prendre en compte et de besoins à rencontrer.

Eviter la ghettoisation tout en tenant compte des cohabitations difficiles

La nécessité se fait sentir de mieux définir le public que le groupe de travail souhaite cibler dans sa réflexion et ses actions. Qu'entend-on par « familles primo-arrivantes » ? Cible-t-on les familles arrivées en Belgique depuis moins d'un an, se trouvant le plus souvent en situation d'exclusion extrême, auquel cas il faut réfléchir et travailler en termes d'urgence, ou décide-t-on de travailler de manière plus large avec les familles récemment arrivées en Belgique (par exemple, depuis moins de 5 ans), ce qui ouvre d'autres perspectives de travail ? De même, souhaite-t-on créer des services et des activités spécifiquement destinées aux familles primo-arrivantes, avec le risque d'engendrer un effet ghetto, ou, au contraire, réfléchir à la manière d'intégrer celles-ci dans des activités et des services « grand public », ce qui permettrait de rompre leur isolement et d'éviter leur stigmatisation, tout en sachant cependant que le phénomène de rejet des étrangers par les autochtones reste une réalité ?

Les réalités à cet égard sont sensiblement différentes selon la zone du quartier considérée ; ainsi, une des parties du quartier connaît d'importantes difficultés de cohabitation entre communautés. Des familles d'origine marocaine s'y sont enracinées, ont acheté et rénové des maisons. Les nouveaux arrivants y sont mal perçus, surtout les Africains d'Afrique Noire. Par ailleurs, on trouve aussi, au sein de ce quartier, une population d'origine belge très fragilisée ; des problèmes de racisme, assortis de violences diverses, apparaissent de façon de plus en plus préoccupante entre ces

différentes communautés. Par contre, dans le quartier voisin où l'on constate une plus grande diversité des origines, l'évolution progressive du contexte semblerait avoir facilité la cohabitation entre communautés différentes. La diversité de ces réalités doit être prise en compte dans les projets à mener.

L'école est amenée à jouer un rôle important dans la prévention de la ghettoisation des familles primo-arrivantes. On sait en effet que l'école représente bien souvent le premier lieu d'accueil des familles qui arrivent en Belgique, la majorité d'entre elles scolarisant leurs enfants « dans la première école qu'ils rencontrent sur leur chemin ». Associer à la réflexion l'ensemble des écoles du quartier et de la commune permettrait de reconsidérer la politique de « dispatching » des enfants primo-arrivants afin d'éviter de concentrer ceux-ci dans les mêmes écoles. Des freins subsistent, cependant, pour qu'écoles de réseaux différents puissent collaborer de manière sereine. De même, les difficultés constatées entre institutions communales et réseau associatif ne facilitent pas les échanges et la mise sur pied de partenariats.

Approfondir la question de l'utilisation de la langue maternelle

Une question qui interpelle les professionnels du quartier concerne la représentation de la langue maternelle au sein des familles primo-arrivantes; ainsi, certains parents ayant subi des traumatismes importants dans leur pays d'origine ne souhaitent pas apprendre leur langue maternelle à leurs enfants, signifiant de la sorte leur volonté de rompre tout lien avec leur passé ; par ailleurs, certains enfants refusent de parler la langue maternelle avec leurs parents, probablement en raison de l'image dépréciative qu'ils ont de celle-ci. Enfin, certains parents primo-arrivants développent des stratégies linguistiques et souhaitent que leurs enfants apprennent le français et le néerlandais, pour leur donner plus de chances plus tard. Sachant que valoriser la langue maternelle – tout en soutenant l'apprentissage du français - permet d'aider les enfants primo-arrivants à construire une identité harmonieuse et de renforcer les parents dans leur rôle, on comprend l'importance d'étudier de manière plus approfondie cette attitude à l'égard de la langue maternelle.

Ouvrir l'école aux parents, améliorer l'accessibilité des lieux d'accueil aux enfants

Des initiatives à destination des familles primo-arrivantes existent, se développent ou sont en passe de voir le jour. Parmi celles-ci, citons notamment l'accueil des parents (notamment primo-arrivants) dans les écoles ; des projets en ce sens se développent dans plusieurs écoles du quartier et rencontrent un grand succès. Ces projets offrent des lieux d'information à investir. Par ailleurs, dans le cadre du nouveau décret « accueil des enfants durant le temps libre »⁵³ se profilent des opportunités d'améliorer l'accessibilité des lieux d'accueil durant le temps libre aux enfants primo-arrivants, en axant un programme CLE (Coordination Locale pour l'Enfance) sur cette thématique. Ce programme rassemblerait écoles et associations accueillant des enfants primo-arrivants en vue d'optimiser les actions envers eux-ci ; il pourrait s'agir, par exemple, d'élaborer un projet pédagogique commun à l'ensemble des initiatives d'accueil qui privilégierait cette dimension d'accessibilité.

Sortir de son mandat pour répondre à des demandes multiples, multiformes et pas toujours explicites

A l'analyse de l'ensemble des présentations individuelles à travers la grille, ce qui apparaît assez rapidement, au grand étonnement des professionnels, c'est le nombre élevé de « cases cochées », autrement dit, l'importance des demandes des familles rencontrées par les professionnels. Outre leur nombre élevé, ces demandes se caractérisent par leur grande multiplicité. Il faut aussi souligner le fait que bon nombre d'entre elles ne sont pas faites de manière explicite mais se cachent derrière d'autres demandes exprimées, nécessitant un décodage de la part des professionnels.

Ces demandes concernent, entre autres :

- Des problèmes de communication, dus essentiellement à la non-connaissance du français ou du néerlandais ;
- Des problèmes de logement : absence de logement, logement insalubre, logement à loyer trop élevé;

- Des problèmes financiers ;
- Des difficultés d'ordre juridique ;
- Des problèmes liés à l'alimentation et à l'habillement ;
- Des problèmes de santé ;
- Des problèmes liés à l'éducation ;
- Des problèmes d'isolement et d'intégration ;
- Des difficultés psychologiques liées aux situations migratoires et aux traumatismes subis ;
- Des demandes concernant la recherche d'une école pour les enfants ;
- Des demandes de formation pour les parents ;
- Des demandes d'épanouissement pour les enfants.

Ce qu'il faut souligner également c'est, d'une part, le nombre élevé de demandes auxquelles sont confrontés les professionnels, les obligeant à aller au-delà de leur mandat et, d'autre part, le fait que la plupart des professionnels sont confrontés à des demandes similaires ou qui se rejoignent.

Ainsi, certaines dimensions sont reprises dans le mandat de la plupart des professionnels du groupe, telles que la scolarité, la langue, les activités, même si la nature du travail effectué par chacun autour de ces dimensions varie selon le champ d'action.

D'autres dimensions, par contre, ne font l'objet du mandat d'aucun des professionnels du groupe : apparence physique (inscription sociale), procédure (démarches liées à la procédure des demandes d'asile), habillement, logement. Les professionnels sont pourtant confrontés à des demandes de cet ordre et y répondent, soit en agissant directement, soit en relayant la demande. Il apparaît donc très clairement que les demandes sont souvent adressées à des professionnels qui ne sont pas nécessairement les plus compétents pour y répondre. C'est toute l'importance de la relation interpersonnelle entre familles et professionnels qui est ici soulignée : les familles s'adressent d'abord aux professionnels en qui elles ont confiance.

⁵³ Décret du 3 juillet 2003 relatif à la coordination de l'accueil des enfants durant leur temps libre et au soutien de l'accueil extrascolaire.

Certains besoins, enfin, ne semblent pas rencontrés, mais ils sont rares. Cette impression doit également être nuancée du fait de l'absence de certains acteurs au sein du groupe.

Cette situation de « débordements de mandats » amène à s'interroger sur les relais disponibles sur le terrain. Qui sont-ils, comment travaillent-ils ? Jusqu'à quel point les ressources existantes sont-elles suffisantes à répondre aux besoins rencontrés ?

Il semble utile au groupe de poursuivre et d'améliorer l'inventaire des relais utilisés par chacun, en organisant celui-ci par thématique d'intervention. Cet inventaire constituerait un outil intéressant pour les professionnels et leur permettrait de gagner beaucoup de temps dans leurs démarches vis-à-vis des familles.

Accepter ses limites en tant que professionnel, se remettre en question, passer le relais sans altérer la confiance des familles

Les professionnels doivent souvent faire face à des « conflits internes » ; ainsi, par exemple, comment gérer le fait de se trouver en situation d'échec par rapport aux démarches entreprises en faveur des familles ? le professionnel, pour ne pas se maintenir dans des illusions de fantasme, devra accepter l'idée qu'il ne pourra résoudre tous les problèmes et qu'il sera amené à « renvoyer certaines familles à leur désespoir ». De même, donner des repères éducatifs aux familles primo-arrivantes qui en font la demande amène souvent le professionnel à se remettre en question par rapport à ses propres conditionnements culturels. Comment répondre à la demande des familles en veillant à prendre en compte les spécificités culturelles de celles-ci ?

Concernant le rapport aux familles et les pratiques envers celles-ci, il est parfois difficile, pour le professionnel, de comprendre la demande réelle des familles, celles-ci n'ayant pas nécessairement la volonté ou la capacité d'exprimer leurs sentiments profonds, en raison notamment de la complexité des situations qu'elles vivent et des traumatismes subis dans leur pays d'origine. Comment dès lors apporter une aide efficace à ces familles en demande ?

Enfin, l'ensemble des professionnels s'accorde à dire toute l'importance de prendre du temps avec les familles pour trouver « un terrain d'entente ». Mais accorder beaucoup de

temps aux familles n'est pas toujours possible, vu la quantité de travail de chacun, et présente en outre le risque de voir les familles « s'accrocher », s'empêchant dès lors de voir d'autres professionnels peut-être plus compétents pour répondre à leur demande. Par ailleurs, chacun estime qu'il est important que les familles aient affaire à des intervenants variés afin d'accroître leur réseau social. Comment assurer un relais efficace tout en évitant discontinuités et ruptures ? Et que signifie exactement « faire relais » ?

Evaluer, vers un travail en réseau

Au terme de cette première phase de travail collectif au sein d'un groupe constitué, il importe de faire le point sur les avancées obtenues lors du chemin déjà parcouru et sur les orientations à prendre pour la poursuite du travail. Cette évaluation intermédiaire est importante tout d'abord pour vérifier que le travail mené et que la méthodologie utilisée ont bien rencontré les objectifs de chacun, mais aussi parce qu'elle permet de remotiver les membres du groupe en mettant en évidence l'étendue du chemin parcouru ensemble. C'est important quand on sait que cette motivation peut diminuer ou même s'éteindre, en particulier durant les phases du projet au cours desquelles les résultats sont moins visibles.

Pour l'équipe de chercheurs, les questions se posent de la manière suivante. Le groupe est-il satisfait du travail effectué collectivement ? Les objectifs fixés initialement ont-ils été atteints ou, autrement dit, est-on parvenu à jeter les bases d'un travail en synergies valorisant la complémentarité entre chacun des intervenants ? Les professionnels ont-ils acquis une meilleure connaissance de la problématique des primo-arrivants au sein de leur quartier ? Quels en sont les bénéfices pour chacun, dans sa pratique professionnelle ? Le groupe souhaite-t-il poursuivre le travail en commun et si oui, sous quelle forme ? Quelles sont les attentes précises de chacun en la matière ?

L'évaluation peut, dans certains cas, amener au constat qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre le travail du groupe. Ou que le groupe n'est pas le lieu adéquat pour poursuivre ce travail. Ou encore, qu'il est nécessaire de poursuivre le travail moyennant certains aménagements (au niveau du temps, du lieu, de la fréquence des rencontres, de la constitution du groupe).

Moyennant la prise en compte des points de vue de chacun, le travail de réseau, déjà amorcé précédemment, peut prendre véritablement corps et se développer davantage, au-delà de la réflexion commune, par la mise en œuvre de projets de partenariats concrets. De nouveaux objectifs sont fixés par le groupe. Des besoins nouveaux émergent.

→ Ancrage local :

Au terme des huit premières rencontres entre les professionnels, les éléments dégagés des expériences individuelles et du cheminement de la réflexion collective semblent converger et plaider pour la poursuite et la formalisation du travail en réseau, en vue d'améliorer l'accueil des familles primo-arrivantes au sein du quartier.

Les professionnels estiment que les conditions de travail du groupe sont très favorables : celui-ci fonctionne dans un grand respect mutuel, sans conflits de compétences et avec la volonté de déboucher sur des projets cohérents.

La nécessité se fait néanmoins sentir d'élargir le groupe à d'autres personnes ressources du quartier ; bon nombre de ces ressources ont déjà été identifiées, certaines d'entre elles ayant été rencontrées préalablement à la constitution du groupe initial mais n'ayant pas souhaité rejoindre le groupe à ce moment-là, pour diverses raisons. Parmi celles-ci, citons des structures ou associations telles qu'écoles de devoirs, maisons médicales, associations caritatives, etc.

Un des objectifs à atteindre est l'acquisition d'une légitimité et d'une visibilité externes du groupe, autorisant celui-ci à formuler des demandes officielles à la Commune ; l'accès à certaines informations liées aux primo-arrivants semble en effet difficile actuellement, pour des raisons essentiellement liées à des enjeux politiques. Cette légitimité permettrait d'interpeller les politiques locaux sur les difficultés ressenties en terme d'accueil des familles primo-arrivantes et sur les priorités d'action. Dans cette optique, les professionnels s'interrogent sur l'opportunité d'inclure dans le groupe un représentant de la commune.

Les travaux du groupe en sont là au moment d'imprimer ce document, le projet se poursuivant au-delà des délais impartis pour la recherche-action.

→ Résultats : Un réseau : pourquoi ?

Pour certaines populations très fragilisées, connaître ses droits ne suffit pas toujours, il faut pouvoir « manier ceux-ci », les faire valoir, les revendiquer, les faire valoir à bon escient ; ceci demande des compétences particulières que les individus n'ont pas toujours ou qu'ils perdent momentanément lors de ruptures, lors de périodes de grande fragilisation ; dans ces moments-là, ils ont besoin de *bases de soutiens*, de supports autres qu'administratifs pour utiliser leurs droits (Joubert, 1995). Pour une famille, accéder à un service ne se limite pas à localiser celui-ci et à en identifier les conditions d'accès, mais suppose que l'on s'engage sur un parcours bénéficiant d'un minimum de repères, en particulier ceux constitués par les personnes proches, susceptibles de guider cette famille, la conseiller, la soutenir. Beaucoup de ces familles ont besoin d'aborder les services en étant soutenues par d'autres services en qui elles ont confiance, au sein desquels elles ont pu établir préalablement des relations inter-personnelles sécurisantes.

Et Joubert poursuit : « Ceux qui ont vu se défaire ces bases de soutien, qui conjuguent isolement, rupture culturelle, vulnérabilité et précarité (désaffiliation) sont les plus directement exposés aux risques et à leur accentuation ».

Travailler en réseau permet de renforcer ces bases de soutien en constituant une multiplicité de liaisons sécurisantes entre services, augmentant ainsi le support social à l'égard des familles fragilisées (primo-arrivantes, notamment) et améliorant leur accès aux services disponibles.

→ Résultats : Travailler en réseau : comment ?

Les questions qui se posent à ce stade sont nombreuses, mais quatre d'entre elles sont particulièrement prégnantes lors de la mise en œuvre d'un réseau de professionnels destiné à améliorer l'accueil des familles primo-arrivantes.

1 Que signifie «faire relais » ?

Il semble en effet utile de s'interroger non seulement sur la manière dont les professionnels relayent les demandes pour lesquelles ils ne se sentent pas compétents ou pour lesquelles ils ne sont pas mandatés, mais aussi sur les besoins des familles quant à la façon dont on relaye leurs demandes.

Relayer une demande peut prendre la forme d'interventions plus ou moins importantes en temps et en investissement de la part des professionnels, en fonction des besoins des familles ; ainsi, pour telle famille, fournir les coordonnées du ou des service(s) compétent(s) suffira pour que cette famille accède à ce ou ce(s) service(s), alors que pour telle autre, un contact préalable (par exemple par téléphone) entre service « destinataire » et service « destinataire » sera nécessaire pour que la famille se sente sécurisée et accepte de se rendre de l'un à l'autre. Dans bien des cas, le contact entre services permettra également de faciliter le travail du service « destinataire », en transmettant à celui-ci les informations contextuelles relatives à la famille nécessaires pour traiter la demande de celle-ci.

Pour certaines familles, enfin, un accompagnement physique d'un service à l'autre s'avérera indispensable, du moins dans un premier temps.

Il n'est pas toujours simple, pour les professionnels, d'estimer l'importance de l'accompagnement à apporter; certains d'entre eux ont ainsi pu constater, a posteriori, qu'ils avaient surestimé le besoin d'accompagnement d'une famille, celle-ci ayant exprimé sa frustration et sa gêne d'être assistée à ce point dans des démarches qu'elle se sentait tout à fait apte à effectuer elle-même.

Cette situation reflète tout d'abord le fait que les professionnels disposent rarement du temps nécessaire pour faire connaissance avec la famille préalablement aux démarches qu'ils entreprennent pour celles-ci. Elle peut aussi être liée à la représentation des familles primo-arrivantes que s'en font les professionnels.

2 Quelles sont les représentations des professionnels en ce qui concerne les familles primo-arrivantes ?

Il s'agit d'une question fondamentale pour la qualité de la relation entre familles et professionnels. L'image que donne une famille en situation de ruptures, fragilisée, précarisée, ne pouvant exercer ses compétences pour diverses raisons (dont notamment la méconnaissance de la langue) n'est pas un bon indicateur de ses capacités et de ses ressources réelles. Le simple fait d'être parvenue à quitter son pays d'origine et d'être arrivée en Belgique témoigne de ses ressources extraordinaires. Il s'agit souvent de familles qui, dans leur pays d'origine, disposaient d'un certain statut, étaient scolarisées, cultivées.

Etre privé de toute possibilité de mettre à profit ses savoirs entraîne souvent chez l'individu la perte de l'estime de soi et donc la perte de l'« énergie de recours » (Joubert, 1995), en particulier lorsque le soutien social est défaillant. Dès lors, le travail des professionnels ne devrait-il pas aussi viser, parallèlement à l'accompagnement dans les démarches liées à la survie, à « requinquer » les individus et les familles et à leur redonner suffisamment d'estime d'eux-mêmes pour qu'ils puissent à nouveau retrouver l'énergie de recours nécessaire ?

Ici se marque l'importance d'impliquer les individus et les familles dans des projets positifs leur permettant de retrouver une utilité sociale, de mobiliser leurs ressources et de regagner l'estime d'eux-mêmes et l'estime des autres. Cette démarche participative rejoint la notion d'*empowerment*, qui traduit « le processus dynamique par lequel des populations marginalisées vont accéder à la maîtrise de leurs propres destinées, un processus par lequel les populations exerceront un plus grand contrôle, notamment sur leur santé » (Santé communautaire, 2000).

3 Comment toucher les familles les plus fragilisées parmi la population primo-arrivante ?

Les populations les plus fragilisées arrivent rarement jusqu'aux services qui leurs sont destinés; la plupart du temps, les familles que les professionnels rencontrent

sont les plus solides, les plus débrouillardes ; elles connaissent relativement bien leurs droits et la façon d'exercer ceux-ci. Elles ont des ressources et les ont déjà bien exploitées ; elles possèdent parfois un réseau social et ont bénéficié de l'aide de celui-ci.

Par contre, d'autres familles demeures invisibles, isolées, peu accessibles. Comment faire en sorte que ces familles soient informées de l'existence de services, qu'elles sachent qu'elles peuvent être aidées ? Réfléchir à l'information, à la communication et à la visibilité des services à leur égard s'avère indispensable, même si cela soulève la question plus globale de la volonté politique concernant l'information de ces familles qui, en définitive, n'ont aucun droit. Afin d'assurer au mieux leurs missions, les professionnels devraient pouvoir déterminer « qui a droit à quoi », quels services sont accessibles à quelles familles. Ceci suppose un bagage commun, une connaissance de base des professionnels concernant la législation belge en la matière. D'où l'importance pour eux de s'informer et de se former ensemble.

4. Comment se former, s'informer ensemble ?

Pour optimiser le travail collectif, il s'avère en effet utile, pour les professionnels, de pouvoir échanger sur des bases communes et pour cela, de se constituer un bagage commun de connaissances et de compétences concernant la thématique des familles primo-arrivantes.

Ce besoin se fait essentiellement sentir à deux niveaux. Il s'agit, tout d'abord, de pouvoir disposer d'une connaissance sociologique, historique et politique de la thématique des primo-arrivants ; la formation des professionnels vise également l'acquisition rapide des connaissances de base directement utilisables en matière juridique, sachant, d'une part, que chaque situation est particulière et, d'autre part, qu'il n'est pas nécessaire pour chaque professionnel de devenir un « multi-spécialiste » des divers aspects liés à la question des primo-arrivants.

L'aspect collectif de ces formations/informations, en outre, renforce la cohésion du groupe et favorise la co-construction d'une identité collective des professionnels du secteur « médico-socio-pédagogique » du quartier.

L'avenir du réseau : garantir la pérennité au-delà de la recherche-action et développer des projets en partenariats associant les familles primo-arrivantes

La nature même de la recherche-action, nous l'avons évoqué précédemment, oblige l'équipe de chercheurs à mettre en place, au cours de l'intervention, des conditions favorables à la pérennité du projet au-delà du mandat de l'équipe universitaire.

La place d'une équipe universitaire sur le terrain n'est pas toujours facile à gérer, renvoyant sans cesse aux mêmes questions : quelle légitimité ? Comment agir sans empiéter sur le domaine des professionnels de terrain ? De quel mandat l'équipe peut-elle arguer pour entreprendre des démarches auprès des autorités communales ? Jusqu'où accompagner le projet ? Quand et comment mettre un terme à l'accompagnement ?

Ces constantes remises en question forcent le chercheur, à tout moment, à réfléchir à son rôle au sein du projet et à recentrer l'intervention en conséquence.

L'accompagnement par l'équipe des chercheurs prenant fin, il importe aujourd'hui de veiller à entretenir la motivation du groupe, ce qui signifie, notamment, maintenir en interaction constante cinq éléments (Ouellet, 1995) : orientation et buts communs, implication réelle des partenaires, climat d'ouverture et de confiance, structure de fonctionnement et de soutien souple et efficace, et volonté de mener à terme des actions concrètes.

En outre, dans une optique de travail communautaire, associer à la réflexion les familles primo-arrivantes elles-mêmes apparaît comme le gage d'une action durable favorisant l'empowerment de cette population fragilisée. Cela ne va pas sans poser question.

Associer les familles primo-arrivantes à un projet porteur de sens : l'exemple du projet de crèche parentale à Cureghem

Une initiative favorisant l'empowerment des familles primo-arrivantes pourrait se concrétiser dans un avenir plus ou moins proche au sein du quartier de Cureghem, via le projet de crèche parentale.

L'initiative d'implanter un milieu d'accueil au sein du quartier remonte à plusieurs années, sous l'impulsion de la Mission locale d'Anderlecht, partant du constat de pénurie de places d'accueil dans le quartier, parallèlement à la demande croissante de formations en insertion socio-professionnelle. De nombreuses mères primo-arrivantes suivent également des cours de français ou d'alphabétisation organisés par une maison de quartier toute proche, le plus souvent accompagnées de leurs enfants. Là aussi se marque la nécessité de pouvoir proposer à celles-ci des solutions de garde et d'accueil adéquates pour leurs enfants.

Un bâtiment est mis à disposition par la commune au sein du quartier. Des subsides sont obtenus notamment via le programme FIPI (Fonds d'Impulsion à la Politique des Immigrés).

Le projet de milieu d'accueil, initialement conçu comme une halte-garderie, va évoluer vers le modèle de crèche parentale dans la foulée de la réflexion et du travail menés par les chercheurs et les professionnels autour de l'amélioration du bien-être des familles primo-arrivantes du quartier.

L'originalité de ce type de milieu d'accueil collectif (subventionné en partie par l'ONE) par rapport aux milieux d'accueil classiques ouvre en effet des perspectives opportunes en l'occurrence, puisqu'elle repose sur son caractère citoyen basé sur l'implication des parents dans une logique de développement du quartier, d'entraide et de proximité. Cette implication des parents peut revêtir différentes formes, telles que, notamment, l'encadrement des enfants (en présence de personnel qualifié), la participation à la gestion administrative du milieu d'accueil ou encore la prise en charge de tâches d'ordre logistique.

Dans un quartier tel que Cureghem, une initiative de ce type présente un atout supplémentaire puisqu'elle permet de prendre en compte la diversité culturelle au sein d'un milieu d'accueil et, de façon plus large, au sein du quartier: comment, en effet, mieux tenir compte des spécificités culturelles des enfants accueillis et de leurs familles qu'en associant celles-ci à la vie du milieu d'accueil ?

Après une étude de faisabilité confirmant notamment la possibilité d'accès de ce type de milieu d'accueil aux familles primo-arrivantes (en ce compris les sans papiers), de nombreuses personnes ressources du domaine de l'accueil de l'enfance sont rencontrées : responsables du service « Milieux d'accueil » à l'ONE, responsables de la crèche parentale pilote⁵⁴ du Brabant Wallon, infirmières et assistantes sociales des crèches communales d'Anderlecht, TMS de la consultation ONE du quartier, etc. Des groupes de travail sont organisés avec des professionnels du quartier en vue de réfléchir au projet d'accueil de la crèche et plus particulièrement, à l'élaboration du Règlement d'Ordre Intérieur et aux modalités d'implication des parents. Des rencontres avec les familles sont planifiées dans le souci d'impliquer celles-ci à un stade précoce de l'élaboration du projet d'accueil.

De nombreux freins subsistent, cependant, à l'ouverture de la crèche. Ces freins sont, en grande partie, liés à la prise en charge financière des travaux nécessaires à l'aménagement du bâtiment en conformité avec les recommandations de l'ONE. D'importantes difficultés proviennent également du contexte communal. Enfin, le caractère relativement novateur en Belgique du concept de crèche parentale peut donner lieu à certaines résistances de la part de professionnels de l'accueil, en particulier lorsque les familles visées présentent des caractéristiques susceptibles de compliquer le travail à mener ensemble : faible maîtrise du français, faible niveau d'alphabétisation pour certaines d'entre elles, conditions de vie difficiles, etc. S'il est vrai que ces caractéristiques peuvent être des freins à l'élaboration du projet, elles ne représentent cependant pas des obstacles insurmontables à sa mise en œuvre effective et confèrent à celle-ci un caractère de défi à relever ; moyennant l'aplanissement, étape après étape, des situations problématiques décrites ci-dessus, le projet de crèche parentale représente en effet une opportunité essentielle pour impliquer les familles du quartier, en ce compris les familles primo-arrivantes, dans un projet citoyen mené en partenariats, restituant ainsi à celles-ci une utilité sociale au sein de leur quartier.

⁵⁴ La crèche parentale de Louvain-la-Neuve en Brabant Wallon peut en effet être considérée comme crèche pilote dans la mesure où elle est la première et la seule du genre à ce jour en Communauté française.

Conclusions

Au terme de notre démarche, l'impression qui domine au sein de l'équipe des chercheurs est celle d'un important chemin déjà parcouru en compagnie des professionnels du quartier de Cureghem. Et cependant, le projet de réseau est seulement en passe de voir le jour, fort de toute la réflexion menée par le groupe au cours de l'année écoulée. C'est une nouvelle phase de réflexion et de travail qui débute aujourd'hui.

Il est utile de rappeler l'importance du temps nécessaire à l'aboutissement d'une démarche de ce type : la recherche-action, parce qu'elle valorise la connaissance pratique des acteurs sociaux, parce qu'elle implique un travail collectif entre chercheurs et intervenants du terrain, est un processus de longue haleine dont les résultats attendus ne sont pas forcément immédiats, et que ceux-ci peuvent être de natures différentes. Ainsi, à Cureghem, la formalisation d'un réseau de professionnels, même si elle ne représente pas une fin en soi, constitue un aboutissement majeur du travail mené, avant même que des projets concrets de partenariats voient le jour à destination des familles primo-arrivantes.

En ce qui concerne la problématique des familles primo-arrivantes, d'importantes informations ont été recueillies au sein du quartier, relatives d'une part aux réalités vécues par ces familles et, d'autre part, aux difficultés rencontrées par les professionnels dans leur pratique quotidienne et aux questions auxquelles ils sont confrontés.

A épinglez en particulier du côté des familles, outre les problèmes administratifs et de survie qu'elles rencontrent au quotidien, c'est leur mode de recours « sélectif » aux professionnels de leur entourage, entendant par là qu'ils s'adressent prioritairement et quelquefois exclusivement aux personnes non pas nécessairement les plus compétentes, mais avec qui elles ont pu établir une relation de confiance. Ce mode de fonctionnement se comprend aisément et n'est pas l'apanage des familles primo-arrivantes ; il accentue cependant l'importance de réfléchir, pour ces familles fragilisées en particulier, aux modalités de développement du travail en réseau.

Du côté des professionnels, la question du « comment relayer la demande des familles » pourrait servir d'amorce et de fil conducteur pour le démarrage de ce travail en réseau.

Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, que les informations récoltées dans le cadre de cette recherche-action ont été produites dans un contexte local particulier, lors d'un travail collectif rassemblant des professionnels de ce tissu local particulier, et qu'elles reflètent donc l'état de réflexion de ceux-ci à un moment donné. Il ne s'agit donc pas de données prêtes à l'emploi, susceptibles d'être exportées et généralisées telles quelles à d'autres contextes, même similaires.

Elles peuvent constituer, en revanche, une base de réflexion pour la mise en place d'autres expériences locales ou encore alimenter, enrichir ou nuancer des résultats obtenus dans d'autres contextes locaux.; elles sont elles-mêmes susceptibles d'être enrichies par d'autres résultats obtenus dans d'autres contextes.

Ainsi, par exemple, des observations menées à Liège par l'équipe UNI-SOL de l'Ulg viennent nuancer la problématique de la ghettoïsation des familles primo-arrivantes mise en évidence à Cureghem, en partant de la question de l'activité des professionnels : faut-il développer des services spécifiques pour familles primo-arrivantes ou, au contraire, les accueillir dans des contextes institutionnels généralistes pour rompre leur isolement ? Les deux solutions ne sont en fait pas mutuellement exclusives, et il semble utile de pouvoir proposer conjointement services généralistes et travail spécifique dans les quartiers à forte densité de familles primo-arrivantes. Ne miser que sur des approches généralistes à destination des familles primo-arrivantes reviendrait en effet à ne pas reconnaître les besoins et attentes spécifiques de celles-ci. En revanche, maintenir trop longtemps les familles primo-arrivantes dans des services spécifiques renforcerait la stigmatisation de celles-ci et entraverait leur adaptation à leur nouveau contexte de vie. L'articulation du spécifique et du général peut être considérée comme un des véritables enjeux de l'intervention en milieu multiculturel. Une solution intermédiaire consisterait, par exemple, à introduire des « facilitateurs » au sein des services généralistes : médiateurs, traducteurs, personnes d'origines diverses, etc.

Insistons une fois encore, enfin, sur l'importance de poursuivre la démarche participative et d'étendre celle-ci aux familles primo-arrivantes elles-mêmes. La crèche parentale de Cureghem pourrait constituer une expérience novatrice en la matière et jeter les bases d'une réflexion approfondie sur l'empowerment des familles fragilisées au sein de projets locaux menés en partenariats.

Les professionnels de terrain sont en première ligne pour mener cette réflexion. A Cureghem comme partout ailleurs, ceux-ci, par leur pratique, par leur proximité à l'égard des familles, par leur responsabilité administrative ou politique au niveau local, sont amenés à être les acteurs de l'amélioration du bien-être des populations primo-arrivantes. Il importe dès lors qu'ils puissent être entendus, reconnus comme interlocuteurs et soutenus dans leur travail quotidien et dans leur réflexion.

Bibliographie

Augoyard P. et Renaud L. (juin 1998), Le concept d' "empowerment" et son application dans quelques programmes de promotion de la santé, Revue internationale de promotion et d'éducation pour la santé, vol V/2

Beauvais, C. and Jenson (2003.), J. The well-being of children: are there "neighbourhood effects"? F/31, 1-45. Ottawa, Canadian Policy Research Network. Family Network.

Bronfenbrenner, U. (July 1977). "Toward an experimental ecology of human development." American Psychologist: 513-31.

Décret du 3 juillet 2003 relatif à la coordination de l'accueil des enfants durant leur temps libre et au soutien de l'accueil extrascolaire.

Joubert M. (premier semestre 1995). Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins. Prévenir, 28.

Kawachi, I., S. V. Subramanian, and N. meida-Filho (2002). "A glossary for health inequalities." J Epidemiol Community Health 56.9: 647-52.

Lamoureux H., Lavoie J., Mayer R., Panet-Raymond J. (1996). La pratique de l'action communautaire, Presses de l'Université du Québec.

Maalouf, A. 1998. Les identités meurtrières, Paris : Le Livre de poche Editions Grasset.

Meyer, J. (2000). « Using qualitative methods in health related action research », BMJ 320 : 178-181.

Moro, M R. (2002). Enfants d'ici venus d'ailleurs : Naître et grandir en France. Paris : La Découverte et Syros.

Mucchielli, A. (2002). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin.

Olivier de Sardan, J-P (1995). « La politique du terrain. Sur la production des données en anthropologie », Enquête 1-1995 : 71-109.

Ouellet F., Paiement M., Tremblay P.H. (1995). L'action intersectorielle, un jeu d'équipe, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

Palmonari A. Zani B. (2003). Les études de communautés, in les méthodes des sciences humaines ; sous la direction de Moscovici S. et Buschini F., Puf, Paris,

Moscovici S. et Buschini F. (2003). Les méthodes des sciences humaines, PUF, Paris.

Rivard J.C, Johnsen M.C., Morrissey J.P., Starrett B.E. (1999), The dynamics of Interagency Collaboration: How linkages Develop for Child Welfare and Juvenile Sectors in a System of Care Demonstration, J. Social Services research, 25(3): 61-82.

Rousseau N, Saillant F. (1996). Chercher avec, plutôt que chercher pour ... Une introduction aux méthodes qualitatives de recherche en soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers ; 45 : 138-46.

Santé communautaire et promotion de la santé, (2000). Volume 4, La participation et les acteurs, asbl « Santé, Communauté, Participation », Bruxelles.

Van Vlaenderen J. (1997-1998), in Méthodologie de recherche en santé communautaire.

Problématiques organisationnelles et systémiques de l'accueil des familles primo-arrivantes

Altay Manço,
Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations
Sylvie Petit et Michel Born,
Université de Liège

1. Introduction générale

L'Europe communautaire attire un flux continu de migrants et de demandeurs d'asile même si, comparé à d'autres régions du monde, ces flux restent dans des proportions modestes. En ce qui concerne la Belgique par exemple, la décennie 1990-2000 a permis de compter une moyenne de 42.000 entrées par an. Parmi ces personnes, 23.000 sont des citoyens d'autres pays de l'Union européenne et ne représentent donc qu'une sorte d'immigration intérieure, le solde étant constitué d'immigrants provenant de l'extérieur de l'Union. On estime à 5 à 6000 le nombre d'immigrants bénéficiant d'un regroupement familial, de mariages, ou de contrats d'emploi justifiant l'installation en Belgique. Les 13 à 14.000 personnes restantes constituent pour la décennie citée la moyenne annuelle de demande de droit de séjour enregistrés en Belgique, soit environ 1000 personnes par mois⁵⁵ (SOPEMI, 2000).

Si le début de la décennie 2000 a vu ce chiffre monter à une moyenne d'environ 2000 personnes par mois (effet de la guerre du Kosovo), avant de reprendre son rythme de croisière de 1000 à 1500 personnes par mois ; le mouvement de retour des réfugiés s'est lui-même accéléré soutenu par un taux de non-recevabilité important de ces demandes (90 %). On estime que 75 % des primo-arrivants (personnes présentes en Belgique depuis moins de 5 ans) sont des demandeurs d'asile. Les observations impressionnistes réalisées localement durant la recherche Unisol laissent entendre que 40 % de cet ensemble provient des régions du monde qui sont en conflit armé. La plupart des personnes qui arrivent en Belgique avec une demande d'asile ont ainsi en commun la

⁵⁵ En comparaison, une région comme le Québec qui compte 7 millions d'habitants et qui développe une politique volontariste d'immigration, fixe son quota annuel d'accueil d'immigrants à plus de 25.000 personnes par an (Manço, 2002).

recherche d'un monde meilleur, l'envie de recommencer une nouvelle vie, de se reconstruire, de se donner, ainsi qu'à ses enfants, de meilleures chances pour l'avenir⁵⁶.

Arrivés en Belgique, le processus de l'examen de leur recevabilité et les recours juridiques qui sont possibles les cantonnent dans un « entre-deux », c'est-à-dire une instabilité de séjour qui les met bien souvent dans l'impossibilité de projeter une quelconque action visant à leur intégration ou celle de leurs enfants dans le pays. Toute l'énergie des familles est concentrée autour de la question de l'obtention d'un droit de séjour ou de l'accès à des « parcelles de légitimité » comme la reconnaissance de leurs droits à scolariser ou à soigner leurs enfants. Quinze mille personnes dans une telle situation d'attente sont hébergées par les autorités belges. Quant à l'aide indirecte qui concerne des personnes en situation de régularisation ou d'établissement dans le pays, elle concerne 20.000 dossiers. Ces chiffres ne comprennent pas les familles installées clandestinement sur le territoire mais qui bénéficient néanmoins de certains aides et droits.

En effet, on constate une impression d'incohérence de la politique d'asile qui, d'une part, tente d'accueillir et de répondre aux besoins primaires des demandeurs de droit de séjour avec des moyens considérables et, d'autre part, les cantonne dans des espaces physiques tels que les centres ou un espace social peu positif tel que le statut de « personne assistée », d'autant plus que ce cantonnement peut durer de longues années. Les familles réfugiées ont ainsi tout le loisir de se déstructurer et de consommer une rupture avec leur milieu d'origine sans pouvoir se réinsérer dans leur nouveau monde. La situation est quasi dramatique dans ses effets sur les fonctions de parentalité des personnes en demande de droit de séjour. Quant aux enfants grandissant dans ce contexte psychologique tendu, leur développement subit des distorsions majeures.

La lenteur des démarches administratives et juridiques a ainsi des conséquences évidentes sur la santé et le bien-être des familles en demande d'asile. De même, malgré la volonté de bien faire qui les habite et l'implication qu'ils peuvent mettre dans les tâches qui leur sont confiées, les professionnels de la santé et les intervenants sociaux

⁵⁶ Les données chiffrées sont issues des rapports d'activité du Commissariat Général aux Réfugiés et aux Apatrides (Bruxelles). La revue *Agenda Interculturel* a entièrement consacré son numéro de janvier 2005 (n° 229, 35 pages) à la question de l'accueil et du traitement des demandeurs d'asile en Belgique. Cette récente publication offre une illustration des observations empiriques réalisés dans notre recherche.

qui travaillent avec le public demandeur d'asile sont trop souvent amenés à travailler dans des conditions difficiles, conditions qui sont le résultat direct de la « schizophrénie du système d'accueil » (Diken et Lausten, 2001). Plusieurs pays européens vivent les mêmes difficultés que la Belgique face aux flux de demandeurs d'asile.

Afin de mieux cerner le phénomène et de cibler les difficultés rencontrées à la fois par les familles récemment immigrées, ainsi que celles vécues par les intervenants sociaux chargés de leur prise en charge, les équipes de recherche du projet Unisol se sont donné pour objectif d'échanger avec les professionnels de la santé. C'est dans cet objectif que des interviews et des réunions régulières ont été organisées dans différentes villes entre les membres des équipes de recherche et de nombreux intervenants en santé impliqués dans la prise en charge des familles. Il s'agissait, d'une part, de produire une information sur le sujet et, d'autre part, de recueillir les pratiques apparaissant comme utiles dans l'accueil et l'intégration socio-sanitaire des familles récemment immigrées. Les rencontres ont permis également une plus grande cohésion et collaboration entre les partenaires présents autour de la table, ainsi que le développement de réseaux d'intervenants. En fonction des problématiques évoquées, des personnes ressources ont été invitées afin d'éclairer les participants en rapport avec les différents thèmes.

Des interviews réalisées au sein des familles de demandeurs d'asile et de personnes régularisées dans leur droit de séjour dans le pays ont également permis de nourrir les discussions et de favoriser l'évolution des réflexions sur les thématiques abordées. Un programme de diffusion des résultats et d'interpellation des décideurs a également été mis en place à travers la publication d'articles et d'ouvrage de synthèse destinés aux travailleurs sociosanitaires ainsi qu'à travers la tenue de séminaires et de formations. Les détails des méthodologies développées par les équipes universitaires sont présentés en annexe.

2. Problèmes identifiés et actions positives des intervenants

2.1. La question des langues étrangères et des personnels de médiation dans la prise en charge scolaire et sanitaire des familles concernées

Les travailleurs de terrain sont régulièrement confrontés à une série de difficultés liées à la prise en charge du public concerné. Ils soulignent en premier lieu les problèmes de communication, de compréhension et de relations attribués aux différences de langues et de culture avec le public⁵⁷.

Pour palier aux problèmes de langue, il arrive souvent que les intervenants socio-sanitaires fassent appel à des patients qui parlent le français et qui sont de la même nationalité que la personne en difficulté, les patients polyglottes jouant le rôle d'interprète durant les entretiens. Il est parfois demandé aux familles d'amener personnellement à la consultation un de ses membres ou une connaissance qui pratique sa langue ainsi que le français.

Ce type de procédures présente néanmoins certaines difficultés. Il s'agit notamment de problèmes liés à la confidentialité des examens médicaux, ainsi que de la validité des interprétations.

Il sera également question de la difficulté liée à l'implication des enfants, qui maîtrisent très souvent beaucoup plus vite la langue du pays d'accueil et qui sont de par ce fait même, fréquemment amenés à jouer le rôle d'interprète pour le reste de leur famille. On donne dans ce cas à l'enfant un rôle qui l'amène à « devenir adulte avant l'âge ».

Face à ces difficultés, les intervenants soulignent l'importance de permettre au personnel scolaire et socio-sanitaire de se spécialiser dans l'accueil du public concerné. En effet, les populations primo-arrivantes présentent des spécificités telles que leur prise en charge nécessite des adaptations importantes.

Par ailleurs, la question linguistique est omniprésente même quand les familles semblent se débrouiller en français. Il est important de vérifier que les familles parlant un peu le français ont bien compris le message qui leur était transmis. L'expérience montre que croire en les capacités linguistiques de certaines familles immigrées comporte des risques surtout s'il s'agit de leur transmettre des informations de type médical, par exemple. Se débrouiller dans une langue pour mener à bien la vie

⁵⁷ Dans le cadre de la recherche Unisol, une étude organisée par l'ONE auprès des travailleuses médico-sociales de la Communauté française relève que 49,7 % des problèmes rencontrés avec les immigrants concernent les difficultés de langue.

quotidienne ne suppose pas que l'information technique, administrative ou médicale soit maîtrisée. Cela ne suppose pas non plus que la personne concernée puisse délivrer la teneur de son expérience personnelle dans les détails et la finesse nécessaires, par exemple, à une prise en charge psychologique. Cette constatation souligne encore une fois l'utilité de recourir à des interprètes spécialisés afin de garantir une qualité optimale à la communication entre familles primo-arrivantes et personnels socio-scolaires et sanitaires.

Il a été également observé que les ressources en matière d'interprétariat restent toujours insuffisantes malgré le développement récent d'un certain nombre d'initiatives dans différentes villes⁵⁸. Les services doivent compter avec la rareté et l'indisponibilité des interprètes qui ne couvrent d'ailleurs pas toujours toute la gamme des langues nécessaires. De plus, le coût des services d'interprétariat, bien qu'ils soient proposés à des prix assez démocratiques par certaines associations, est parfois difficile à assumer dans sa globalité par les équipes qui sont amenées à travailler très régulièrement avec le public primo-arrivant. Enfin, il est difficile de trouver une compatibilité entre les horaires des interprètes et les besoins des familles en consultation.

C'est pourquoi, bien souvent, les institutions doivent compter également sur la bonne volonté de certains de leurs membres parlant différentes langues. Une autre possibilité évoquée est de tenir à jour des listes d'intervenants en différentes matières parlant diverses langues (ex. : intervenants polyglottes en matière de santé), et d'y orienter les patients, même si cette possibilité pose certains questionnements déontologiques. La méthode qui semble la plus efficace aux yeux des intervenants consultés lors de la recherche est d'offrir des services de traductions dans des langues bien déterminées à jours et heures fixes.

Une autre des limites des services d'interprétariat est que certaines familles réfugiées ne maîtrisent pas les registres techniques, par exemple le registre médical, même dans leur langue maternelle. Par ailleurs, certains concepts, même traduits, renvoient à des représentations qui peuvent être culturellement marquées⁵⁹. Aussi, l'intérêt d'un service

⁵⁸ La convention de l'ONE avec le CIRE en matière d'interprétariat social est une des plus anciennes et couvre aujourd'hui une quarantaine de langues.

⁵⁹ Ainsi, selon un exemple cité à Liège : « venir à jeun » pour une prise de sang n'est pas toujours compris de la même manière par tous ; certains pensent que boire un thé sucré ne rompt pas le jeûne.

d'interprétariat augmente si la traduction est effectuée dans un esprit de « médiation » (Manço, 2001) qui permettra d'adapter la traduction aux conceptions et niveaux de connaissances de l'interlocuteur précis. Inversement, le médiateur est aussi capable de transmettre à l'intervenant socio-sanitaire la demande et les attentes des familles en consultation de la façon la plus fine possible⁶⁰.

Pour faire face aux problèmes liés à la diversité culturelle, des formations sont organisées en faveur des intervenants sociaux et de santé afin de les amener à adopter une attitude positive d'écoute bienveillante, à être disponible et à s'adapter ou à s'ajuster. Des établissements tels que le CHR de Liège, par exemple, ont développé un dispositif de médiation interculturelle qui fonctionne à la satisfaction de tous : ainsi les patients se sentent mieux compris et mieux orientés et les intervenants ont le sentiment d'une plus grande efficacité. Des conceptions complexes telles que l'importance de la médecine préventive, par exemple, qui ne sont pas universellement partagées, sont peu à peu transmises vers des populations de diverses origines qui peuvent ainsi jouer un rôle plus actif et responsable dans la préservation de leur capital santé⁶¹.

Enfin, le recours aux intervenants socio-sanitaires d'origine étrangère est aussi une des possibilités envisageables afin de rendre le système socio-sanitaire plus à l'image de la société multiculturelle.

2.2. La non-connaissance du fonctionnement des institutions du pays d'accueil par les personnes immigrées

Les familles primo-arrivantes sont très peu informées du fonctionnement des structures sanitaires belges. Ceci occasionne des perturbations et une mauvaise utilisation des services de santé. Les intervenants sociaux et sanitaires sont également mis à rude

⁶⁰ « Si les intervenants en santé ne travaillent pas dans ce sens, ils arriveront très vite à pratiquer une sorte de 'médecine vétérinaire' qui identifiera par tâtonnements les plaintes et difficultés du patient, et qui perdra beaucoup de sa finesse et de sa qualité » (réaction d'une intervenante liégeoise, responsable d'un service de médiation interculturelle en hôpital).

⁶¹ Pour documenter les patients qu'ils sont amenés à rencontrer, une série d'associations développent des brochures d'informations qu'ils mettent à la disposition du public cible. La difficulté de tout dispositif traduit est que la qualité des traductions est souvent difficile à vérifier. Par ailleurs, une partie importante du public primo-arrivant ne lit pas ou n'a pas l'habitude de consulter des documents écrits. Une solution à ce dernier problème serait de proposer la même information sous forme audiovisuelle, par exemple, sur dvd, consultables sur place ou à domicile. Ces supports permettent également la traduction en une multitude de langues. La possibilité de consultation sur place évite également le gaspillage de moyens (cf. impression de brochures en grand nombre). Une pratique dans les centres de consultation ONE est d'offrir la possibilité d'impression de l'information souhaitée à chaque individu spécifique, dans la langue qu'il pratique, ceci à partir de l'ordinateur du service, au moment précis où le besoin s'en fait ressentir. Il s'agit également de favoriser l'interaction directe entre l'intervenant et le patient qui reçoit la brochure, ce qui leur permet à tous deux d'en discuter et de vérifier sa bonne compréhension.

épreuve face à des groupes de patients présentant des difficultés de communication et de compréhension des règles de fonctionnement, bien que ce constat ne concerne pas uniquement les familles immigrées.

Certaines familles attendent des bilans complets de leur santé physique (check-up, examens spécialisés), alors que, selon le personnel médical, elles ne présentent aucun symptôme qui pourrait justifier la mise en place de tels examens : « *Il est très difficile de leur expliquer l'inutilité de leur requête et l'impossibilité de répondre à ce type de demande* ». Les professionnels consultés semblent relever, dans certains cas, une surconsommation des services de santé et, notamment, une surconsommation des services d'urgence, même s'il s'agit d'une tendance sociologique qui concerne une population bien plus large que les primo-arrivants, entre autres, pour des questions économiques. L'information et la valorisation de l'offre gratuite de médecine préventive proposée par les consultations ONE, les antennes de MSF, ainsi que par certaines maisons médicales auprès des familles de demandeurs d'asile est ainsi une urgence.

Les travailleurs de terrain sont également confrontés à des comportements motivés par une différence de perception culturelle du temps : les rendez-vous ponctuels laissant alors souvent la place aux permanences qui permettent de travailler dans de meilleures conditions.

L'investigation réalisée auprès des intervenants permet de constater également une certaine difficulté de cerner les demandes en santé des personnes primo-arrivantes. Aussi, pour les personnes atteintes de maladies telles que le diabète, la tuberculose, l'hépatite, ... il est parfois difficile d'instaurer le suivi médical et le traitement de ces pathologies. Le manque de scolarisation, entraîne parfois des difficultés de compréhension liée à une méconnaissance du corps. Il est parfois laborieux d'expliquer aux personnes atteintes de ces maladies la nécessité de suivre le traitement dans le temps malgré la disparition des symptômes. De plus, certaines d'entre elles n'ont pas de logement fixe et l'utilité de ces traitements, souvent fort coûteux, s'amenuise quand on sait que ces patients vont passer la nuit dehors, au froid. En effet, le nombre de lits disponibles pour les personnes qui sont sans domicile fixe est nettement inférieur à la demande, même pour les cas d'urgence.

Afin de palier à une partie de cet ensemble de difficultés, le « Relais-santé » du CPAS de Liège a développé un système d'accueil qui représente une certaine avancée.

Il s'agit d'un service destiné au public « précarisé » dans son ensemble et sa diversité. Le Relais-santé reçoit des familles en situation de pauvreté, quel que soit leur origine, mais aussi des familles immigrées dont la situation de séjour en Belgique est très précaire. Il propose en un seul lieu des services socio-sanitaires, une information adaptée au cas de ces familles, et des possibilités de traduction. *Ce principe de concentration des compétences, du reste spécialisées sur la situation des familles primo-arrivantes, est une stratégie intéressante pour faciliter l'accès aux soins.*

Le même modèle « spécialisation - concentration » peut aussi être adopté dans d'autres secteurs : par exemple, pourquoi ne pas imaginer dans certains quartiers l'organisation d'une « structure généraliste d'accueil et d'orientation » des familles immigrées : nous pensons, par exemple, à un service social localisé. Un tel service comprendrait des traducteurs-médiateurs et pourrait accueillir les familles près de leur lieu de domicile et les orienter en fonction de leur demande vers d'autres services tels que PMS, centres de santé, banques alimentaires, etc. L'objectif serait de s'assurer que chaque famille contacte en fonction de sa demande le bon service et/ou le bon professionnel.

Le même service pourrait effectuer le suivi du dossier afin que les structures sollicitées comprennent et répondent à la demande de la famille primo-arrivante. Le modèle est également applicable aux centres d'accueil des réfugiés.

Plus globalement encore, ne serait-il pas utile que les communes en charge d'accueil des publics migrants développent une réflexion systémique de la gestion des diversités culturelles ? En effet, les publics diversifiés culturellement et de par l'histoire de leur présence en Belgique nécessitent parfois une approche spécifique dans la prise en charge de leurs cas. En revanche, afin d'éviter le phénomène de concentration, ces services spécifiques devraient à terme orienter l'immigrant vers la participation sociale et l'inscription dans les services « généralistes » qui s'adressent à tout citoyen.

Ainsi, toute une série d'actions sont organisées par divers services afin de permettre une meilleure intégration de l'immigré. Il s'agit d'animations, de séances d'informations sur

la santé et la couverture des soins de santé, il s'agit également de la création de groupes de paroles, de rencontres, d'activités. Il est cependant très difficile d'amener le public à participer à ce type de rencontres : l'expérience de certains interlocuteurs montre que l'activité et son organisation doivent être négociées avec les intéressés pour une meilleure adhérence.

Enfin, les intervenants qui sont à la base des initiatives innovantes en matière d'accueil socio-sanitaire des familles primo-arrivantes méritent une valorisation et un soutien de leur travail notamment par des pratiques de réseaux. Cette mise en connexion permet aux initiatives respectives de s'affiner et de tendre vers plus d'efficacité.

Ainsi, certaines structures visitées lors de l'étude Unisol déclarent avoir établi un réseau de collaboration informel avec des unités semblables. Des échanges multiples s'opèrent entre les professionnels des secteurs tels que santé, social, administratif, scolaire et associatif. Le but poursuivi par ces collaborations est d'aider le patient dans ses démarches et de l'orienter vers une prise en charge spécifique, globale et qui lui est adaptée. Cela permet également aux professionnels d'éviter la multiplication des prises en charge autour d'une même personne ou d'une même famille. Cela offre également à ces derniers la possibilité d'accomplir au mieux leurs fonctions et d'échanger leurs « bonnes pratiques ». Cependant, les travailleurs de terrain affirment leur volonté de voir ce type de réseaux informels acquérir un caractère plus formel, ce qui permettrait de maintenir ce bon fonctionnement malgré le *turn over* très fréquent du personnel.

Ces réflexions et ces actions qui doivent être menées au niveau local doivent être soutenue par des politiques claires d'intégration et de valorisation des diversités pilotées depuis les niveaux régionaux, fédéraux et européens.

2.3. La perception du travail social par les intervenants socio-sanitaires comme une philosophie d'assistance

L'ensemble des actions qui visent à améliorer la prise en charge du public primo-arrivant est perçu par les intervenants socio-sanitaires comme faisant partie d'une philosophie d'assistance. Divers aspects de cette philosophie sont associés à une certaine vision de la « charité judéo-chrétienne ». D'autres aspects de cette philosophie

d'assistance semblent relever de représentations courantes dans le monde occidental et s'adressent prioritairement à *l'individu* dont on souhaite provoquer l'émancipation et le développement personnel.

Cette manière de percevoir le travail socio-médical et l'aide sociale dans notre pays, n'est pas toujours adaptée quant il s'agit de prendre en charge un public fraîchement immigré, qui est rarement en lien avec les conceptions philosophiques évoquées.

En effet, les réfugiés ou les candidats réfugiés ont très souvent une toute autre représentation de la solidarité. Il arrive souvent qu'ils se représentent comme des personnes débrouillardes, qui ont pu franchir une à une les barrières qui tentaient de les empêcher d'arriver en Europe. Ils vivent de faibles moyens et leur « système D » leur a permis de développer certaines capacités d'adaptation en immigration. Ils s'approprient et utilisent les facilités sociales et la place économique - pas toujours enviable - qui leur est laissée en Europe.

Leur solidarité est généralement tournée vers leur pays d'origine, ils le prouvent notamment en envoyant des colis ou de l'argent à ceux qui sont restés. Malgré leurs faibles moyens de subsistance en Belgique, ils sont plutôt des « donneurs » et ils représentent une force positive aux yeux de leurs compatriotes⁶². Les véritables personnes qui sont assistées sont celles qui vivent au pays d'origine, qui, à leur tour, rendent possible la migration vers l'Europe d'un certain nombre de candidats au droit de séjour. Dans cette vision élargie des choses, les personnes qui vivent dans notre pays seraient plutôt des intermédiaires de l'assistance publique occidentale qui se mondialise et exporte ses effets et sa solidarité bien au-delà de nos frontières.

Ce phénomène pourrait être perçu par l'opinion publique et les travailleurs sociaux des pays européens comme un « *détournement de fonds* ». Plusieurs témoignages directs ou indirects d'intervenants sociaux montrent que cette situation dérange car elle ne rencontre pas l'objectif initial de l'accueil des demandeurs d'asile. Par contre, les candidats au droit de séjour qui rentrent dans la catégorie que nous décrivons, considèrent que c'est leur devoir que de venir chercher des moyens en Occident pour

⁶² Les personnes qui travaillent en centre d'accueil de réfugiés constatent tous les jours que des résidents qui pourtant ne reçoivent qu'une aide financière très limitée parviennent encore à envoyer de l'argent dans leur famille d'origine.

l'injecter dans l'économie familiale de leur pays d'origine. Leurs témoignages laissent entendre que, premièrement, ils sont intimement convaincus que l'Europe est riche. Ensuite, ils estiment que la pauvreté de leur pays d'origine n'est pas sans rapport avec l'enrichissement de l'Europe. En d'autres termes, beaucoup pensent qu'ils récupèrent leur dû et pourraient dès lors se montrer vindicatifs dans l'accès à une série de services ou d'aides diverses.

Il existe donc un problème de lecture culturelle et politique de l'aide sociale entre les systèmes qui ont été mis en place par notre pays et les personnes qui immigreront et deviendront utilisateurs de ces systèmes.

Ces problèmes de lecture créent une incompréhension entre les consommateurs et les producteurs de services socio-sanitaires qui voient devenir les utilisateurs de plus en plus revendicateurs : ils s'attendent à ce que certains de leurs droits soient respectés comme l'accès aux soins de santé et à la scolarité, sans même avoir un accès de droit au territoire. Dans ce contexte, les intervenants socio-sanitaires sont de plus en plus incertains du sens même qu'il faut attribuer à leur travail.

Ce malentendu crée un inconfort intellectuel auprès des professionnels qui se voient déstabilisés dans leur identité professionnelle et arrivent, dans certains cas, à une antipathie vis-à-vis de certains réfugiés. Dans certaines situations de plus en plus fréquentes, il devient difficile aux intervenants sociaux d'accomplir les tâches d'accueil et d'orientation qui leur sont confiées et de jouer le rôle de « tuteur de résilience »⁶³ qui pourrait permettre à ce public de faciliter son installation dans le pays.

Certains professionnels de la santé reprochent au public d'usurper le système et de ne pas comprendre le sens qui est donné à l'accueil. Il est notamment difficile d'expliquer et surtout de faire comprendre à une personne réfugiée qui se voit recevoir l'accès aux allocations d'aide sociale après avoir été mise en ordre de papiers, qu'elle ne recevra plus l'aide sociale si elle se met à travailler. De même, il est incompréhensible pour le

⁶³ La résilience est « la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative. » ... « La résilience est l'expression d'une force insoupçonnée que l'on a en soi. C'est aussi quelque chose qui se construit progressivement après un choc, souvent avec l'aide d'une tierce personne qui joue le rôle de 'tuteur'. Ce tuteur de résilience peut offrir une référence, une écoute, une présence, un modèle, de l'amour ... Nous trouvons ainsi des ressources extérieures venant s'ajouter aux ressources intérieures (souvent insuffisantes) » (Cyrulnik, 2001). Cf. la partie sur le « résilience des enfants primo-arrivants ».

public qui obtient son droit de séjour de se voir amené par la suite à ne plus recevoir l'aide médicale gratuite qu'il avait connue jusque-là. En revanche, il est déstabilisant pour les familles reconnues dans leurs besoins premiers tel que la santé et la scolarisation de leurs enfants d'être si précarisés quant à leur droit de séjour en Belgique.

On voudrait que le demandeur d'asile adhère à la philosophie de l'assistance accordée, tandis que celui-ci pourrait toujours faire valoir son « bon droit » dans la mesure où il demande, certes, de l'aide, mais fait également l'effort de travailler, de se débrouiller par lui-même. Il voudrait que soient reconnus ses efforts et son rôle de soutien du pays d'origine dans un contexte d'inégalité économique entre le « nord » et le « sud » de la planète. Il voudrait du reste voir sa demande de droit de séjour entendue, vu qu'il fait des efforts importants pour s'adapter à son nouveau pays, tout en continuant à aider son pays d'origine.

La situation d'antipathie qui pourrait naître entre les travailleurs sociaux et le public cible se complexifie par le fait que le professionnel qui ressent ces dysfonctionnements au quotidien ne peut pas en parler dans la mesure où l'on risquerait de lui attribuer des propos « racistes ». En effet, il est difficile d'aborder ce genre de difficultés et de constatations sans s'exposer à des interprétations négatives. L'antipathie prend parfois la forme du déni, du moindre investissement dans la tâche ou de l'excès de zèle dans le contrôle réglementaire. Ce replis de l'intervenant peut donner lieu à mettre en difficulté tous les usagers, y compris ceux, nombreux, qui n'entrent pas dans cette dynamique de l'exploitation du système. Cette situation crée un cercle vicieux car le professionnel lui-même sera par la suite victime de perte d'identité et de foi dans le système dans lequel il travaille quand il ne sera pas victimisé directement par la frustration, le désespoir et la violence d'un usager de son service.

Certaines observations qualitatives réalisées durant la recherche-action Unisol semblent montrer que le système de l'aide sociale dédié aux réfugiés et appliqué tel qu'il l'est aujourd'hui est à la base de la création d'une double culture :

- a) D'une part, une *culture de l'utilisateur* qui comprend les attentes du système. Cet état de fait amène le migrant à développer un discours ainsi qu'un agir

attendus par le système afin de se donner le plus de chances possibles pour l'acceptation de son droit de séjour. C'est ainsi que l'on retrouve des récits migratoires extrêmement dramatiques racontés de manière invariable par des personnes différentes qui se l'attribuent. Certains professionnels ont vu passer entre leurs mains un *vade mecum* en langue roumaine, décrivant dans le détail la marche à suivre en arrivant en Belgique, récits compris. Dans la logique de la procédure, l'important n'est pas que l'histoire soit vraie, mais qu'elle soit bien racontée et efficace⁶⁴.

- b) D'autre part, on retrouve la *culture de l'aide technique*. Elle ne se pose plus la question du « pourquoi » et du sens de l'aide sociale, mais plutôt se focalise exclusivement sur la question du « comment » la mettre en place et perd, par conséquent, beaucoup de sa philosophie : en effet, on peut se demander quel sens donner au mot « accueil » dans un système politique qui cherche à éloigner du territoire européen environ 90 % de requérants de droit d'asile ?

Au centre de la confrontation de ces deux cultures, on semble observer deux groupes de candidats au droit de séjour qui se comportent différemment face à l'offre d'aide sociosanitaire. Cette typologie hypothétique et empirique n'a aucune prétention à l'exhaustivité. Elle prend sa source dans les observations quotidiennes des intervenants rencontrés dans le cadre de d'investigation et permet d'avancer à la réflexion sur l'adaptation des structures d'aide à la diversification des publics immigrés dans un contexte de mondialisation de nos sociétés.

- a) Les requérants du droit de séjour en Europe, et en Belgique, seraient, d'une part, des personnes en recherche d'une « assimilation individuelle » au monde occidental et demandeuses de soutien en termes de « tuteur(s) de résilience ». Dans ce cas, ces personnes souhaiteraient acquérir les modes de

⁶⁴ La pratique de certains réfugiés qui harcèlent les services socio-sanitaires de façon à se faire trouver une maladie, de préférence grave, afin d'assurer leur statut de séjour en Belgique en vertu des lois qui y sont reliées fait partie du même tableau. Dans ce cas, les services de santé sont complètement détournés de leur objectif initial. Ils sont instrumentalisés par les réfugiés mais également par les aides juridiques et sociales qui les encadrent dans le but de l'obtention de leur droit de séjour. Or, les possibilités de stabilisation en Belgique pour des personnes en demande de droit de séjour sont réduites au maximum. La dispense pour cause médicale est un des recours possible au renvoi vers le pays d'origine si une personne est gravement malade et ne peut être traitée dans ce pays. Il faut dans ce cas obtenir du médecin un certificat médical qui indique le type de maladie et, éventuellement, l'impossibilité de se déplacer. Ceci explique que les hôpitaux publics des grandes villes – comme Liège et Mons - et en particulier

comportement, de communication, etc. de façon à ce qu'ils deviennent « invisibles » en tant que personnes d'origine étrangère (Manço, 1999).

- b) D'autre part, certains demandeurs d'asile seraient des personnes insérées dans des projets migratoires visant la survie des collectivités installées tant dans le pays d'origine que dans le pays d'accueil. Ces personnes ne seraient donc pas sensibles à une philosophie de soutien tablant sur l'aide individuelle. Au contraire, il s'agirait pour eux de rester au sein de réseaux qui donnent un sens à leur entreprise migratoire.

Plusieurs difficultés sont cependant posées par cette manière de classer telle ou telle famille ou personne dans tel ou tel groupe :

- a) On peut retrouver le mélange des deux attitudes dans le chef des mêmes personnes ou en alternance selon les moments et contextes ;
- b) Il est difficile de distinguer la première attitude de la seconde car les deux groupes ont dû se montrer débrouillards et résistants pour parvenir à leur situation actuelle. Ils présentent beaucoup de points communs.

Ces possibles confusions ne facilitent pas le travail des intervenants sociaux qui ont du mal à faire la différence entre les deux types de publics et donc d'adapter leur offre. La « pathologie du système » d'accueil des réfugiés inadaptée aux nouveaux flux de populations, décrit notamment par Diken (2001), dans le cas de la Grande-Bretagne et relativement applicable à notre pays, ne donne que peu de chances aux professionnels de devenir des « tuteurs de résilience » car non seulement elle les empêche de jouer un rôle dans le schéma de résilience mais, même quand elle le permet, ce rôle n'est pas toujours intéressant pour tout le public cible.

De manière opératoire, toutes ces constatations nous montre combien il est urgent :

- a) De concevoir des groupes de parole entre professionnels de façon à ce que :

certains services de ces hôpitaux (notamment la psychiatrie) semblent être utilisés par certains avocats de réfugiés dans la défense du seul droit de séjour ; la personne elle-même, réputée aliénée, n'étant plus au centre du débat.

- le mal-être des professionnels soit identifié, exprimé et compris ;
 - le point de vue des réfugiés soit explicité dans sa grande diversité et comprise à travers une lecture à grand angle intégrant, notamment, les données socio-politiques mondiales qui expliquent le « pourquoi » des migrations des temps présents.
- b) De concevoir des groupes de parole pour les demandeurs de droit de séjour de façon à ce qu'ils puissent comprendre :
- le pourquoi de certains comportements d'exclusion ou de certaines « mesquineries » qu'ils subiraient de la part des professionnels pourtant chargés de les accueillir et soigner ;
 - la raison pour laquelle les professionnels peuvent parfois se sentir « dupés » et « utilisés » par leurs propres attitudes et de les sensibiliser sur les contraintes des professionnels d'aide, de soins, et d'accueil.
- c) De concevoir, enfin, des groupes de parole réunissant les deux parties, afin de confronter les conceptions et les valeurs de l'aide sociale dans le monde occidental en lien au sens même du projet migratoire des candidats au droit de séjour.

2.4. Le logement et ses incidences sur la santé du public immigré

Les propriétaires qui possèdent des logements en bon état, entretenus, sont souvent réfractaires à les louer à des personnes qui vivent dans des conditions de vie précaires, et encore plus s'il s'agit de personnes qui n'ont pas de droit de séjour et donc, qui ne peuvent assumer aucune garantie locative. L'accès aux logements sociaux n'est pas possible tant que le public immigré n'a pas obtenu son droit de séjour, et encore, une fois ce dernier obtenu, il reçoit en même temps le droit de s'inscrire au bas d'une longue liste d'attente qui ne lui permettra pas d'avoir un logement avant un très long laps de temps. Ceci explique que beaucoup de familles primo-arrivantes vivent dans un contexte de logement extrêmement précaire. Les seuls logements qu'ils trouvent sont souvent proposés par des propriétaires qui achètent des maisons délabrées et qui les louent dans cet état à ceux qui n'ont pas la possibilité de se payer un autre logement.

Pire encore, les « marchands de sommeil » louent des matelas à des clandestins qui se retrouvent entassés dans des maisons vétustes. On retrouve cette pratique dans les grandes villes, notamment Bruxelles.

Bien souvent, le public cible manque totalement d'informations sur les droits qu'il possède en tant que locataire. Par ailleurs, les moyens d'actions classiques en matière de logement inapproprié à l'habitation n'intéressent guère les familles immigrées qui, dans la plupart des cas, risquent de se retrouver tout simplement sans toit si elles les mettaient en application. Elles choisissent donc de vivre dans des logements insalubres plutôt que de se retrouver à la rue. Dans les cas les plus difficiles, les personnes en situation de séjour irrégulières, ne disposent pas de possibilités d'établir un bail locatif et donc, de se défendre.

Pourtant, d'après les experts de la Ville de Liège consultés lors de la recherche Unisol, de nombreux logements de cette commune sont vides et non entretenus depuis des années. C'est pourquoi la municipalité a lancé des démarches dans le sens de l'exploitation des logements inutilisés. Ces démarches permettent dans un premier temps de lutter contre le délabrement des logements et des quartiers, et dans un deuxième temps, d'offrir un habitat à des personnes qui vivent dans les statuts les plus précaires.

Dans ce cadre, l'agence immobilière sociale « Liège-Logement » joue le rôle d'intermédiaire locatif entre le propriétaire et l'occupant. Elle signe avec le propriétaire un contrat de gestion qui donne à l'agence des droits sur l'immeuble. Ils peuvent alors mettre le logement à disposition et cherchent des locataires à profil social précaire. Ils veillent à ce que ces derniers respectent le bien mis à disposition, le paiement du loyer, ... Le propriétaire, quant à lui, recevra un loyer que son logement soit occupé ou non. Il recevra aussi l'avantage de voir les travaux de réparation du logement pris en charge par l'agence. En résumé, le propriétaire recevra un loyer inférieur à ce qu'il espère, mais obtiendra une garantie d'avoir un loyer et d'avoir les dégâts éventuels remboursés, en plus d'une garantie de subsides pour les petits travaux à effectuer dans l'habitation.

Dans le cas de logements fortement délabrés, la Ville tente d'établir un contrat avec le propriétaire qui n'a pas les moyens financiers d'effectuer les travaux nécessaires. Le

propriétaire laisse alors son immeuble à charge de la ville, ceci pour un minimum de neuf ans. Les fonds généraux des logements s'engagent, quant à eux, à remettre en état le logement et à verser un loyer minimum au propriétaire durant tout le terme du contrat. Ils pourront durant ce temps louer le logement à des personnes vivant dans des conditions de vie précaires.

Ces initiatives sont intéressantes, cependant, elles demandent des fonds assez importants et sont donc limitées dans leur nombre. Cependant, elles sont à encourager car jusqu'ici, ce sont les démarches les plus adaptées qui soient entreprises dans le but de donner des logements privatifs corrects à des personnes nécessiteuses.

2.5. La question de la scolarité des enfants de familles réfugiées et les outils disponibles favorisant leur accueil

Une des réponses données au défi de scolariser des enfants primo-arrivants dont la majeure partie sont non ou insuffisamment francophones est la mise en œuvre de classes dites « passerelles ». Celle-ci sont décrites dans le décret du 14 juin 2001 de la Communauté française de Belgique comme des « *structures d'enseignement visant à assurer l'accueil, l'orientation et l'insertion optimale de l'élève primo-arrivant, dans l'enseignement fondamental ou secondaire* ».

Là où elles existent, ces classes permettent aux enfants concernés d'adoucir leur entrée en scolarité et, pour certains, de permettre l'apprentissage de la langue d'enseignement. Ces classes prévoient notamment un enseignement linguistique adapté aux enfants non-francophones et des activités socio-culturelles visant leur intégration et information sur la Belgique. Cette année adaptative permet aussi au personnel scolaire de mieux connaître l'enfant et de l'orienter valablement vers la classe ordinaire qui lui convient le mieux.

Les interlocuteurs rencontrés dans les milieux scolaires apprécient l'articulation de l'aide spécifique apportée à l'enfant primo-arrivant à la scolarité ordinaire qui lui permet en principe de s'insérer au système scolaire belge. Toutefois, on note l'extrême rareté de ces classes qui ne couvrent pas les besoins rencontrés. Par ailleurs, la pérennité de ces classes n'est nullement assurée.

Un autre dispositif est la possibilité d'offrir aux enfants suivant une scolarité ordinaire un cours spécifique d'adaptation à la langue d'enseignement (ALE). Des témoignages montrent que ces classes accueillent parfois plus de vingt enfants non-francophones, alors que ces derniers nécessiteraient un accompagnement particulier dans leur apprentissage du français. Il est alors compréhensible que les enseignants responsables de ces cours se sentent parfois dépassés. Il serait nécessaire de donner aux enseignants qui se spécialisent dans l'accueil des publics primo-arrivants la possibilité d'offrir à ces enfants un enseignement individualisé.

Les travaux réalisés dans le cadre de la recherche Unisol montrent l'hétérogénéité des situations des enfants primo-arrivants :

- Certains ne parlent pas du tout français tandis que d'autres sont originaires de pays partiellement francophones ;
- Certains parents sont d'origine rurale et peu scolarisés tandis que d'autres jouissent d'une éducation scolaire bien plus longue ;
- Certains enfants sont des réfugiés de guerre et souffrent de traumatismes divers tandis que d'autres sont en Belgique pour des raisons familiales ;
- Certains sont des mineurs non accompagnés ;
- Certains arrivent en Belgique au début de leur scolarité, tandis que d'autres sont des adolescents confirmés ;
- Certaines familles ou jeunes jouissent d'une stabilité de séjour, tandis que d'autres sont dans la précarité en cette matière ;
- Enfin, toutes les familles ne jouissent pas des mêmes conditions socio-économiques et de soutien dans leur installation en Belgique.

Les investigations prenant comme objectif une meilleure description des problématiques de la scolarisation des enfants et jeunes primo-arrivants sont encore en cours dans les différentes équipes du réseau Unisol, et notamment au sein des équipes liégeoises et louvanistes. Mais dès à présent, il semble important de développer des réponses plus fréquentes en termes quantitatifs pour couvrir l'ensemble des besoins et pas uniquement dans les grandes villes ou dans les localités situées à proximité de centres d'accueil de réfugiés. En effet, la situation de petits groupes d'enfants primo-arrivants dispersés sur l'ensemble du territoire méritent notre attention.

Par ailleurs, il s'agit également d'imaginer des solutions de scolarisation variées afin d'épouser le contour des besoins de ces élèves très diversifiés sur de nombreux critères de façon à les amener le plus rapidement possible à accrocher à un enseignement ordinaire.

Conclusions

Les investigations menées afin d'identifier les problématiques majeures et les solutions qui se dégagent en matière d'accueil socio-sanitaire et socio-scolaire des familles et enfants primo-migrants permettent de noter l'existence de dispositifs utiles rencontrant la majeure partie des difficultés listées. Ainsi, les services socio-sanitaires centralisés et spécifiques comme les « relais-santé » ou les services de médiation interculturelle, les dispositifs de logement subventionnés et les classes passerelles sont parmi les exemples que nous pouvons rappeler.

Toutefois, les travailleurs de terrain rencontrés déclarent que ces solutions ne répondent pas à l'ensemble des problèmes auxquels ils sont confrontés. Notamment, ces pistes restent très insuffisantes en termes quantitatifs et ne couvrent que certains points centraux, laissant de vastes zones géographiques excentrés sans moyens. Ainsi, une série de pistes restent encore à envisager et à organiser.

Il s'avèrerait intéressant notamment de mettre en place un service d'interprétariat permettant à la fois des traductions à proprement parlé, mais aussi des interventions de médiation interculturelle lorsque cela s'avère nécessaire. Ce service devrait être localisé dans un lieu bien précis et accessible à tous, notamment par les moyens de télécommunication, comme il en existe des exemples dans différentes villes (Liège, Namur, La Louvière, Bruxelles, etc.).

Les professionnels soulignent également leur intérêt quand à la mise au point d'une chaîne de relais, de collaborations, de partenariats où eux-mêmes, tout comme les personnes étrangères, pourront trouver rapidement les ressources nécessaires à une problématique déterminée. Ils soulignent également l'importance d'établir une liste de

personnes ressources qui permettrait d'organiser aisément des formations au niveau interculturel et santé. L'outil internet devrait dans ce cadre être mis à profit.

Un grand intérêt est également porté au fait de trouver des pistes afin d'informer au mieux les personnes étrangères sur le fonctionnement du système socio-sanitaire belge. L'utilité de la création de lieux de paroles et d'expression pour les personnes étrangères est également soulignée par un grand nombre de travailleurs sociaux. Dans ce cadre, les exemples sont peu nombreux et devraient intégrer des techniques créatives pour atteindre un maximum d'efficacité en termes d'expression et de prévention de l'incommunication.

Un autre des besoins identifiés par les intervenants du secteur vise le soutien à apporter aux professionnels eux-mêmes face aux difficultés soulevées par la présence des familles issues de l'immigration dont ils ont la charge. Les acteurs rencontrés semblent préconiser la constitution et le développement des réseaux d'échanges entre professionnels qui dépassent le simple fait d'échanger des informations à caractère technique. Un des exemples type de ce genre d'initiative peut être la recherche-action de l'Université de Liège et de l'IRFAM qui a permis à un ensemble d'intervenants de la région wallonne de se rencontrer durant deux années à plusieurs reprises afin d'échanger informations et points de vue sur l'incidence de la présence des familles primo-arrivantes sur leurs pratiques professionnelles. Ces rencontres servent à diffuser des pratiques positives et éprouvées au sein de ce réseau. Elles servent également à se délester de certaines expériences difficiles à travers la confrontation aux autres. Les professionnels gagnent ainsi en estime d'eux-même et en sentiment d'efficacité. La production et la distribution de documents utiles aux professionnels entrent dans la même stratégie.

La plupart des professionnels consultés remarquent qu'on leur délègue un grand nombre de tâches dont la gestion ne leur appartient pas ou qui nécessitent des compétences qu'ils n'ont pas. Ainsi, en matière de santé, les services concernés sont souvent face à des problèmes occasionnés par l'instabilité du séjour de certaines familles, par les difficultés de logements, ou encore, par la complexité de la réponse administrative donnée par l'Etat au cas des demandeurs d'asile.

Pour offrir des soins de qualité, les services de santé doivent, bien entendu, s'adapter à la diversité de leur public. La conception globale de la santé qui doit être adoptée nécessite également que celle-ci soit abordée sous un angle social comprenant le bien-être général des patients et surtout leur point de vue sur la définition de ce bien-être.

Cependant, l'Etat se montre incapable de définir une politique claire face aux flux migratoires et laisse en suspend le traitement du cas de milliers de familles. Il développe des réglementations complexes et changeantes mettant en difficulté tant les intervenants que les familles elles-mêmes.

Une rigoureuse simplification administrative est urgente à opérer afin de rendre plus rapide les réponses aux demandes d'asile de façon à éviter aux familles un long temps d'attente destructeur. La simplification administrative est par ailleurs une des priorités que différents gouvernements régionaux et fédéraux tentent de poursuivre depuis un certain nombre d'années de par la création d'un secrétariat d'Etat chargé de la question. Il s'agira d'interpeller cette instance sur l'urgence de considérer le cas de l'accueil du public primo-arrivant, sachant que cette question dépend également des politiques internationales⁶⁵.

L'absence de politique claire donne l'impression que la population primo-arrivante est abandonnée à son sort et que le cas des clandestins est encore plus grave malgré l'existence d'une série de réponses urgentes en matière de santé et de scolarité. Les acteurs socio-sanitaires et scolaires qui font face à ces publics sont comme les « délégués » de cet abandon (Manço et Amoranitis, 1999 ; Born, 1999). C'est par ce phénomène que les acteurs de terrain commencent à perdre jusqu'au sens même de leur travail social ou éducatif. Ils « s'usent » dans des contextes institutionnels qui les violentent au moins autant que les familles concernées.

⁶⁵ L'exemple du système de dispatching des populations réfugiées à travers le territoire belge peut être développé. Ce système donne lieu à l'émergence d'un service social à distance qui constitue, aux dires des professionnels, un véritable « non-sens ». On sait par ailleurs, que malgré le système de dispatching, les familles réfugiées se réorientent de toute manière, vers des localités dans lesquelles elles savent qu'elles bénéficieront de certains soutiens auprès de leur communauté, et notamment les grandes villes. Ne serait-il pas plus efficace d'imaginer des systèmes de solidarités entre les différentes communes par rapport à la question des réfugiés plutôt qu'un dispatching géographique de toute façon factice et créateur de nombreux désordres et dysfonctionnement et de complications linguistiques entre le nord et le sud du pays. Par ailleurs, certaines localités recèlent des compétences particulières et des ressources spécifiques intéressant tel ou tel type de population (présence d'associations et de professionnels de diverses origines, etc.). Ne serait-il pas efficace de reconnaître cette spécialisation et d'orienter vers ces localités les familles concernées ?

De nombreuses pistes de réflexion ont été proposées par les intervenants sociaux, certaines sont à caractère politique. Selon Michèle Vatz Laaroussi (2003), toute politique d'intégration des immigrés doit être transversale et traverser l'ensemble des dimensions de la vie quotidienne tout en prenant en compte l'historicité de l'immigrant, autrement dit, son rapport au temps passé au pays d'origine, au pays d'accueil ainsi que ses projets d'avenir. La citoyenneté des immigrants n'est possible que s'ils sont sûrs de leur stabilité de séjour⁶⁶.

La question de l'immigration doit être envisagée avec beaucoup plus de volontarisme par les dirigeants européens. L'analyse démographique et économique des flux migratoires montre en effet que le territoire européen a besoin de recevoir une certaine quantité de population étrangère afin de soutenir son développement. En revanche, les élus, dans leur grande majorité, sont très frileux à admettre publiquement cette situation qui nécessite que soient définies des lignes directrices d'une véritable politique d'immigration. Cette réserve politique prend sa source dans l'opposition souvent vérifiée de l'opinion publique à l'idée d'une ouverture vers l'immigration extra-européenne et à l'accueil de populations diverses⁶⁷.

Une stratégie systémique qui permettrait de lutter contre cette exclusion serait de valoriser publiquement l'enrichissement socio-culturel et économique occasionné par l'accueil des populations étrangères.

Ces migrations représentent un apport nécessaire à l'équilibre démographique de la population européenne. L'apport économique représenté par cette immigration est très apprécié dans différents secteurs de l'économie, comme par exemple la dynamisation du secteur des petites et moyennes entreprises dans les domaines de la distribution, de la restauration, des transports, du commerce international, des télécommunications, etc. Enfin, la diversification culturelle introduite par l'immigration dynamise la société européenne pour bien des aspects, notamment artistiques, philosophiques, culturels, etc.

⁶⁶ En effet, il semble nécessaire de s'attaquer à la base aux questions de flux de réfugiés en revoyant la politique étrangère européenne dans son ensemble. On sait que les conflits armés et les régimes dictatoriaux sont parmi les causes qui jettent sur les routes de nombreux réfugiés. N'est-il pas insoutenable d'obstruer l'accès au territoire des populations en fuite et, dans le même temps, de continuer à vendre des armes dans les régions en conflit d'où ils sont issus ?

⁶⁷ Les études répétitives menées par le Centre d'étude du Racisme et des Discriminations de l'U.E. basée à Vienne (Eurobaromètre) montrent que 60 % des Européens sont hostiles à l'immigration. En revanche, 80 % reconnaissent ne pas avoir de « problèmes » avec les immigrants, voire ne pas en connaître ...

Ces constats doivent être diffusés et exploités au niveau de l'opinion publique européenne afin de favoriser l'acceptation des publics immigrés dans l'Union.

En ce qui concerne les publics actuellement réfugiés ou en demande de droit de séjour, il est urgent d'offrir l'accès au travail par un permis de travail temporaire, par exemple. L'accès à un emploi est un des champs sociaux par lequel ces publics peuvent véritablement se valoriser et montrer leur utilité par rapport à la société européenne. Le travail offre à ces publics un levier d'intégration économique et social dans notre société, il permet également d'éviter la disqualification professionnelle et psychologique des individus concernés. Les secteurs d'emploi tels que le commerce de détail, l'aide aux personnes et aux entreprises, la construction, etc. sont des secteurs qui nécessitent un apport de main-d'œuvre pas toujours rencontré parmi les travailleurs locaux.

Enfin, les associations créées par les immigrants et les associations interculturelles sont des alliées importants des services publics dans la tâche de la valorisation et de l'illustration des diversités socio-culturelles. En particulier, les associations créées par les immigrants sont très actives dans l'accueil, le soutien et l'orientation des nouveaux immigrés membres de leurs communautés. Elles méritent une reconnaissance et un soutien politique comme outils de « citoyennisation » des nouveaux migrants.

Bibliographie

Agenda Interculturel (2005), *Pas dans mon jardin*, n° spécial demandeurs d'asile, janvier, n° 229, 35 p.

Born, M. (1999). *Délégation par abandon : approche psychologique*. Les Politiques Sociales, n° 3-4, 13-18.

Cyrułnik, B. (2001). *Les vilains petits canards*. Odile Jacob : Paris.

Diken, B. et Laustsen, C. (2001). *From Refugee Camps To Gated Communities. Biopolitics and the End of the City*. Millennium, Journal of International Studies, vol 30(3), 761-784.

Dumon, W. et Michiels, L. (2000). *OCDE – Système d'Observation Permanente des Migrations (SOPEMI)*, Sociologisch Onderzoeksinstituut : K.U.Leuven.

Manço, A. (1999)., *Intégration et identités. Stratégies et positions des jeunes issus de l'immigration*. De Boeck : Bruxelles.

Manço, A. (2001). *Violences et médiation dans les familles immigrées*. Les politiques sociales, n° 3-4, 23-37.

Manço, A. (2002), *La politique de régionalisation de l'immigration au Québec*. Migration, n° 39-41, 51-90.

Manço, A. et Amoranitis, S. (1999). *Délégation par abandon : un nouveau concept opératoire*. Les Politiques Sociales, n° 3-4, 4-12.

Vatz Laaroussi, M. et Manço, A. (2003). *Jeunesses, citoyennetés, violences. Réfugiés albanais en Belgique et au Québec*. L'Harmattan : Paris.

Comment favoriser la résilience de l'enfant et l'adolescent migrants primo-arrivants, dans le cadre scolaire ?

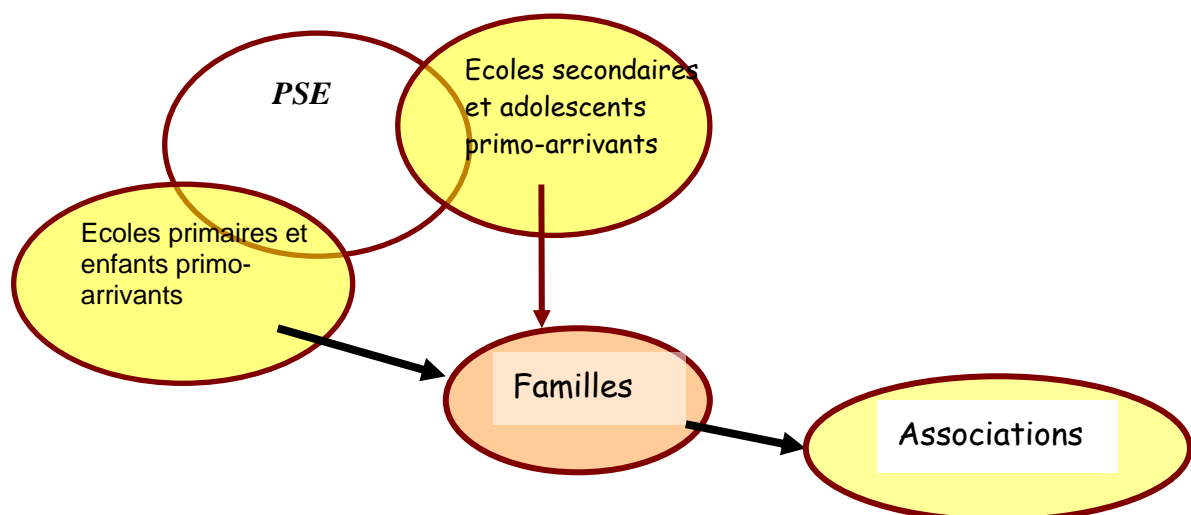
**Martin E., Renard F., Levie K., Steyaert M., Deccache A.,
Unité d'éducation pour la santé, RESO, Université catholique de Louvain.**

Il n'est pas possible aujourd'hui d'entamer une recherche sans avoir un impact sur le réel, sur les représentations, sur la vision du monde. Tandis que les recherches sur la prévention et l'éducation se sont longtemps focalisées sur le risque, avec parfois comme conséquence nuisible de stéréotyper les populations dites « à risque », les recherches sur la résilience mettent l'accent sur les potentialités et les ressources qui existent en tout être humain et qu'il est capable de mobiliser pour faire face à un traumatisme.

Cadre contextuel et méthodologique du projet :

La médecine scolaire et l'école

Dans le contexte de la médecine scolaire, la systématisation des bilans de santé des enfants primo-arrivants qui arrivent dans les écoles constitue une opportunité d'action, qui est renforcée par la possibilité donnée par le décret relatif à la promotion de la santé à l'école de mener des activités au sein des classes



Les populations d'enfants et d'adolescents primo-arrivants confrontent les professionnels médico-sociaux de la médecine scolaire à un dilemme, puisqu'il s'agit d'un public très spécifique nécessitant une prise en charge adaptée, mais que par ailleurs ce public est trop peu nombreux pour véritablement susciter la mobilisation des acteurs.

Il y a lieu de se demander comment notre culture peut changer les attitudes et les comportements envers les enfants vulnérables de notre société. C'est en ayant à l'esprit l'ensemble des éléments du contexte migratoire qu'il faut appréhender la question de la santé et du bien-être des enfants primo-arrivants, en tenant compte de leur capacité à faire face. Etre primo-arrivant représente-t-il un traumatisme pour un enfant ? Et de quelle manière l'environnement et particulièrement l'école, le PSE et le PMS peuvent-ils aider à la résilience des enfants primo-arrivants et de leurs familles ? Ces questions sont la base théorique de notre recherche et la base pratique des actions que nous voulons mener par la suite. C'est la raison pour laquelle notre recherche s'est penchée sur le vécu migratoire de quelques familles primo-arrivantes, et sur leur vécu de l'école .

Les familles parlant l'Arabe, le Swahili et/ou le Français,⁶⁸ ont été sélectionnées sur base de la liste des élèves primo arrivants des 6 écoles primaires de Schaerbeek dont le PSE de l'UCL a la charge. Parmi celles-ci les critères de priorité se basent sur la demande des médecins scolaires du PSE qui, dans la population sélectionnée ont détecté des problèmes de santé. Ainsi plusieurs familles ont été rencontrées afin de mener les entretiens mais aussi d'intervenir pour résoudre les problèmes de santé mais aussi d'autres problèmes sociaux.

Des **rencontres avec les familles** ont été étalées sur le temps de la recherche-action afin de recueillir auprès des familles quels étaient les facteurs de risque et de protection, et cela sur base d'entretiens à partir d'un guide d'entretien recueillant les éléments propres à l'histoire de la migration, à la santé, l'école et les ressources utilisées pour faire face aux problèmes rencontrés, les attentes envers les associations.

Des contacts ont ainsi été pris avec des **associations** de Schaerbeek que les parents fréquentaient mais aussi avec des associations des communes proches ayant des structures d'accueil spécifiques pour les primo-arrivants⁶⁹. Un premier questionnaire

⁶⁸ langues parlées par le chercheur pour la facilité des entretiens avec les familles

⁶⁹ EXIL, SIREAS, CIRE, D'ICI et D'ailleurs, OCIV, COMPAS, MEDICAL STEUNPUNT, CBAR, ...

spécifique pour chaque type d'association (association spécialisée pour l'accueil des primo-arrivants, associations de santé, associations d'alphabétisation, associations ethniques...) a été réalisé afin de déterminer les différents éléments qui entrent en jeu, les obstacles rencontrés, les solutions trouvées. Les représentations qu'ont les professionnels côtoyant des adultes primo-arrivants ont été recueillies.

Un guide d'entretien a été élaboré spécifiquement pour **chacun des acteurs scolaires** : les directeurs d'école, éducateurs, médiateurs et enseignants afin de voir comment l'école met-elle en place les éléments d'accueil des primo arrivants. Les représentations qu'ont les professionnels scolaires des parents primo-arrivants ont été recueillies.

Caractéristiques de l'étude et des familles

Une étude qualitative et longitudinale conduite sur deux ans, par l'intermédiaire d'interviews semi structurés tous les 3 mois, afin d'approfondir la compréhension de l'influence des facteurs protecteurs pré et post migratoires, des tuteurs de résilience potentiels dans l'environnement familial, les relations famille/école, l'impact de ces facteurs sur la résilience de l'enfant.

Elle a été conduite auprès de 12 familles primo-arrivantes d'Afrique et du Moyen Orient (dont 9 étaient réfugiées de guerre)

- 3 familles du Moyen Orient (Irak, Palestine, Liban)

- 9 familles d'Afrique sub-saharienne (Guinée , Angola , RDC, Congo Brazza, Rwanda, Centre Afrique , Togo, Sierra Leone)

Les $\frac{3}{4}$ des familles vivent du CPAS

2 mères seules et 2 pères seuls avec un ou deux enfants chacun

8 familles avec un nombre d'enfants entre 2 et 6

La résilience comme concept-clef du projet

Le concept de résilience est né grâce à Emmy Werner qui a suivi pendant 30 ans une cohorte de 700 enfants nés à Hawaï, dont 200 enfants présentaient à l'âge de 2 ans tout

ce qui présage un futur de délinquance : ils n'avaient pas de famille et vivaient dans une grande misère, exposés aux maladies, à la violence. Au bout de ce temps, 70 de ces enfants (30%) savaient lire et écrire, avaient appris un métier, fondé un foyer. Pour Emmy Werner (Werner, 1982) , pour être résilient, il fallait avoir une famille un peu moins perturbée que les autres, être scolarisé un minimum et surtout avoir eu la chance de trouver un adulte membre de sa famille proche ou lointaine, ou simplement un ami, avec qui il était possible de nouer une relation constructive. C'est ce que Boris Cyrulnik a appelé les tuteurs de résilience, autour desquels l'enfant pourra tisser activement sa résilience. Il insiste ainsi sur l'importance des facteurs environnementaux favorisant la résilience plutôt que sur les caractéristiques intrinsèques de l'individu, comme le font d'habitude les recherches (nord-américaines) sur le sujet. Lorsqu'on ignore l'environnement dans la construction de la résilience, on pourrait en arriver à supprimer toute politique sociale. C'est un danger qu'ont dénoncé tous les théoriciens de la résilience.

Pour tenir compte de l'environnement, nous nous sommes basés à la fois sur le modèle écosystémique de la résilience de Tousignant et Ehrensaft (1998), mais aussi sur « la casita » (Vanistendael S., 1996). qui prend en compte dans la construction de la résilience la nécessité de répondre à des besoins fondamentaux de l'être humain (logement, nourriture, santé), et que la résilience se construit à partir de relations d'attachement et à la condition de trouver un sens à ce que l'on vit. Le modèle écosystémique nous fait entrevoir d'autre part que la résilience d'une personne est comme soutenue par celle de sa famille, elle-même soutenue par celle de sa communauté et de la société. Ce sont comme des enveloppes protectrices successives (Delage M., 2002) où la perte a un impact plus traumatisant quand elle concerne une enveloppe plus proche de l'individu.

Cela expliquera que la migration étant une perte d'une ou plusieurs enveloppes protectrices suivant les cas, est en soi une perte de facteurs permettant la résilience. Elle ne sera construite qu'à la condition que ces enveloppes protectrices soient recrées. C'est un contexte global et complexe qui s'organise autour de l'enfant primo-arrivant. Nous nous pencherons ici sur le contexte scolaire en interaction avec le contexte familial.

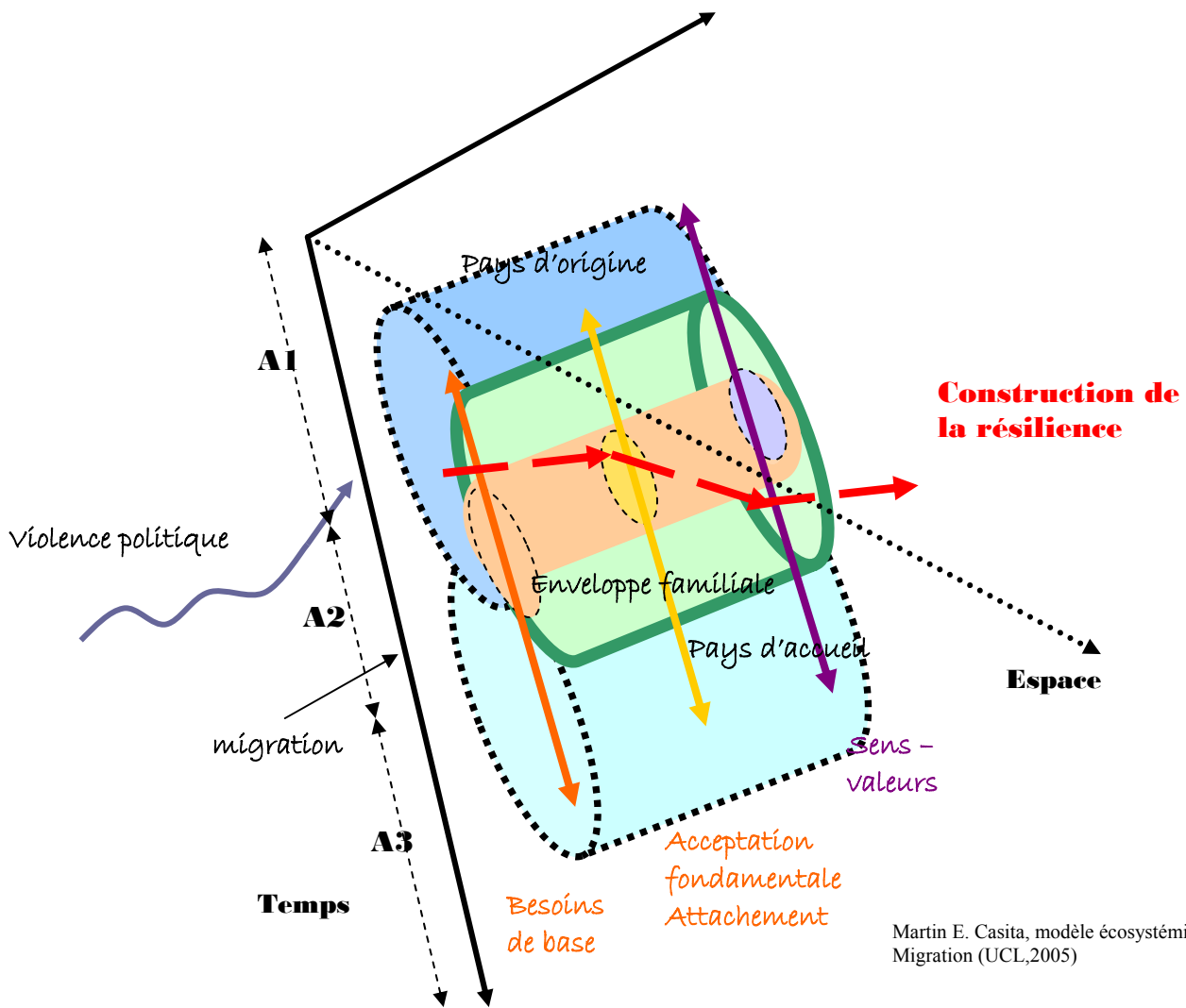
1. La résilience de l'enfant et de l'adolescent face aux traumatismes vécus.

La résilience de l'enfant dépend de la résilience de sa famille. Nous voulons insister sur cette notion de la famille comme ensemble susceptible de développer chez l'enfant, la confiance de base, l'estime de soi, le sentiment d'identité et l'attachement qui permettent la résilience. Une famille qui croit en un espace de liberté intime crée un équivalent d'attachement sécurisant (Cyrulnik, 2000), une force qui permet à l'enfant primo-arrivant ou réfugié d'échapper aux conséquences néfastes des traumatismes et aux stéréotypes de son milieu. Favoriser la résilience familiale sera donc aussi favoriser la résilience de l'enfant.

Comprendre le vécu de l'enfant sera d'abord comprendre le vécu de sa famille. La résilience se développe à partir des traumatismes vécus. Quels peuvent être ces traumatismes pour une famille primo-arrivante ?

1.1. Le passé traumatique dans le pays d'origine

Ce qui fait la différence du réfugié de guerre par rapport au migrant économique au niveau des traumatismes vécus est que chez le réfugié, il y a atteinte au niveau économique, relationnel, et sens de la migration, c'est-à-dire aux trois niveaux :



- Contrairement aux migrants économiques, pour les réfugiés la migration n'est en général pas une promotion. Les réfugiés qui ont dû abandonner leurs biens, ont perdu des membres de leur famille, connaissent bien souvent une perte de statut économique et social. Dans les familles rencontrées et suivies ici, des pilotes d'avion se retrouvent dépendants du Centre Public d'Aide Sociale (CPAS).

- le traumatisme a débuté dans le pays d'origine et il provoque une situation où chaque membre de la famille et l'ensemble du système sociétal vit un état de déséquilibre et de confusion. Même quand la persécution n'a pas été directe, la désintégration d'une société en guerre marque les familles et les enfants. Les relations d'attachement sont atteintes de diverses manières.

- *Le réfugié ne maîtrise pas les événements et n'a pas eu de projet migratoire.* Il fait donc plus difficilement le deuil du retour au pays et met du temps à s'adapter parce qu'il n'a pas choisi d'être là. L'adulte sera plus souvent relié à la nostalgie du pays d'origine, tandis que l'enfant fera ce deuil plus rapidement. (Bertrand, 2000)

1.2. Le choc culturel dans le pays d'accueil

La plupart des personnes primo-arrivantes qui s'intègrent à une nouvelle culture éprouvent un choc culturel. L'enfant aussi vit ce choc. L'enfant vit ce changement dans la confusion, il a du mal à s'habituer, d'autant plus que très souvent les parents ne lui expliquent pas pourquoi il a dû quitter son environnement d'origine. Souvent, il ne comprend pas le changement, le sens d'autant de frustrations, la raison pour laquelle il est éloigné de ses grands-parents, de ses amis. L'enfant ressent les tensions et les frustrations de ses parents mais il ne sait pas l'expliquer ni l'exprimer. Il le fait dans son propre langage, avec son corps, c'est ainsi que peuvent apparaître des problèmes de comportement, des problèmes dits « psychosomatiques » mais qui sont en fait des réactions normales du corps au stress de l'acculturation (maux de tête, maux de ventre, fatigue, vomissements, troubles du langage, manque de concentration, troubles du sommeil, énurésie, tristesse, anxiété, agitation). Ces symptômes liés à la migration apparaissent chez tous ceux qui ont quitté leur pays d'origine, d'une manière ou d'une autre, et avec des intensités et combinaisons différentes (Riyadh Al-Baldawi, 2002). Dans la population suivie dans ce projet, c'est près de la moitié des enfants primo-arrivants qui présentent ces symptômes. Ce sont les manifestations qui peuvent être reconnues comme une réaction naturelle à la perte et au changement inhérents au processus de migration.

1.3. Les ressources de la résilience : attachement et sens de la migration

Notre étude nous a montré et cela est confirmé dans la littérature (Barudy, 1989) que plusieurs éléments sont indispensables pour permettre la résilience familiale face à la migration et l'exil : le fonctionnement même de la famille, l'équilibre qu'elle avait au pays d'origine et les ressources relationnelles, culturelles et religieuses que les familles avaient et apportent avec elles et qu'elles ont ou non la possibilité de conserver. Si la famille primo-arrivante trouve un sens à sa migration, elle saura dépasser les

vicissitudes matérielles, mais si elle ne le trouve pas, elle risque de basculer dans un fonctionnement défensif qui aura des conséquences néfastes pour l'enfant également.

1.3.1. Attachement, acculturation et résilience familiale

On peut décrire des situations d'effondrement de la famille primo-arrivante lors de l'accumulation de traumatismes, véritable effraction du système familial qui ne parvient plus à jouer son rôle parce que trop déstabilisé par les deuils et les changements, avec des effets de désordre communicationnels et de rupture dans les places, les rôles et les règles.

Lors de leur adaptation à la culture du pays d'accueil, certaines familles et groupes de primo-migrants ou réfugiés activent surtout leurs tendances à renforcer les fonctionnements préexistants dans le pays d'origine. D'autres activent totalement leur tendance au changement, s'ouvrant exagérément à la société d'accueil (Barudy, 1989).

Toujours selon Barudy, le premier fonctionnement est nécessaire et salutaire dans un premier temps, car il permet un renforcement de l'identité socioculturelle de la famille et en conséquence une possibilité de défense face à la menace de désintégration que le nouveau milieu ambiant implique. Mais si cela se maintient, une rigidification peut se produire dans la structure familiale, une réaction défensive par rapport à la société d'accueil peut s'installer, bloquant les possibilités d'échange avec le nouvel entourage.

Dans notre étude, une famille réfugiée palestinienne à qui on a refusé la régularisation administrative est entrée dans ce fonctionnement défensif, se considérant comme victime de l'Office des Etrangers et du CPAS, de l'école et de la police. Les enfants sont changés d'école tous les 6 mois ; le père enferme sa femme et ses enfants à clé, avec leur assentiment total. C'est dans cette famille que la mère refusait de travailler pour sauvegarder l'estime de son mari. La famille est repliée sur elle-même et fermée à toute intervention extérieure. Si nous avons pu y pénétrer pour la recherche c'est parce que nous parlions l'arabe, mais après 6 mois, la famille nous a demandé « est-ce que tu n'es pas une espionne juive ? », malgré toutes les démarches faites avec elle pour décoincer leur situation... Ce fonctionnement familial de type paranoïaque est à notre avis très difficile à quitter lorsque la situation d'attente dure trop longtemps. Dans le cas d'une perméabilité excessive des frontières familiales, un fonctionnement chaotique peut s'instaurer, laissant chez les membres de la famille, spécialement chez les enfants et

les adolescents, un sentiment de non-appartenance qui pourra aboutir à des troubles graves de l'identité (Barudy, 1989).

Une adaptation adéquate et qui permettrait de mettre en place toutes les caractéristiques et aptitudes résilientes (estime de soi, humour, capacités à se projeter dans l'avenir, ...) serait de trouver un équilibre entre ces deux tendances culturelles.

Vatz Laaroussi parle de stratégies familiales d'insertion portées par les divers membres des familles immigrantes et actualisées différemment selon les contextes et situations. Les stratégies familiales représentent ainsi un moteur du système familial dans ses rapports avec ses environnements réels et symboliques et ont pour fonction, dans la trajectoire de migration, de permettre au groupe familial et à ses membres de vivre au mieux le changement (Vatz, 1999) Elle distingue quatre grandes stratégies familiales qui visent toutes le changement et l'insertion : les stratégies de compétition / les stratégies de réseaux / les stratégies de promotion des différences et les stratégies collectivistes.

Nous constatons que ces stratégies mettent de l'importance sur l'une des conditions fondamentales de la résilience : soit sur les besoins fondamentaux et donc matériels (compétition), soit sur le niveau relationnel et socio-affectif (réseaux), soit sur les valeurs (promotion des différences) et enfin sur la résilience communautaire comme ressource fondamentale (collectivistes). Nous avons constaté que les réfugiés de guerre africains utilisaient beaucoup les stratégies de réseaux lorsqu'ils avaient accès à une masse importante de leur communauté ethnique, parce que le fait de donner ensemble un sens à la guerre permettait une plus grande résilience. Quant à nos familles orientales, la plupart peu représentées en Belgique (Irak, Liban, Palestine), elles utilisaient plus la stratégie de promotion des différences, se positionnant avec leurs valeurs, souvent en opposition avec le pays d'accueil.

(1) Impact de la migration et des séparations sur l'attachement

La perte de leur habitation, de leur famille étendue, et de leur sentiment d'appartenance a un grand impact sur la relation parent enfants. Si les parents ne se sentent pas entourés ou en sécurité, il leur est difficile de sécuriser leurs enfants. En plus de devoir eux aussi composer avec la perte de leur chez-soi, les enfants ressentent la souffrance de leurs parents et leur incapacité à les sécuriser et à leur procurer soutien et sentiment d'appartenance. Ainsi un enfant d'une mère réfugiée qui vit un état d'anxiété dit-il à son

père qui a divorcé suite à la migration : « *maman ne va pas bien, elle pleure la nuit* » ; cet enfant reste souvent seul et perdu dans son coin à la maison et à l'école.

Pour certains, la famille nucléaire représente la seule continuité dans une trajectoire découpée par des départs successifs et des pertes autant économiques que psychosociales. Pour d'autres, la famille représente un ressourcement et un support redécouverts dans la migration : le repli sur la famille devient une modalité de survie pour ses membres.

Dans notre étude, seule une famille sur 12 est arrivée ensemble, parents et enfants. Dans les autres cas, ce sont soit des familles monoparentales (2 cas) , soit la migration s'est accompagné de séparations familiales avec l'un des deux parents pendant quelques années. Le père a vécu quelques années en Belgique avant d'enfin faire venir sa femme et ses enfants, soit par regroupement familial, soit par des passeurs. L'enfant a donc été séparé de son père pendant quelques années et lorsque le père retrouve sa femme et ses enfants alors qu'il n'a pas encore de travail, la cohabitation n'est pas toujours facile. Selon Barudy (1989) la séparation d'avec le père qui est parti avant le reste de la famille, avait bousculé les rôles familiaux : le mari doit se faire de nouveau une place dans cette famille qui le rejoint et a longtemps fonctionné sans lui. Des conflits peuvent émerger.

(2) Impact de la déclassification professionnelle du père sur l'attachement

Le problème de déclassification professionnelle est réel et fréquent chez les migrants en général et ce dans tous les pays occidentaux (Tousignant, 1995). Beaucoup de pères doivent lorsqu'ils trouvent un travail se contenter d'accepter un emploi en dessous des qualifications exigées pour leur dernier emploi avant de migrer. Ceux qui étaient dans leur pays d'origine agriculteurs, manœuvres ou propriétaires d'un petit commerce, ne peuvent descendre beaucoup de statut et vivent en général la migration de manière plus valorisante, du moins si le père trouve un travail. Mais en ce qui concerne les primo-migrants de notre étude qui sont pour la plupart réfugiés, c'est le recours au CPAS qui permet la survie de la famille dans 80 % de familles. Seules 3 pères sur 12 ont un travail.

Le fait que le père ne trouve pas de travail peut provoquer une crise dans le couple. Il arrive en effet très souvent parmi les réfugiés africains, que ce soit la femme qui trouve facilement un petit boulot de ménage permettant à la famille de survivre. Lorsqu'elle

rentre à la maison son mari n'a pas touché aux tâches ménagères parce que cela n'est pas habituel et même une cause de scandale dans leur culture. Il y a une crise de valeurs au niveau du couple et cela peut mener au divorce parfois avec tout le cortège de souffrances que cela entraîne chez les uns et les autres, y compris l'enfant. Selon les observations de professionnels d'une association ethnique congolaise, « lorsque le couple s'entendait bien au pays d'origine, les compromis sont possibles et le père s'adapte ».

Dans notre recherche, une femme du Moyen-Orient refuse de chercher un travail nécessaire pour maintenir son droit au CPAS et donc préfère perdre l'aide financière afin de ne pas faire vivre cette humiliation à son mari qui n'avait pas le droit de travailler : *« c'est à mon mari à travailler, qu'on lui en donne le droit ! moi je m'occupe des enfants et de la maison ! »*.

Les pères, par leur qualité, leur autorité et leur responsabilité de chefs de famille, se trouvent déterminer l'avenir de la famille tout entière, selon le comportement qu'ils peuvent adopter suite au stress qu'engendrent le changement migratoire.

Selon plusieurs comportements réactionnels des pères à cette situation sont possibles:

- une crispation paternelle sur les valeurs et comportements représentés comme « traditionnels », parfois alors exacerbés, sous forme d'excès d'autoritarisme et de violence ;
- une démission paternelle qui entraîne le discrédit et la perte définitive de l'autorité paternelle ;
- ou au mieux une adaptation du père aux changements : *« Moi au pays si je venais dans la cuisine, ma mère me chassait ! je suis arrivé ici et je ne savais pas cuisiner ! C'est une question d'honneur et du « qu'en dira t'on » social : si une famille visite une autre famille et voit le père cuisiner, il sera la risée de tous et on ne l'invitera même plus à boire un verre » Mais ce « qu'en dira t'on » disparaît ici en Belgique, sauf dans certains couples, par adaptation aux circonstances qui forcent les pères à se mettre à la tâche. Aujourd'hui, on s'est adapté aux circonstances et on a appris... »*

Le comportement paternel s'avère donc tout à fait déterminant quand aux possibilités d'adaptation aux changements, ou à l'inverse, au possible développement de problèmes psychosociaux et familiaux. Il est nécessaire que l'on pense à donner la possibilité à ces pères de conserver une estime de soi en leur permettant de travailler et de subvenir aux besoins de leur famille.

Selon l'étude de Tousignant, l'impact sur l'enfant ne se fait pas sentir si le père est déclassifié ou non, mais bien s'il a ou pas un travail. Le taux de psychopathologie trouvé par Tousignant (1995) au Québec chez les enfants beaucoup plus élevé si le père n'avait pas d'emploi, ou qu'il avait été absent du marché du travail pendant plus de six mois depuis son arrivée. Dans son échantillon, 37 % des pères avaient déjà vécu une inactivité de plus de six mois, et les enfants avec un tel père avaient 80 % plus de probabilités d'avoir une mauvaise santé mentale que lorsque le père n'a pas eu cette expérience.

Les fonctions de la famille, y compris la socialisation, sont étroitement dépendantes de la place que la famille occupe dans l'organisation sociale et dans l'économie (Serrano, 1989). Si la fonction du père s'affaiblit c'est la représentation de l'univers social tout entier qui se trouve menacée. Le rôle d'enfant parentifié devient complémentaire à la perte d'autorité des parents. Une des conséquences des bouleversements économiques et culturels subies par les familles est sans contredit la *responsabilité accrue des enfants* à la fois pour appuyer matériellement les parents et pour leur servir de soutien émotif dans les moments difficiles.

En effet, beaucoup de directions d'école rapportent d'une à deux journées d'absence scolaire d'enfants primo-arrivants par mois et ils s'aperçoivent que c'est pour guider un parent dans les dédales des services administratifs ou de santé. Leurs talents de traducteur sont mis à contribution dans des situations parfois délicates.

Parmi les adolescents primo-arrivants de notre étude, les directions d'école ont remarqué une disparition de nombreux adolescents du système scolaire (on ne demandait pas le dossier pour l'inscription dans une autre école), et on peut penser que probablement ces jeunes ont choisi de travailler pour aider leurs parents à subvenir aux besoins familiales.

Ces épreuves peuvent assurément conduire à un sentiment de fierté, de compétence et de débrouillardise. Plus tard, certains de ces jeunes seront plus entrepreneurs, sauront qu'ils sont bien en mesure de compter sur eux-mêmes et ne s'attarderont pas trop dans la dépendance de l'adolescence. Mais la demande dépasse souvent leurs capacités et peut conduire à des états d'anxiété et de dépression (Tousignant, 2000). L'autre versant du renversement est la difficulté pour les parents de conserver leur ascendant sur leurs enfants.

1.3.2. Sens de la migration et résilience familiale

(1) Les ressources culturelles, religieuses et les revendications politiques

Le vécu culturel et religieux de la famille et la représentativité ethnique dans le pays d'accueil favorisent un microcosme semblable à ce qu'ils connaissaient auparavant et permet de rompre l'isolement dans un premier temps. L'accès à une masse critique de personnes de son groupe ethnique exerce un effet salubre sur la santé mentale des familles primo-arrivantes (Eldebour, 1993). Dans son analyse de l'impact de la culture sur la réaction aux traumatismes de guerre, Eldebour (1993) identifie plusieurs facteurs déterminants : la présence d'une communauté culturelle d'appartenance, l'idéologie politique, les croyances religieuses et les attitudes envers la violence. Par le fait même qu'elles influent sa famille, les attitudes culturelles envers la violence pourraient également jouer un rôle potentiel dans la réaction de l'enfant face à l'adversité extrême, tels que les traumatismes de guerre ou la maltraitance.

Nous remarquons que la religion des familles primo-arrivantes peut jouer ici un rôle fondamental, parce qu'elle peut enfermer la famille dans une structure défensive ou au contraire l'amener à « pardonner » aux agresseurs. Pour beaucoup de parents primo-arrivants interviewés le recours à leur foi est primordial pour surmonter les épreuves.

« Aujourd'hui, ma femme est en Ouganda. Je ne l'ai pas vue depuis les 3 ans que je suis arrivé en Belgique. Heureusement un de mes fils est enfin ici depuis un an et demi. Il a 7 ans. Ma femme est restée là-bas avec le plus grand, qui pleure sans cesse au téléphone : « papa pourquoi tu nous as abandonné maman et moi ? » Si je n'avais pas la foi, je me serais suicidé depuis longtemps. C'est trop dur pour moi ! »

Or bien souvent ils disent ne pas se sentir respectés dans leurs croyances. Ces ressources religieuses sont parfois ignorées par des professionnels belges, soit parce qu'ils n'ont pas la même foi, soit parce qu'ils sont soucieux, au nom d'une « pluralité », de refuser toute référence à la religion.

« La directrice du lieu de formation en insertion socio professionnelle nous a entendu parler de Dieu et elle nous a interdit en disant : « non, je ne crois pas en Dieu, vous n'avez pas le droit de parler de Dieu ici ! » et nous avons parlé à notre professeur ensemble après en lui disant de transmettre à la directrice qu'elle n'avait pas le droit de nous interdire de parler de Dieu lors des pauses ; et si elle ne croit pas en Dieu c'est

son affaire, mais elle doit respecter dans nos croyances car on ne le faisait pas pendant le cours »

Les familles primo-arrivantes se distinguent par la façon dont elles accordent plus ou moins d'importance à leur identité religieuse et à leur ethnie.

Tandis que pour certains c'est la religion qui prime, pour d'autres c'est l'ethnie qui prime et les institutions religieuses sont aussi utilisées comme un moyen de préserver les liens ethniques. *« Je ne vais pas dans une association rwandaise ou burundaise. Non, j'ai préféré le monde de l'Eglise. Là-bas dans leur association on va se souvenir sans cesse de ce qui est arrivé. Or on vit avec ce que l'on entend. C'est comme ça que les gens se vengent et attrapent des traumatismes inutiles car tout le temps on ressasse les mêmes choses. On ne permet pas à la mémoire d'oublier et de guérir. Dans l'Eglise, ce n'est pas comme dans une association du monde où il y a une réunion. Dans l'Eglise, on arrive facilement à se comprendre, à se pardonner. Vous vivez sous la même tente, vous recevez la même nourriture, c'est facile. Dans notre église, il y a des rwandais, burundais, congolais, quelques blancs. Ce sont des protestants évangéliques. »*

Mais une association ethnique aide surtout les personnes originaires d'une même région à trouver un sens à leur migration et à préserver un sentiment identitaire et leur culture. En cela ils favorisent grandement la résilience des familles primo-arrivantes. Ils les aident à se situer dans les différences d'identité et dans les valeurs minimales à respecter si l'on veut s'adapter

Dans les associations ethniques, les personnes se retrouvent pour des activités, pour s'entraider dans les mêmes difficultés qu'ils rencontrent, ainsi que dans les mêmes revendications politiques concernant l'aide à leurs pays d'origine. Ces revendications participent aussi du sens de la migration de ceux qui aimeraient retourner dans leur pays mais qui ne le peuvent pas du fait de la guerre ou de l'insécurité économique qui y règne.

« Nous qui sommes hors du pays, on crie pour qu'ils nous écoutent parce qu'ici on peut crier mais personne n'entend. Ils s'en foutent de nous. Si on crie ils doivent au moins s'intéresser à nous ? Ils luttent pour avoir les biens de l'Afrique, mais la population aussi existe. Ça ne va pas d'accepter tous ces gens qui viennent ici, la solution c'est d'agir pour que les gens aillent mieux là-bas. Je connais 3 personnes qui se sont pendues de désespoir au Togo. C'est parce que c'est trop ! »

(2) Le rôle du pays d'accueil

Le monde intime des familles qui ont vécu des traumatismes dépend aussi du monde intime des personnes à qui elles se confieront et de la charge affective que le discours social attribue à ce qu'elles ont vécu. La façon dont on a écouté leur histoire à l'office des étrangers, ou dont on les regarde en tant que professionnels a une influence sur leur résilience.

« Avant on voyait la Belgique comme un pays accueillant, mais on est déçus ! Les gens ici sont loin d'être ce que l'on croyait. Ma sœur a eu sa fille violée en prison en Irak parce qu'ils voulaient faire pression sur elle pour qu'elle revienne. Lorsqu'elle sont arrivées ici en Belgique après avoir réussi à la faire sortir de prison, l'interview de l'office des étrangers a choqué sa fille. La façon dont on l'a écoutée raconter ce viol comme si c'était une banalité, elle a dit «maman tu m'avais dit qu'ici les gens étaient civilisés et mieux qu'en Irak, mais tu m'as menti ». Alors cette jeune fille de 16 ans s'est enfuie de la maison et on n'a plus de nouvelles d'elle depuis 3 ans »

Les habitants du pays d'accueil élaborent des représentations sur un certain groupe d'étrangers, ce qui influe, à son tour, sur la façon dont ce groupe particulier sera accueilli et y pourra entamer un processus de résilience (Berry) . La société environnante ne reconnaît souvent chez un migrant économique que sa force de travail. Le statut de réfugié comporte par contre une connotation de victimisation ou dépossession de l'individu. Les réfugiés sont confrontés au paradoxe que pour pouvoir avoir accès au service qui leur sont destinés, ils doivent continuer à paraître humbles et démunis, alors que dans le même temps, on les encourage à être indépendants et on les suspecte de vouloir profiter de l'assistance. Dans le cadre scolaire, les mêmes représentations peuvent exister chez les enseignants et avoir un impact sur les enfants. Lors de notre recherche, nous avons remarqué que les représentations que les enseignants que nous avons interviewés se font des parents primo-arrivants sont beaucoup plus stéréotypées que celles des professionnels de terrain ayant un réel contact avec ces familles.

(3) Conflits de valeurs à l'école et résilience

a. Le vécu familial face à l'école

Les parents doivent évaluer leurs propres croyances et valeurs, ainsi que celles de leur société d'adoption, pour tenter de déterminer ce qui sera « le mieux » pour leurs enfants.

Les parents sont fortement préoccupés pour ne pas dire profondément angoissés par la soi-disant liberté de la terre d'accueil dont ils sont les premiers à profiter mais qui risque à leur yeux de venir briser violemment leur rêve migratoire, incarné par le succès social de leur enfant.

Vu les nombreuses pertes qu'ils ont essuyées, beaucoup de parents concentrent toutes leurs énergies sur la création d'un avenir « meilleur » pour leurs enfants, libre des souffrances et difficultés qu'ils ont eux-mêmes connues. Les primo-arrivants sacrifient souvent leur propre bien-être pour donner à leurs enfants un avenir meilleur. Ainsi à la question « Qu'attendez vous de l'avenir de votre enfant », ils répondent avec des superlatifs et lient les attentes à la réussite scolaire mais aussi qu'ils sauvegardent l'éducation et les valeurs que ceux –ci leur ont transmis. Ils ont peur que leurs enfants perdent les valeurs qui sont importantes pour eux et il leur arrive de se demander s'ils ont bien fait de migrer.

Si certains parents disent ne pas ressentir l'impact de leur migration sur leurs rapports parent-enfants, certains reconnaissent que lorsque leurs enfants grandissent et prennent le chemin de l'école où ils sont plongés dans la culture d'adoption, cela change leurs rapports. Les parents se retrouvent dans la situation où ils ne peuvent imposer l'identité culturelle à leurs enfants comme ils le faisaient chez eux. Des parents nous confient le sentiment d'être dépossédés de leur rôle de parents par les propos de leurs enfants et leurs liens avec l'institutrice.

Parce qu'elles ne connaissent pas bien le « système » belge, ou parce qu'elles ressentent un rejet de leur propre culture, les familles primo-arrivantes éprouvent des difficultés à composer avec les conflits sur les croyances, valeurs et pratiques. De plus, elles ne peuvent plus se fier sur leur réseau habituel de soutien et ne connaissent pas les ressources à leur disposition. Cet isolement entraîne une détresse émotionnelle qui accentue le sentiment de non-appartenance. Dans certains cas, les familles se sentent rejetées et

s'isolent davantage, ce qui réduit leur capacité de surmonter les épreuves et entraîne un fonctionnement familial défensif.

b. Le vécu d'acculturation de l'enfant primo-arrivant

L'école tient une place très importante dans l'environnement de l'enfant primo-arrivant et forcément dans celle de sa famille. Elle intervient autant comme structure sociale que comme structure culturelle sans qu'il soit possible de dissocier une fonction de l'autre. L'enfant est amené à comparer le style de vie de sa famille, les mœurs propres à sa culture avec ceux du pays d'accueil. Il peut alors naître des troubles de l'identité liés aux ruptures et aux changements, et aux difficultés d'identification à des modèles occidentaux. L'enfant est soumis à des identifications paradoxales entre les parents et les éducateurs ou les enseignants qui ont souvent de fortes pressions assimilatrices.

A travers le discours de la société d'accueil, notamment celui de l'école, l'enfant et l'adolescent se «découvrent étrangers», appartenant à un groupe souvent dévalorisé, «chargé» de stéréotypes défavorables. L'école primaire est le lieu où ils rencontrent le plus de taquinerie ou de commentaires négatifs basés sur leur couleur. Beaucoup d'enfants ne savent pas qui ils sont jusqu'au moment où un petit belge leur renvoie leur couleur « tu es noir »...et ils rentrent à la maison poser la question à leurs parents « je suis noir ? »... Un petit italien ou espagnol, à la longue il est belge, mais un enfant noir ou marocain portera sa couleur toute sa vie et se doit donc d'assumer son identité biculturelle. Or bien souvent l'école ne se sent pas le devoir de l'aider en ce sens.

Une recherche auprès des adolescents haïtiens (Chrispin, 1998) de 1^{ère} et de 2^{ème} génération aux Etats-Unis, a montré qu'une orientation d'acculturation biculturelle prédisait une plus forte résilience scolaire, tandis que c'est l'influence parentale qui prédisait le mieux la résilience « émotive » (dépression et anxiété moindres). L'effort d'acculturation et le biculturalisme se sont avérés fonctionner comme des facteurs de vulnérabilité pour la résilience dite « émotive ». Cependant, l'effort d'acculturation prédisait une résilience émotive plus forte parmi la 1^{ère} génération que parmi des immigrants de la deuxième génération. Les jeunes filles étaient les plus vulnérables.

Ce qui est important c'est que les enfants sachent que leurs parents ont une autre langue qu'eux, d'autres coutumes, d'autres vêtements et que cette culture a autant de valeur

que celle de la société d'accueil. Pour éviter ces conflits d'identité, le professeur peut demander à l'enfant de **préparer un travail sur son pays d'origine et le présenter à sa classe** ; il permet ainsi à l'enfant d'être reconnu dans son identité et aux parents de participer avec l'enfant à l'élaboration de ce qui est leur culture commune. C'est la condition même pour permettre à l'enfant une intégration réussie. Sinon, la pression de la société d'accueil à travers l'école pousse l'enfant à une acculturation de type assimilatrice en le poussant à nier la culture de ses parents. C'est d'ailleurs la raison de la perte d'autorité parentale. Les attitudes multiculturelles de l'école prédisent une meilleure adaptation des enfants et des jeunes, ainsi que moins de violence. L'intégration des primo-arrivants dans notre système éducatif, dans des classes ordinaires, pourrait donc aussi être l'occasion d'un enrichissement mutuel, d'une réflexion sur les diverses cultures.

c. Les conflits de valeurs vécus par les enseignants

Le choc culturel peut aussi exister chez les enseignants face à la diversité des cultures et des religions en présence dans leur école. Par exemple, ils rapportent ne pas savoir comment réagir à des affirmations comme « mon enfant est possédé par un démon ».

Un certain désinvestissement parental dans le suivi scolaire est mentionné par les professeurs. Dans le cas de réfugiés, c'est souvent parce que sa famille est trop sous l'emprise de traumatismes et/ou des difficultés de la migration, qu'ils s'en remettent entièrement à l'école. La plupart des enfants de notre échantillon vont dans une « école des devoirs ». Certains pères plus érudits disent prendre en charge eux-mêmes le suivi scolaire à la maison. Les parents, surtout lorsqu'ils sont intellectuels, se sentent parfois privés de la possibilité de participer eux-mêmes au suivi scolaire de leurs enfants.

Au dire des enseignants, on observerait aussi une défaillance de l'autorité parentale. Si elle existe réellement, ils n'en sont pas tout à fait responsables. Certains auteurs soulignent combien il est important pour les professionnels scolaires de redonner devant l'enfant l'autorité aux parents, spécialement parce que leur culture apparaît à l'enfant comme étant la culture dominée alors que celle des professionnels ou de l'école apparaît comme la culture dominante (Eva Hemon, 1995). Certaines écoles favorisent un lien très fort avec les familles, d'autres ne voient les parents que lors de la remise des bulletins. Il est évident que dans le premier cas, on observe beaucoup plus de capacités

de résilience scolaire chez les enfants primo-arrivants. L'ambiance de l'école a un effet certain sur l'enfant.

2. La prise en charge spécifique des élèves primo-arrivants

2.1. Les difficultés mentionnées par les directions d'école

2.1.1. La mobilité incessante des primo-arrivants

Une difficulté mentionnée est la gestion difficile de l'arrivée incessante pendant l'année de nouveaux élèves. De plus, la population scolaire est très changeante. Dans certaines écoles c'est un quart de la population scolaire qui change chaque année et est remplacé par une grosse majorité de primo-arrivants. Les déménagements peuvent aussi expliquer un départ d'élève. Mais certaines écoles nous disent que lorsqu'elles sont considérées comme moins bien cotées, les parents cherchent à mettre leur enfant ailleurs. Certaines écoles nous disent aussi recevoir les élèves qui ne sont pas acceptés ailleurs.

Les parents encore pas vraiment installés dans un endroit qui leur convient, déménagent souvent. Certains parents, grâce à l'encouragement du directeur, ne changent pas l'enfant d'école si le déménagement se fait à une distance estimée faible. Pour garder la population d'enfants primo-arrivants plus stable et par là faciliter leur adaptation, il serait bon que les directions favorisent un climat de relation positive avec les parents afin de les convaincre à garder quelques années l'enfant dans un même milieu avec les mêmes références d'attachement. C'est important que pour les enfants il y ait une cohérence afin de mettre en confiance les parents et de leur donner des occasions pour s'exprimer et entendre certaines choses aussi.

2.1.2. Les problèmes administratifs et économiques des familles

Souvent la relation parents-enseignant se fait au travers de papiers, du journal, du bulletin. La difficulté est de prendre en compte les parents primo-arrivants analphabètes ou ne comprenant pas le français dans les relations scolaires (complexité des dossiers d'inscription, demande de courrier manuscrits, bulletins..).

Un autre problème mentionné par les directions est le coût des frais scolaires, trop élevé pour certains parents primo-arrivants en situation économique plus que précaire. Beaucoup de parents se plaignent du coût que représente l'école, que ce soit pour les garderies ou pour les repas, les documents scolaires, les sorties ... Certains parents préfèrent garder leurs enfants à la maison lors de sorties parce qu'ils n'ont pas les moyens de les payer. Ils ont besoin de nombreux papiers prouvant les frais scolaires pour être remboursé du CPAS. Or cela n'est pas toujours pris au sérieux par les enseignants. Les directions d'écoles sont très souvent obligées d'établir un lien direct avec le CPAS, tellement le nombre de familles qui en bénéficient est élevé, et pour se faire rembourser de tel ou tel frais que le parent n'a pas payé, cela est plus rapide de passer directement par le CPAS. Certaines écoles trouvent des solutions qui conservent cependant la dignité aux parents ne voulant pas non plus apparaître comme incapables de payer, et demandant eux-mêmes de pouvoir échelonner les coûts. Une directrice a proposé à un père de venir faire un petit travail dans l'école en échange.

2.1.3. L'ambiance des quartiers

Les parents comme les enfants ont besoin de se sentir reconnus et acceptés. Mais souvent le quartier qu'ils habitent leur est hostile. Il y a beaucoup à dire sur les relations établies entre les personnes issues des différentes vagues d'immigration, pas toujours empruntes de tolérance réciproque. La cohabitation entre primo-migrants de différentes ethnies n'est pas du tout évidente et cela peut se traduire par des propos racistes à l'école. Certaines écoles sont arrivées à casser ce cercle vicieux par de nombreuses rencontres avec les parents.

Un problème mentionné par les directions est que les illégaux sont souvent victimes de harcèlement, de vol par des bandes de jeunes installés là auparavant. Certains adolescents primo-arrivants disent vouloir retourner dans leur pays de l'Est parce que la cohabitation avec les jeunes de la rue est empreinte d'une violence quotidienne. Lorsqu'on constate aussi que la plupart des logements où vivent ces familles réfugiées ou primo-arrivantes appartiennent à des propriétaires de ces mêmes vagues de migration précédentes, on peut constater que désormais ceux qui étaient considérés comme défavorisés il y a quelques années sont devenus les maîtres dans certains quartiers. Comment casser ce cercle vicieux de dominations qui se répète dans le temps ?

Certaines associations pour primo-arrivants comme le Local Steunpunt à Schaerbeek, veulent reconstruire ces liens en établissant des liens entre les différentes associations ethniques pour restaurer la réconciliation des cultures et des couches sociales. C'est seulement en favorisant le respect mutuel qu'on favorisera des quartiers et des communautés résilientes capables de donner une place à chacun.

2.1.4. Le rôle des médiatrices scolaires

Certaines écoles, grâce à la politique de « discrimination positive », ont engagé une médiatrice scolaire pour gérer les relations de toutes les familles avec l'école, des enseignants avec l'enfant. Le problème mentionné comme récurrent est celui de l'autorité des parents sur les enfants. Les médiatrices rapportent que les enfants sont très différents suivant le contexte où ils se trouvent ; si à l'école l'enfant est très facile, c'est l'inverse à la maison et vice versa. Bien souvent le rôle de la médiatrice est de redonner l'autorité aux parents devant l'enfant.

2.1.5. Les difficultés face aux circulaires et aux lois

Ce sujet sera traité dans le chapitre des lois sur les classes passerelles.

Nous voulons signaler que les directions après un certain temps se lassent et se découragent face à l'ampleur des problèmes et le poids qu'on leur donne à porter. Ils ressentent souvent que l'on attend d'eux de réparer les blessures sociales que l'Etat n'a pas su prendre en charge ou a généré.

Plusieurs directions (3 sur 6) ont quitté leur poste après quelques années car ils ont ressenti un découragement face aux choix de société qui ne permettent pas à ces populations d'avancer.

2.2. Les difficultés scolaires des enfants primo-arrivants

Les enseignants rapportent que les enfants primo-arrivants ont la caractéristique de vouloir apprendre, qu'ils ont une grande motivation et une grande capacité de mémorisation, celle-ci étant très stimulée dans le système scolaire du pays d'origine. Certains enfants primo-arrivants apprennent très vite tandis que d'autres présentent des

difficultés scolaires. Bien souvent ces enfants ont un vécu plus difficile derrière eux. Le climat de confiance est essentiel à instaurer parce que beaucoup de ces enfants doivent retrouver la confiance en l'adulte. Le contexte scolaire est le cadre privilégié de révélation des difficultés de l'enfant primo-arrivant qui se développe dans un milieu familial étranger à celui de la culture d'accueil. Les enseignants rapportent que la barrière de la langue est aussi une barrière à l'aspect relationnel et à l'attachement, du moins au début. Les enfants ne confient leur histoire que plus tard, lorsqu'ils connaissent la langue. Lorsqu'il n'y a pas de classe passerelle, les enseignants font appel à un élève de la même origine pour traduire à l'élève primo-arrivant les consignes et les demandes du professeur.

L'enfant primo-arrivant non francophone parachuté dans une classe normale peut présenter souvent comme premiers symptômes des difficultés scolaires, attribués souvent à des troubles linguistiques. Pour l'enfant, la langue française sert à l'adaptation sociale d'abord, tandis qu'à la maison il continue d'utiliser sa langue maternelle. Une exception se présente pour les enfants originaires d'Afrique centrale à qui les parents préfèrent parler le français. Très vite, ils ne connaissent déjà presque plus leur propre langue maternelle.

De plus, pour ajouter à la complexité linguistique, les élèves primo-arrivants à Bruxelles doivent souvent, au moins à partir de 8 ans, apprendre non une mais deux nouvelles langues (français et néerlandais)... Certains enfants sont changés sans arrêt d'école, et parfois passent et repassent du système francophone au système néerlandophone.

Il est vrai que les cours sont parfois vécus comme mal adaptés à la demande qui est celle de tenter quelque chose tout de suite. On ne se donne pas suffisamment de temps avec ces enfants lorsqu'il n'existe pas de classe passerelle.

Mais la situation est plus difficile encore pour les enfants traumatisés par la guerre : ils peuvent sembler perdus dans de grands moments de silence et de nostalgie quand les souvenirs des violences subies reviennent. Les enseignants rapportent souvent des absences mentales et un défaut d'attention. Les enfants réfugiés qui bien souvent ne sont plus des enfants car ils ont affronté bien des épreuves doivent ainsi migrer dans la culture de l'autre en niant ou oblitérant leur passé. Pour eux, l'apprentissage du français est soumis aux processus psychologiques de l'exil qui peuvent entraver les mécanismes cognitifs, quand par exemple de jeunes adolescents développent une telle nostalgie de leur pays que leur esprit ne peut pas être mobilisé pour étudier. Un mélange de peur, d'angoisse, de culpabilité par rapport à une assimilation non souhaitée par les parents

peut aussi entraver le processus d'acquisition de la langue étrangère de l'enfant. Les enseignants rapportent que les parents réfugiés sont plus attachés à leur culture que d'autres. Trop de pressions à l'acculturation peuvent entraîner un rejet de l'apprentissage du français en suscitant la peur de perdre sa propre langue. En somme, dans certaines familles réfugiées, c'est en développant un tel vécu de quasi-persécution, que les parents se défendent, refusant de ne plus se laisser pénétrer par l'étrangeté de la langue de l'autre, qu'ils ressentent comme une dépossession d'une part d'eux-mêmes. Les enfants ont alors beaucoup plus de difficultés à apprendre la langue.

Pour d'autres primo-migrants, la résistance à l'apprentissage du français est liée à la présence nombreuse dans le quartier de personnes parlant leur langue maternelle.

A cause d'une structure d'accueil insuffisante, nombre d'élèves ayant des capacités d'entreprendre plus tard des études supérieures, risquent d'être relégués dans des classes « professionnelles » parce que pendant un certain laps de temps ils ne savent pas suivre dans une structure normale. Des parents primo-arrivants demandent d'un ton suppliant de laisser une chance à leurs enfants. L'avenir scolaire de leurs enfants est souvent la seule lueur d'espoir dans le tunnel qu'ils sont obligés de traverser. Or il suffit parfois de laisser l'enfant redoubler sa classe pour que l'année suivante il s'en sorte très bien. Souvent le rôle d'un professeur attentif ou plus souple fait l'effet d'un miracle auprès de l'enfant ... Le problème est que l'école peut être centrée non pas sur les enfants et ce qu'ils peuvent apporter mais sur un contenu et un programme à transmettre. Il est très étonnant de constater que certains enseignants sous-estiment l'effet de leur personne et surestiment la transmission de leurs connaissances. D'autres rapportent que l'attachement se fait naturellement mais prend beaucoup de temps, et que cela est très difficile pour un enfant qui n'est pas dans une classe passerelle. Ce sont alors des liens d'attachement non sécurisants qui se tissent et les enfants peuvent perdre pied facilement.

2.3. Le vécu des adolescents primo-arrivants

Le choc culturel est encore plus difficile à vivre pour les adolescents parce que c'est la période de recherche de sens et de construction de la maturité. En effet pour les sociétés dont ils proviennent, les adolescents primo-arrivants vivent une période brève qu'il fallait encadrer afin que l'indétermination qui la caractérise se transforme en certitude,

la place qu'ils vont occuper et le rôle qu'ils vont jouer dans la société des adultes. Par contre, dans la société moderne en perpétuel devenir où ils atterrissent, l'adolescence est un miroir dans lequel les adultes se reconnaissent et qu'ils ne peuvent donc pas aider à clore. Le contraste est immense avec ce qu'ils ont connu. La majorité des enfants nouvellement arrivés en Belgique a grandi dans un environnement où l'obéissance à l'autorité fait partie des valeurs de base. Ils vont par exemple se lever spontanément à l'arrivée du professeur, comme cela se faisait dans leur pays, attitude qui n'existe plus chez nous. Les jeunes primo-arrivants, ainsi que leurs parents avouent être choqués par les relations qui existent ici entre enfants, adolescents et adultes, entre élèves et enseignants. L'association courante que l'on établit entre élèves issus de l'immigration et élèves « difficiles », soit agressifs soit démotivés, n'est pas pertinente pour les enfants et adolescents primo-arrivants. Ils se distinguent aussi par leur très forte croyance en l'efficacité de l'école. Mais malgré cette très forte croyance, beaucoup se retrouvent après quelques années dans les classes et les filières les plus dévalorisées.

Des adolescents réfugiés de guerre sont encore plus confrontés à ce rôle lorsqu'ils ont perdu leurs parents lors de la guerre. Certains ne savent pas si leurs parents sont encore vivants. Les adolescents qui arrivent seuls en Belgique vivent une situation particulièrement traumatisante. Ils n'ont pas d'enveloppe protectrice familiale pour faire face au choc culturel. La nécessité de trouver des adultes capables de jouer ce rôle pour eux est vitale pour leur santé mentale.

L'adolescent primo-migrant qui se sent déjà marginal, veut rechercher des modèles identificatoires en dehors de sa famille ou de son groupe culturel d'appartenance. Comme ils sont plus matures, ils perçoivent une dévalorisation de leurs parents, et cela signifie pour eux la dévalorisation de la culture d'origine. La marginalisation dont ils sont l'objet réveille chez eux des sentiments d'insécurité, d'infériorité, de dévalorisation. L'insécurité est aussi liée aux liens de domination qui s'établissent entre différentes vagues de migration.

Pour leurs parents, l'école et le quartier peuvent aussi être le symbole de contact avec la société d'accueil, avec toutes ses impuretés que sont la promiscuité sexuelle et la drogue, où les familles autochtones sont perçues comme le paradis du laisser-faire, où le divorce et les nouvelles unions répondent aux humeurs du moment. L'adolescent risque donc de briser l'espoir des parents en se frottant d'un peu trop près à la société d'accueil qui peut leur kidnapper littéralement leur progéniture. La panique conduit

inexorablement à un plus grand resserrement de l'autorité et l'inévitable choc se produit. Tousignant (1995) montre que de toutes les dimensions de la dynamique familiale, c'est le contrôle excessif des parents qui explique davantage les épisodes de psychopathologie chez les adolescents, encore plus que la négligence, la violence ou un degré de discorde élevé au sein de la famille. Le contrôle exagéré implique des mesures qui entravent sérieusement le développement et la socialisation de l'adolescent, spécialement chez les filles.

Parmi les primo-arrivants, ce sont ceux qui arrivent à l'adolescence, qui rencontrent le plus d'obstacles lors de leur intégration scolaire et sociale, pour plusieurs raisons (Schiff, 2000) :

- l'introduction à une langue nouvelle d'autant plus difficile à vivre que cela se fait à un âge plus avancé
- toute les démarches administratives qui entourent l'arrivée en Belgique
- le choc culturel qu'ils vivent et la confrontation à des valeurs non traditionnelles
- relations conflictuelles qui s'établissent entre jeunes et adultes ou entre jeunes eux-mêmes, de cultures différentes dans l'environnement social souvent très défavorisé.

Dans le système scolaire, les élèves sont perçus comme s'ils étaient muets et invisibles, comme des élèves qui auraient tout à recommencer à partir de rien. Et pourtant il ne faudrait pas oublier qu'ils parlent une autre langue et qu'ils auraient connu une autre histoire et que cet atout est à valoriser aussi dans notre monde multiculturel.

Une fois sortis du cocon protecteur de la classe passerelle, pour intégrer les classes normales, ils font face à un paradoxe : un décalage important entre leur progression en français et les notes faibles obtenues, car ils sont davantage évalués en fonction de leur écart à une norme préétablie. Lorsque la faiblesse des résultats est due, non pas à une absence de travail ou à une scolarité antérieure défailante, mais à l'apprentissage d'une langue nouvelle, cela peut provoquer chez eux un profond sentiment de découragement, voire d'injustice. Le problème de la prise en compte de l'effort et de la progression et non seulement de la performance est particulièrement aigu pour les primo-arrivants ; et cela concerne autant les adolescents que les enfants, surtout ceux que les parents changent de système scolaire (du système scolaire néerlandophone au francophone et vice-versa). Or il arrive souvent que les enseignants ne soient pas informés de la situation particulière des élèves primo-arrivants qui ont quitté la classe passerelle. Moins ils connaissent leurs parcours antérieurs, plus ils ont tendance à interpréter leurs

difficultés scolaires en termes d'obstacles culturels, sociaux ou intellectuels. La conséquence est que très souvent il y a orientation vers le système professionnel. Or il ne faut pourtant pas confondre ce qui relève de la méconnaissance de la langue et ce qui relève d'un faible potentiel scolaire.

Pour bien intégrer ces jeunes, il faut les connaître. Il faut donc évaluer, dès leur arrivée, leur niveau scolaire, les compétences acquises, les savoir-faire d'expérience.⁷⁰

Pour comprendre certains comportements ou pouvoir adapter sa façon d'enseigner, il serait dès lors très utile que l'enseignant sache, par exemple, que tel adolescent a connu un système scolaire où les cours ne se donnaient pas l'après-midi ou que tel autre a vu mourir son père sous ses yeux. Il ne serait pas inutile que ce même enseignant procède, pour ce faire, à une remise en question par rapport à ses propres valeurs, idéologies et normes.

Il est aussi fondamental qu'un jeune primo-arrivant ayant une expérience professionnelle puisse bénéficier d'une validation des acquis professionnels lorsque cela est possible, ce qui donnera plus de sens à l'enseignement intensif du français et le fera entrer ultérieurement sur le marché du travail avec une qualification reconnue. Intégrer pleinement, c'est ne pas laisser le jeune sans qualification reconnue.

Une étude menée par le département d'études romanes de l'UCL (Maravelaki, 2000) évaluant les compétences, par des tests de langue (lecture, écriture) a montré une grande variété de niveaux atteints à la fin de l'année scolaire des adolescents primo-arrivants au sortir de la classe passerelle à Bruxelles, variété qui dépend de plusieurs facteurs sociolinguistiques et éducatifs. Les deux plus importants résultats montrent que les performances des élèves dépendent de :

- la durée de leur passage en classe-passerelle (ceux qui ont été inscrit depuis dix mois ou plus avaient les meilleurs résultats);
- la scolarité des parents et surtout celle de la mère.

De ces résultats l'étude tire comme conclusion

- que si pour la plupart des élèves la durée maximum de 12 mois est suffisante pour s'intégrer à la vie scolaire, il y en a qui ont besoin de plus de 12 mois pour rattraper leur retard; notamment les élèves sous scolarisés ou/et ceux dont les parents sont eux-mêmes sous scolarisés

⁷⁰ En France, un site Internet permettant de comprendre les systèmes scolaires de différents pays d'origine permet de se faire une idée du niveau atteint. <http://www.cndp.fr/vei/> et <http://www.etab.ac-caen.fr/centre-ph-lucas/casnav/evaluation.htm>

- que tous les élèves, et en particulier ceux provenant des milieux défavorisés, ont besoin d'un enseignement intensif au niveau de la compréhension en lecture/ et processus d'écriture, afin de s'intégrer dans les classes du secondaire.

2.4. L'enfant réfugié de guerre

2.4.1. Symptômes post traumatiques et réactions familiales

Des troubles du comportement relationnel chez l'enfant réfugié de guerre sont souvent signalés par les enseignants. Les enfants de réfugiés qui ont vécu des traumatismes de guerre ont un risque élevé de ce qu'on appelle les « troubles post-traumatiques ». L'on assiste souvent à des troubles du comportement relationnel : repli régressif avec mutisme, inhibition intellectuelle ou au contraire opposition, agressivité. Les traumas de guerre apparaissent souvent parallèlement chez les parents et leurs enfants même si ces événements se sont passés plus quelques années auparavant et même si les jeunes n'ont pas vécu les événements qui ont pu leur être racontés par les parents.

Comme nous l'avons dit auparavant, le rôle de la famille est reconnu depuis longtemps comme un facteur important dans l'adaptation des enfants lors des événements catastrophiques. L'importance de l'attitude des parents comme moyen de faire écran au traumatisme de la guerre chez l'enfant a été montrée par une étude menée par la psychologue péruvienne Ana Gisela Silva Pânez citée par S. Vanistendael (2000). En enquêtant auprès des familles contraintes à l'exil dans la guerre civile au Pérou, elle a constaté que les enfants résilients appartenaient surtout aux familles qui cherchaient à tirer profit des nouvelles conditions de vie consécutives à leur migration forcée. Par exemple elles utilisaient pleinement les possibilités de formation pour leurs enfants. Elle constate aussi que les enfants moins résilients étaient issus de familles qui construisaient une dynamique à partir de l'injustice subie. Ces familles se montraient très méfiantes à l'égard de personnes extérieures au noyau familial, ce qui limitait leurs contacts, et elles se sentaient toujours menacées, même dans leur nouveau lieu de séjour.

Des facteurs environnementaux entrent aussi en compte tels la détresse parentale, l'histoire psychologique des parents et le climat émotionnel de la maison qui peuvent être directement reliés au sentiment de détresse de l'enfant. Ces parents réfugiés pris par

leurs propres souffrances ont moins de possibilités de procurer à l'enfant l'attachement et le sens nécessaire à sa résilience. Les traits dépressifs des parents, des mères en particulier, participent aux difficultés scolaires des enfants.

Mais en général, les parents sous-estiment la pathologie de leurs enfants et leur symptomatologie. Le déni des parents par peur de perturber les enfants parfois induit une minimisation de la détresse des enfants qui ont subi les mêmes événements, les parents peuvent devenir hyper-protecteurs de par leurs propres craintes de séparation et de rappel des traumatismes.

Ce non-dit est immanquablement transmis aux enfants qui eux vont développer des symptômes pouvant se traduire par des inhibitions de la parole ou des troubles de langage. L'enfant peut alors développer des inhibitions de l'intellect par peur de comprendre des choses qui risquent d'atteindre l'intégrité de l'origine telle qu'elle leur a toujours été révélée par leurs parents.

2.4.2. Réponses de l'école face aux enfants réfugiés

Il est essentiel qu'une fois dans son pays d'accueil l'enfant réfugié de guerre puisse exprimer ses traumatismes et se soulager de ses souffrances.

L'enfant peut à cause des violences subies, avoir un comportement agressif en classe, ou au contraire devenir la victime des autres et adopter un rôle de bouc émissaire. Les troubles de l'attention, l'hyperactivité, la méfiance que l'enfant a pu développer avec des adultes au point qu'il ira jusqu'à éviter d'entrer en relation avec son enseignant sont quelques uns des phénomènes pouvant compromettre son intégration scolaire et sociale. Le tout est de savoir comment l'école répond à ces comportements inhabituels et pour le moins déstabilisants. De quel tact a-t-on besoin pour entrer dans une famille polytraumatisée, pour proposer une solution ? On peut parfois faire pire que bien en agissant trop vite.

Il est essentiel de réagir en sachant que les signes psychologiques et comportements de ces enfants ne sont que des réactions normales à des situations sociales anormales (Perren Kingler, 2000) et que la solidarité et la non stigmatisation favoriseront la résilience.

(1) La résilience nous invite à revisiter nos pratiques

La résilience est davantage le résultat d'observations qu'une approche conceptuelle et scientifique pure. L'éthique a sa place dans cette réflexion sur la résilience. Il n'y a pas de résilience sans éthique. Être professeur, directeur, éducateur, tuteur de résilience est donc une démarche profondément éthique.

Nous nous sommes approchés de la réalité concrète du terrain de l'école, en proposant dans chaque domaine d'intervention des pratiques qui ne sont pas à copier, mais qui peuvent inspirer une démarche à d'autres intervenants

(2) La recherche de sens et d'attachement pour construire sa résilience

Plusieurs études soulignent le rôle critique joué par l'environnement social dans l'adaptation à l'adversité. On réfère notamment à l'importance des adultes significatifs ou « tuteurs de résilience » dans l'entourage qui peuvent influencer le développement de l'enfant lorsque ses parents sont dans un état d'incapacité ou non disponibles (Eldebour, 1993).

Si pendant un temps, leurs parents ne sont pas capables de les protéger parce qu'ils ont eux-mêmes besoin d'aide, il est bon d'intervenir à la fois en favorisant la résilience des parents et des enfants. Car en favorisant l'une, on favorise l'autre. Des enfants qui ne trouvent pas dans leur famille suffisamment de cette enveloppe affective dont ils ont besoin, savent en général se tourner vers d'autres adultes soutenant. Ils sont capables de chercher même les petits signes minimaux de chaleur humaine et de gentillesse pour s'y accrocher comme à une bouée ; ils sont aussi capables d'imagination hors du commun pour établir des liens à partir de leur environnement.

a. Le rôle des enseignants tuteurs de résilience

L'enfant réfugié ou primo-arrivant choisit suite à l'attente de ses parents, l'école comme point de départ de sa résilience et la construction de son avenir. L'école devient source de sens et les enfants, même s'ils ont des difficultés, sont souvent très motivés. L'école est une source primordiale de soutien pour l'enfant exposé à des événements ou à un milieu de vie à risque. Le milieu scolaire constitue la deuxième source de sécurité en dehors du foyer, et parfois même la seule. Les membres du personnel, tels que les professeurs, le directeur d'école ou même le conducteur d'autobus scolaire, représentent

des modèles adultes avec des qualités positives. Beaucoup d'enfants réfugiés retrouvent le sourire après quelques semaines d'école.

Certaines recherches (Gakuba, 2002) montrent comment l'école est un lieu auquel les enfants réfugiés accordent beaucoup d'importance et qu'ils utilisent comme cadre de résilience. Cela ne concerne pas que les primo-arrivants ou les réfugiés, mais tout enfant traumatisé. Certains enfants disent à quel point un enseignant a modifié la trajectoire de leur existence par une simple attitude ou une phrase, anodine pour l'adulte mais bouleversante pour eux. Les enseignants, en revanche, n'ont en général pas conscience de ce pouvoir. Les professeurs interrogés sur la réussite scolaire de leurs élèves ne s'attribuent presque jamais le mérite du succès. Or les enseignants qui croient en la résilience ont un effet de résilience supérieur à ceux qui n'y croient pas. Même quand ils n'ont pas travaillé le concept, le simple fait d'en être convaincu dit Cyrulnik (2003) construit une représentation intime qui s'exprime par des indices que l'enfant perçoit comme des informations massives, évidentes pour lui. Mais cela ne peut constituer une recette comportementale puisque pour faire un tuteur de résilience, il faut une constellation de pressions.

Selon J. Lecomte (2004) les qualités des enseignants qui ont pu aider des enfants à s'en sortir sont l'art de valoriser les réussites plutôt que de punir les erreurs, et de mettre en valeur les aptitudes et centres d'intérêt de l'enfant pour le faire progresser. Plusieurs anciens élèves soulignent que tel instituteur ou institutrice a été en quelque sorte un second père ou une seconde mère. L'impact et le regard positif de l'enseignant sur l'enfant « à priori condamné » sont parfois tel qu'ils suscitent non seulement une reconstruction, mais aussi une vocation d'instituteur.

Certains enseignants préfèrent nier l'affectivité dans leur relation éducative parce qu'ils ont peur des débordements de cette affectivité. Mais même si cette peur est compréhensible, elle peut avoir des effets destructeurs en ce sens que le déni de la part affective dans l'acte d'apprendre et dans l'obéissance aux règles, peut fermer la porte à la résilience. L'enfant qui ne reçoit pas dans sa famille de retour positif sur ses activités scolaires a besoin de trouver une personne qui l'encourage, le félicite pour ses réussites. Et la personne la plus à même de lui fournir cela est bien évidemment son instituteur. Tout ceci suppose que le professeur soit souple. Il donne un peu de son temps. Comme il sera remarqué dans le chapitre sur les classes-passerelles, c'est lorsqu'on se donne

plus de temps avant de décider de l'orientation d'un enfant primo-arrivant que celui-ci remonte la pente.

Les professionnels qui essaient de porter de tels enfants ont aussi besoin de se décharger des nombreuses émotions que cela peut susciter. On peut en effet être envahi par des émotions ingérables lorsqu'on entend le vécu extrêmement éprouvant de ces familles. Parfois nous ne sommes pas toujours prêts à écouter de tels récits. La façon dont on écoute de telles histoires est cependant vitale et certains réfugiés nous ont confié préférer se taire lorsqu'ils sentent qu'ils ne seront pas compris et soutenus, ou même qu'ils ne seront pas crus.

Beaucoup de professionnels, parce qu'ils sont non soutenus dans leur rôle, et cela dépasse le cadre du professeur, s'empêchent d'entrer profondément en relation avec l'enfant et la famille. Cette bonne distance sert d'abord au professionnel qui a bien sûr besoin de protéger sa vie privée, de ne pas être envahi de débordements émotionnels. Mais la famille ne considère pas l'acte professionnel de la même façon, plutôt comme relevant de la sphère du don. Ce dont elle a besoin c'est de sentir au-delà de l'aspect professionnel, qu'il y a un lien interpersonnel lui permettant d'être reconnu en tant qu'individu. Ainsi cette maman qui croyait que la médiatrice qui venait la visiter deviendrait « son amie », elle qui se sent si seule et qui ne peut se confier à personne ; et qui devient doublement déçue parce qu'elle se rend compte que toutes les confidences faites à cette personne n'ont servi qu'à stigmatiser davantage son fils et non pas à établir un lien d'attachement

b. Quelques conseils pour favoriser la résilience

Souvent les professeurs ne savent pas s'ils doivent demander à l'enfant ce qu'il a vécu, de peur d'aller trop loin et de ne savoir gérer leurs propres émotions et celles de l'enfant. De peur aussi de réveiller des souvenirs douloureux. Jacques Lecomte (2004) dit que **l'on peut susciter la parole de l'enfant sans l'imposer** : il a la liberté de parler ou de se taire. Souvent c'est dans des situations où l'enfant ne ressent aucune obligation de parler qu'il livre des confidences. **On peut utiliser des stratégies de contournement** pour faciliter l'expression de la parole de l'enfant blessé. Le principe

est d'inviter l'enfant à s'exprimer sur des situations difficiles qui surviennent à d'autres êtres auxquels il peut s'identifier, pour l'amener progressivement à parler de lui-même. Le fait de pouvoir encourager l'enfant à utiliser son imagination pour jouer, y compris « jouer les situations traumatisantes » qu'il a vécues, ont un impact sur sa capacité de faire face ; On peut permettre cette expression aussi à travers l'art, le dessin, la musique, les contes. L'enfant doit pouvoir « se dire », pouvoir exprimer son vécu.

Parfois les enfants s'expriment eux-mêmes spontanément sur leur souffrance en faisant un parallèle avec un animal. C'est le cas d'un enfant de notre étude. Le directeur de l'école avait fait part du fait qu'il s'était caché en dessous de son banc, terrorisé, au moment de l'exercice avec l'alarme incendie. L'enfant qui à la maison est toujours solitaire, nous a confié « Moi j'aime bien les animaux, ils sont très gentils, j'aime bien les mouches, les vers de terre, les dauphins ... tu vois le ver de terre, il ne fait pas de mal à personne, il est gentil, il ne faut pas le tuer, non ? pourquoi on tue les vers de terre ? » Ensuite à la question sur l'alarme incendie et le pourquoi, cet enfant répondait que s'il s'était caché en dessous de son banc c'est parce qu'il avait peur de la police, que celle-ci allait le renvoyer dans son pays et qu'on allait le tuer comme on a tué son petit frère. Ainsi cet enfant exprimait-il par l'innocence du ver de terre, sa propre innocence et son incompréhension que la police ne le protège pas, que la mort soit si facilement donnée à des innocents...

La technique de dessin d'enfant

L'équipe de Liège a utilisé des dessins d'enfants pour donner la parole aux moins de 12 ans. Le dessin d'enfant permet d'entamer le dialogue avec ces derniers. Les épreuves sélectionnées portent sur le dessin du bonhomme et de la famille, ainsi que d'un dessin représentant le plus grand rêve des enfants.

Cette technique permet d'estimer l'expression des conflits et l'image familiale de ces derniers. Le dessin prend une grande importance dans la formation de la personnalité du psychisme de l'enfant, non seulement il met en évidence les questions qui se posent à lui mais il lui permet aussi de synthétiser les données et de formuler les problèmes qui lui proviennent, en désordre, de toutes parts. L'intérêt de cet outil dans la recherche « Unisol » s'explique aisément par le fait que chaque enfant, quelque soit son origine, contient en lui tous les éléments nécessaires une enquête sociale et une étude des rapports qui se nouent ou qui font défaut entre lui et le monde adulte. Le dessin permet

notamment de déceler l'angoisse et la peur de l'enfant face à la désagrégation d'une forme de vie familiale, ainsi que les sensations de carence et d'inadaptation qu'éprouvent des enfants brutalement insérés dans une civilisation agressive et consommatrice. Certaines réactions, certains comportements égoïstes, tels que l'élimination, lorsque l'on dessine sa famille, des frères qui disputent à l'enfant l'amour de ses parents, sont propres aux enfants du monde entier, indépendamment de leur culture et de leur milieu social. Par ailleurs, l'expression picturale est présente dans tout système d'éducation scolaire pour autant que les enfants y soient confrontés (Rousseau, Drapeau et al., 1997 ; Rousseau, Galbaud et al., 1996 ; Baldy, 2002 ; Collette & Lachance, 1998). C'est ainsi que les dessins obtenus lors des entretiens avec les enfants par l'équipe de Liège montrent dans pratiquement tous les cas l'inquiétude de face au "no man's land" dans lequel ils sont amenés à vivre depuis leur arrivée en Belgique. La plupart des enfants dessinent effectivement une maison lorsqu'on leur demande de dessiner leur plus grand rêve. Les réalités de la vie les rattrapent et les amènent à avoir des besoins vitaux qui éloignent leurs rêves des enfants occidentaux qui, pour leur part, développent beaucoup plus leur imaginaire dans cette tâche de dessin. Cependant, l'interprétation des dessins d'enfants réfugiés immigrés de guerre, doit être utilisée avec de grandes précautions. En effet, l'analyse plus approfondie du dessin qui permet en général d'avoir des indications sur l'état de développement des enfants, n'a pu se faire dans le cas des analyses fournies avec les populations primo-migrantes interrogés. Effectivement, il est difficile de savoir quoi imputer les difficultés de maîtrise du dessin, certains enfants n'ayant jamais été amenés à voir des crayons entre les mains au pays d'origine, de part les conditions de vie qui les acculaient. Les thèmes abordés par les enfants, sont cependant souvent révélateurs des inquiétudes et des angoisses que peuvent présenter l'enfant.

La possibilité de ressentir la restauration d'un ordre moral dans le nouveau pays est donc aussi cruciale pour l'enfant qui a vécu tant de déstructuration dans son pays et a perdu confiance dans les adultes. Chez quelques enfants réfugiés de guerre de notre étude, cette peur de la police révèle que la confiance et la sécurité n'est pas acquise tant que les papiers sont en attente ou refusés. Cela montre aussi que le fait de ne pas protéger un enfant qui se sent en danger de mort équivaut dans sa tête à être de connivence avec ceux qui veulent le tuer.

L'attachement à des animaux est parfois mentionné comme facteur de résilience chez des enfants qui ont vécu des traumatismes, entre autre des enfants maltraités. C'est une forme de zoothérapie qui ne demande pas d'avoir un dauphin à sa portée ! Une petite souris, un chat, un lapin, ...autant de possibilités d'attachement qui aident l'enfant traumatisé à établir des liens facilitant la résilience. Nous pensons que cette technique simple pourrait être utilisée dans les classes comme ressource non onéreuse pour aider les enfants réfugiés de guerre. Cette capacité de chercher un sens à ce qu'il vit donne à l'enfant d'être actif dans son désir de sortir de la souffrance dans laquelle il se trouve, plutôt que de la nier. Cette compréhension diminue chez lui le sentiment d'isolement, puisqu'il cherche compagnie et attachement auprès des animaux qui sont peut-être les seuls à la comprendre puisqu'ils vivent la même chose que lui et contribue à développer son empathie pour ses propres proches. On entend souvent les auteurs de la résilience (Cyrulnik, 2003), citer des adultes ayant vécu des traumatismes lorsqu'ils étaient enfants expliquer qu'ils conceptualisaient leurs souffrances en les comparant à celle d'autres personnes qui avaient souffert plus qu'eux. Une manière aussi pour ces enfants de ne pas se sentir victime incapable de s'en sortir, et d'avoir de la compassion pour d'autres êtres, spécialement pour leurs parents.

Permettre à l'enfant de vaincre sa propre agressivité qui si elle n'est pas extériorisée est alors retournée contre lui, car dans tous les non-dits qui entourent ce vécu de violence, l'enfant peut se culpabiliser. Un enfant de cet âge là en général a tendance à prendre sur lui toute la responsabilité de ce qui lui arrive. La notion de pardon comme alternative à ce cercle vicieux de violence est une force puissante de restitution de l'ordre personnel et commun. Parler à l'enfant du pardon est essentiel pour couper sa propre culpabilité et restaurer la confiance dans le futur.

Le pardon aide à la résilience, mais il faut selon Jacques Lecomte (J. Lecomte, 2004, p.182-183) se méfier de quelques erreurs que l'on fait souvent au sujet du pardon :

- le pardon n'est pas l'oubli de l'acte, mais la distinction entre la personne et l'acte
- le pardon n'est pas un devoir, ni un acte méritoire, mais un processus de libération
- le pardon n'est pas la réconciliation avec l'autre mais avec soi-même.

Enfin, il apparaît que souvent, parce que nous avons peur d'écouter et de ne pas savoir gérer, la première idée qui vient est de s'en remettre à des professionnels de santé mentale. Mais il y a des raisons de penser que certaines interventions en ce sens, ayant le label spécifique de « psychothérapie ou psychiatrie » peuvent aliéner la plupart des personnes qu'elles sont sensées aider ; les gens au lieu de se sentir aidés à sortir d'une réaction tout à fait normale à des situations tout à fait anormales, on leur laisse penser qu'ils sont eux anormaux, déviants.

Pour beaucoup de parents venant de l'Afrique et de l'Orient, la psychothérapie est vue comme une « cause de scandale », stigmatisant l'enfant et par là même la famille. Or bien souvent, les personnes entourant l'enfant directement sont capables de l'aider et mais ne le savent pas nécessairement. On ne peut nier que dans certains cas une psychothérapie s'impose et certaines associations font spécifiquement des suivis d'enfants réfugiés de guerre⁷¹. Il y a des parents qui vont accepter d'aller voir un psychologue, d'autres pas ; mais si on leur explique correctement, ils reconnaissent en général la science du pays d'accueil qui, combinée à leurs ressources, peut leur être utile. Cependant dans beaucoup de cas, une relation plus approfondie avec la famille, une résolution des conflits de valeurs, une aide des parents suffira à rendre à l'enfant, petit à petit, une meilleure santé mentale.

(1) Les ressources limitées et la priorité des interventions

Certains Centres PMS nous disent que la problématique des enfants réfugiés de guerre n'est qu'une de leurs problématiques à régler et qu'elle n'est pas suffisamment représentative pour les préoccuper ... Comment faire un tri dans l'ensemble des problématiques, mais éviter de tomber dans la dichotomie entre donner priorité à celles qui affectent un grand nombre d'enfants et celle de travailler avec les enfants les plus fragilisés ? De la même façon, éviter de se polariser sur ceux qui sont les plus atteints plutôt que ceux qui ont vécu les mêmes circonstances mais qui semblent aller bien, par exemple des enfants qui viennent de pays en guerre, mais dont les parents n'ont pas été persécutés. Si on veut réellement prévenir à long terme la destruction psychique et le cercle vicieux de la violence et de la transmission des traumatismes, pour au contraire

⁷¹ Association EXIL , Avenue Brugmann 43 - 1060 Bruxelles +32 2 534 5330

favoriser la résilience de ces enfants, il est important de tenir compte de tous les enfants.

(2) Des exemples de prise en charge spécifique d'élèves primo-arrivants

Nous remarquons que les directions d'école se plaignent de manque de ressources pour faire face à des problèmes grandissant concernant la prise en charge de ces enfants primo-arrivants.

Ces écoles se retrouvent avec un nombre élevé d'enfants qui ne parlent pas le français ou sont peu scolarisés. Ils n'ont pas l'encadrement nécessaire à la bonne adaptation de ces enfants. Lorsqu'en plus des enfants réfugiés ont des comportements difficiles à gérer, ils se sentent noyés. Avant d'envoyer l'enfant traumatisé vers une structure qui le « dé-normalisera » encore plus, voyons ce que l'on peut faire au niveau de l'école même, qui est comme nous l'avons dit plus haut le lieu de socialisation structurant, sécurisant, auquel les parents confient leur enfant.

Nous voudrions présenter ici deux expériences mises en place par des directions d'écoles de Bruxelles pour répondre à ces problèmes.

a. A Saint Gilles : une psychologue spécifique pour les enfants primo-arrivants

Une expérience a été tentée par 4 directeurs d'école du réseau libre de Saint Gilles qui voulaient s'unir pour trouver ensemble une solution à ce problème. Il ont engagé depuis 4 ans, une psychologue dans le cadre de la « discrimination positive » pour s'occuper exclusivement des enfants primo-arrivants. Au début la demande était de trouver une psychologue capable de prendre en charge les problèmes psychologiques de ces enfants primo-arrivants. Son travail était alors plus axé sur le lien entre l'enfant, la famille et l'école. Lorsqu'elle rencontre les parents, elle leur explique les demandes des enseignants et de l'école, mais c'est toujours dans un dialogue et un respect mutuel et un encouragement de leurs propres compétences et ressources parentales. L'atout qui permet à cette psychologue de devenir tuteur de résilience pour les enfants primo-arrivants, c'est qu'elle est là depuis 4 ans et exclusivement engagée pour eux. Cette fidélité est importante selon elle pour les enfants qui la connaissent depuis leur plus jeune âge.

Aujourd'hui c'est toute une réflexion sur ce que l'école peut proposer qui s'est mis en place. Elle travaille avec les enfants et les familles, mais surtout avec les PMS et les enseignants, chacun ayant soin de collaborer tout en restant dans son rôle spécifique. Le PMS s'occupe des questions d'apprentissage, d'orientation, de réflexion, tandis qu'elle prend en charge les enfants primo-arrivants et leurs familles. Une réunion a été mise en place avec le PMS tous les 15 jours. Le PMS et elle proposent une réunion à l'enseignant pour voir qui fait quoi par rapport à l'enfant.

Des personnes extérieures qui travaillent avec des primo-arrivants sont invitées pour nourrir la réflexion de tous. En quelque sorte c'est aussi un rôle de médiatrice qu'elle adopte, avec en moins l'atout de la langue et avec en plus le bagage de psychologue, qui permet aux professionnels de l'école de prendre eux-mêmes du recul et d'établir une réflexion sur leur pratiques. Elle a très rarement dû envoyer des enfants vers des associations de santé mentale et dans le cas où ça a été fait c'était en collaboration avec l'association EXIL qui a une compétence particulière pour les enfants réfugiés de guerre.

Lors d'une rencontre organisée en janvier dans le cadre de la recherche action avec les directions d'écoles de Schaerbeek et les PMS et PSE correspondants, elle a pu partager son expérience. Il a été perçu parmi les intervenants du PMS que « son profil » venait leur enlever leur rôle de PMS au sein de l'école. En réalité, si le PMS pouvait avoir le temps et l'énergie approfondir ce rôle de prise en charge spécifique des primo-arrivants et réfugiés de guerre, ce serait en effet une bonne solution. Il est peut-être nécessaire de se poser la question de l'engagement par les PMS d'une personne supplémentaire ne s'occupant qu'exclusivement de cette population pour quelques écoles, et qui ait comme profil d'à la fois connaître plusieurs langues et d'avoir une formation de psychologue. Mais un tuteur de résilience doit pouvoir avoir les qualités requises. Il ne suffit pas de connaître la langue des personnes, il faut avoir un minimum de savoir-être et d'empathie.

Les enseignants sont très demandeurs d'un recadrage et il nous semble que le plus de l'expérience de Saint Gilles, correspond à cet aspect-là d'une possibilité de mettre en place au cas par cas, des solutions souples pour des enfants primo-arrivants qui n'ont pas la chance d'avoir une classe passerelle. Cela demande des concertations multiples avec les enseignants, les parents, les PMS.

En fin de compte une personne de référence pour les enfants est nécessaire dans la durée pour avoir ce rôle de tuteur de résilience, et l'institution à laquelle elle appartient aura

un impact sur son inscription dans les écoles, vis-à-vis des parents ou de l'école, du PMS. En quelque sorte la liberté d'action est coupée d'un côté ou de l'autre suivant le lieu où l'on se trouve.

C'est le rôle des pouvoirs publics de donner la possibilité de mettre en place des classes-passerelles et sans doute aussi des initiatives comme celle qui a été prise à Saint Gilles..

b. Autre expérience à Bruxelles : l'école du sacré cœur et de saint Josse

Une directrice d'école de Bruxelles-Ville, face à l'ampleur des problèmes que les familles lui présentaient, avait au début fait le lien avec l'association EXIL. Elle y conduisait elle-même en voiture ces familles mais très vite cela s'est avéré ingérable. Alors elle a réussi à obtenir des subsides pour faire organiser dans son école même, une séance par semaine d'ethnopsychiatrie familiale, avec des parents et enfants qui présentent des difficultés dues à la migration et aux traumatismes. Elle se refuse cependant à laisser croire à l'Etat que c'est désormais l'école qui prendra soin de réparer. *« Ce n'est pas à l'école à commencer à soigner les familles et les enfants. C'est la société qui doit mettre sur pied des cellules pour les accueillir, pour voir comment travailler avec eux toute cette fracture, tout ce choc psychologique. Mais en attendant moi je fais appel au centre « d'ici et d'ailleurs » pour écrire quelque chose, montrer d'où l'enfant vient, qu'est ce qu'on a pu mettre en place et où il est arrivé. Si il y a des écrits comme ça on peut dire « eh bien voilà, ça marche ou ça marche pas, mais si ça marche, il faut investir là dedans plutôt que de dépenser des sous pour des choses qui ne fonctionnent pas. »*

3. La prise en charge plus globale des familles primo-arrivantes par quartier

Dans la perspective du modèle écosystémique de la résilience, il est bon d'élargir encore l'action sur les cercles concentriques plus éloignés afin de renforcer la résilience familiale en renforçant la résilience communautaire. A ce sujet, renforcer la résilience communautaire au sein de l'école même a un effet sur les enseignants et par conséquent sur les familles.

En plus d'entreprendre de mettre en place ces ressources, il est important de soutenir aussi celles qui existent chez ces familles et dans leur entourage immédiat. Un parent qui arrive à surmonter les traumatismes vécus grâce à ses propres ressources et celles de sa communauté peut à nouveau donner une enveloppe affective protectrice à ses enfants.

Encourager les ressources existantes, c'est encourager les ressources communautaires et ethniques. Il est courant que pour une traduction ce soit via des associations ethniques que l'on ait une solution peu onéreuse. Ces associations pourraient aussi servir de rôle de médiateur dans certains cas. Ils ont les compétences multiculturelles pour aider les familles à dépasser les conflits de valeurs.

Encourager les ressources communautaires, cela signifie aussi les mettre en lien avec les associations adéquates d'aide pour l'enfant (écoles de devoir, sport, santé, aide administrative). C'est pour cette raison que lors de la recherche nous avons réalisé une brochure reprenant les associations de Schaerbeek par quartier, en se basant sur l'outil internet existant⁷², de façon à permettre à des directions d'écoles de distribuer aux parents primo-migrants qui le souhaitent une information sur l'ensemble des associations de leur quartier. C'est une demande constante des professionnels : savoir envoyer les familles là où il faut suivant leurs demandes et leurs besoins.

Bien souvent les directions d'école se trouvent faire un travail social ou psychologique que personne ne fait, car elles se retrouvent sans le vouloir nécessairement, les seules personnes de référence en qui les familles peuvent faire confiance. Il arrive souvent les directions aident les parents pour des traductions de papiers ou des conseils. Une directrice avait organisé une rencontre des parents primo-arrivants avec un avocat, pour leur expliquer les possibilités en matière d'obtention des papiers, car elle s'était rendu compte que de nombreux avocats leur faisaient miroiter des solutions illusoire quand il n'y en avait pas, en continuant ainsi de les exploiter financièrement. Certains avocats feraient traîner des dossiers en changeant l'une ou l'autre donnée, de façon à garder le client plus longtemps. Par contre on entend aussi des familles se donner le mot pour tel ou tel bon avocat qui se démène pour les réfugiés.

⁷² www.cartesocialeschaerbeek.be

Si nous voulons faire des parents des partenaires de l'école, il faut, pour les primo-arrivants, leur donner les moyens d'accomplir pleinement leur rôle en leur apprenant le français, le fonctionnement social, le fonctionnement de notre système éducatif. Si l'on veut que l'école prenne sens pour les jeunes et leurs familles, l'intégration ne doit pas se diviser. Pour réussir l'accueil des primo-arrivants, l'école doit s'appuyer sur une démarche intégrative des autres institutions, et notamment les communes, les services du CPAS et les services de logement... L'articulation entre les conditions d'accueil, la prise en charge sociale et la scolarisation, est indispensable pour construire la réussite des primo-arrivants.

Ce n'est qu'en augmentant la résilience communautaire d'un quartier qu'on augmente la résilience des familles qui y vivent. Pour les familles primo-migrantes qui ont tendance à vivre isolées de tout, une personne de référence devient nécessaire pendant la période d'adaptation, tout spécialement pour les familles les plus exposées, comme c'est le cas des familles monoparentales, les familles dont la représentation ethnique en Belgique est très faible, ou celles qui, pour des raisons politiques liées à leur pays d'origine, ne préfèrent pas côtoyer des personnes de leur pays (ex : Togo). Nous remarquons aussi que celles qui cumulent un ou l'ensemble de ces facteurs avec des facteurs économiques et de méconnaissance de la langue, sont les plus isolées et les plus vulnérables.

En France il existe des plate-formes d'accueil pour primo-arrivants. Leur rôle correspond plus à celui d'une référence pour les familles en ce qui concerne les démarches administratives. Nous pensons qu'en ce sens, en complémentarité avec ce qui peut être mis en place au niveau des écoles pour les enfants, il serait important que les communes mettent en place des personnes de référence par quartier, qui connaîtraient suffisamment bien les familles que pour aider à établir les liens avec l'école, les maisons médicales, les associations ethniques, les avocats, les CPAS.

Le CPAS a déjà cette façon de fonctionner, mais les professionnels du CPAS n'ont bien souvent pas la possibilité d'établir des liens permettant aux familles de les choisir comme tuteurs de résilience. Le lien des familles avec les CPAS est un lien de dépendance et non de réciprocité qui ne permet pas la mise en place d'une relation d'attachement. Parallèlement à ce qui a été discuté au sujet des PMS, une possibilité serait d'engager dans l'institution du CPAS, un référent pour les primo-arrivants.

4. Le recours aux immigrants résilients...

Pour terminer ce long parcours sur la résilience de l'enfant et l'adolescent primo-arrivants, et celle de leurs familles, nous voulons insister sur le fait qu'une des caractéristiques d'une démarche résiliente arrivée à sa maturité est d'être capable de donner à son tour. Le recours aux compétences et au savoir de familles migrantes arrivées plus anciennement et ayant pu surpasser leurs problèmes s'est révélé des plus bénéfiques. L'association « Convivial »⁷³ qui accueille des réfugiés, fonctionne à 75% avec des forces vives qui ont eux-mêmes bénéficié de leur aide quelques années auparavant. Ces personnes témoignent vouloir donner ce qu'elles ont reçu ! Leur permettre de donner le peu dont ils sont capables, quand ils ont sans cesse été dépendants est le fondement de la démarche à réaliser si on veut faciliter la résilience de ces familles. Pour être capables de donner, ils doivent ressentir chez nous la considération, le respect et l'attachement qui augmentera leur estime de soi et leurs propres ressources.

⁷³ www.convivial.be

Bibliographie

Barudy J. (1989). L'utilisation de l'approche systémique lors de thérapies avec des familles de réfugiés politiques. In *thérapie familiale*, Genève, vol.10, n°1, pp.15-31.

Bertrand D. (2000). La problématique psychologique des réfugiés mineurs isolés originaires du Sud-Est Asiatique., *Migrations santé*, 102-103, pp. 23-58.

Chrispin M. C. (1998). "Resilient Adaptation of Church-Affiliated Young Haitian Immigrants : A Search for Protective Resources." Ed.D. Thesis, Columbia University Teachers College.

Delage M.. Aide à la résilience familiale dans les situations traumatiques, in « *Thérapie familiale* », Genève, Vol. 23, n°3, pp.269-287.

Eldebour, S. (1993). Ecological Intergrated Model of Children of War : Individual and Social Psychology. *Child Abuse and Neglect*, 17, pp. 805-819.

Gakuba T-O (2002). L'école : facteur de résilience des jeunes rwandais réfugiés en France et en Suisse. Université de Genève- Suisse.

Hémon E. (1995). L'enfant de migrants, interprète entre deux foyers. In : *Thérapie familiale*, Genève, Vol. 16, n°2, p.202.

Lecomte J. (2004). Guérir de son enfance, Odile Jacob, Paris.

Maravelaki A. (2000). La construction des compétences en français : le cas des classes passerelles au secondaire en Belgique francophone. UCL.

Perren Kingler (2000). Interventions psychosociales auprès de l'enfant réfugié de guerre, in : « *Violences à l'école : fatalité ou défi ?* », De Boeck & Larcier, Bruxelles, pp.261-277.

Riyadh Al-Baldawi (2002). Migration related stress and psychosomatic consequences.
In: International congress, Series 1241, pp. 271-278.

Schiff C. Les élèves nouveaux arrivants : obstacles linguistiques et motivation scolaire.
In : VEI Enjeux, hors série n°3.

Serrano J.A (1989). La thérapie familiale avec les familles de migrants, in Thérapie familiale, Genève, Vol. 10, n°4, pp.311-321.

Silva Pânez. A.G. (1997). Psychische Widerstandsfähigkeit von Kindern, die politisch motivierter Gewalt ausgesetzt waren. Université de Zurich, p.180-181.

Tousignant M., Ehrensaft E. (1998). L'écologie humaine et sociale de la résilience, 66^{ème} congrès de l'ACFAS, Canada, <http://perso.wanadoo.fr/resscom/ACTU/semin-div/24-11-00tousignant.htm>

Tousignant M. (1995). Réactions au changement : stratégies d'insertion des migrants en terre d'accueil, Migrations santé , n° 81-82, pp. 71-85.

Vanistendael, S., Lecomte J. (2000). Le bonheur est toujours possible. Construire la résilience.

Vanistendael S. (1996). La résilience ou le réalisme de l'espérance. (cahiers du BICE).

Vanistendael S. (2000). Résilience et spiritualité. Le réalisme de la foi. (cahiers du BICE).

Werner E. and E. smith, R.S. (1982) Vulnerable but invincible : A longitudinal study if resilient children and youth, New York; McGraw-Hill.

Notes sur les dispositions légales et réglementaires qui concernent les familles et jeunes enfants primo-arrivants ou illégaux

Introduction

Le texte qui suit ne prétend pas faire l'inventaire des dispositions légales et réglementaires touchant au bien-être et à la santé des familles primo-arrivantes et de leurs enfants⁷⁴. Il vise à refléter quelques aspects de leur vie quotidienne qui sont touchés par le cadre réglementaire de manière positive ou négative, en ayant éventuellement un impact sur leurs capacités de résilience. Chaque champ d'action présenté est introduit par les articles de la Convention internationale des droits de l'enfant⁷⁵ (CIDE) signée et ratifiée par la Belgique. En effet, celle-ci constitue un cadre juridiquement contraignant pour les pays signataires, et a une fonction régulatrice fondée sur des droits fondamentaux. C'est l'occasion également d'examiner dans quelle mesure des changements dans les politiques sociales sont nécessaires.

Principaux champs d'action et leurs réglementations

1. L'éducation

1.1 L'éducation à l'école

1.1.1 Les textes légaux

L'enseignement est un droit

La CIDE stipule que tout enfant a droit à l'éducation et que l'enseignement primaire est obligatoire et gratuit pour tous (article 28), et ce « indépendamment de toute considération de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou autre de l'enfant ou de ses parents ou représentants légaux, de leur origine nationale, ethnique ou sociale, de leur situation de fortune, de leur incapacité, de leur naissance et de tout autre situation » (article 2).

⁷⁴ Une partie du rapport ULB y sera spécifiquement consacrée. Par ailleurs, différentes institutions mettent à disposition les informations générales les concernant, comme par exemple le site du Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme créé en mai 2004 <http://www.newintown.be>

⁷⁵ Enfant : personne âgée de moins de 18 ans.

L'enseignement est une obligation

En Belgique, l'enseignement est obligatoire de 6 à 18 ans, quel que soit le statut de l'enfant. Ceci implique notamment qu'une école ne peut pas refuser l'inscription d'un enfant en obligation scolaire, même s'il est en situation irrégulière en Belgique⁷⁶. Ces élèves ont également droit à l'obtention des diplômes et des certificats sanctionnant leurs études.

Les dispositifs particuliers en Communauté française

Plusieurs dispositifs particuliers⁷⁷ concernent l'accueil d'enfants primo-arrivants dans les écoles fondamentales et secondaires de la Communauté française. Légalement, est considéré comme primo-arrivant, tout enfant entre deux ans et demi et dix-huit ans arrivé sur le territoire national depuis moins d'un an, et soit réfugié, mineur accompagnant un réfugié reconnu, apatride, ou ressortissant de pays en développement ou en transition (cf liste).

L'organisation de classes passerelles: «structure d'enseignement visant à assurer l'accueil, l'orientation et l'insertion optimale de l'élève primo-arrivant, dans l'enseignement fondamental ou secondaire». Les classes passerelles concernent les enfants en Belgique depuis moins d'un an. Chaque enfant peut rester au maximum un an dans une classe passerelle. Les classes passerelles sont organisées au niveau de l'enseignement primaire de manière variable selon les établissements. En Région bruxelloise, 12 classes passerelles sont créées dans 12 écoles volontaires. La localisation de ces écoles ne préjuge donc pas automatiquement d'une grande présence de primo-arrivants dans les quartiers où

⁷⁶ Décret du 30 juin 1998 visant à assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale, notamment par la mise en œuvre de discriminations positives, article 40.

⁷⁷ Cf. Décret visant à l'insertion des élèves primo-arrivants dans l'enseignement organisé ou subventionné par la Communauté française, 14 juin 2001, Arrêté du Gouvernement de la Communauté française subventionnant des classes-passerelles dans l'enseignement primaire pour l'année scolaire 2002-2003, en application du décret du 14 juin 2001 (...), Circulaire n°61 concernant « l'accueil, l'orientation et l'insertion des élèves primo-arrivants dans les établissements d'enseignement ordinaire maternel et primaire », Circulaire concernant « l'organisation de classes-passerelles dans l'enseignement primaire ».

elles sont implantées. Par contre, en Région wallonne, elles sont créées dans les communes où est installé un centre pour candidats réfugiés.

L'adaptation des normes d'encadrement pour des élèves arrivés en Belgique depuis moins de trois ans. Les établissements scolaires bénéficient de normes d'encadrement spéciales pour les enfants qui ne bénéficient pas du dispositif classe passerelle. Dans l'enseignement maternel, l'élève primo-arrivant peut compter pour 1,5 élève durant trois ans ; tandis que dans l'enseignement primaire, l'élève primo-arrivant peut compter fictivement pour trois élèves (dispositif dégressif sur les trois ans).

L'organisation d'un cours d'adaptation à la langue de l'enseignement (ALE).

Des périodes supplémentaires sont accordées par la Communauté française aux écoles qui accueillent des enfants répondant à certaines conditions, au pro rata de leur nombre. En effet, les cours d'ALE sont réservés aux élèves qui :

- ✓ Sont apatrides, de nationalité étrangère ou adoptés,
- ✓ Ont une langue maternelle ou usuelle qui diffère de la langue de l'enseignement,
- ✓ Fréquentent l'enseignement primaire organisé en Communauté française depuis moins de trois années complètes,
- ✓ Ont des parents (ou des personnes à la garde desquelles ils sont confiés) domiciliés ou résidant en Belgique et ne possédant pas la nationalité belge, sauf dans le cas de l'adoption.

Remarque : un élève en séjour illégal peut être pris en compte pour le calcul de l'encadrement et des subventions mais uniquement après avoir fréquenté un établissement scolaire depuis trois mois au moment du comptage.

Un des dispositifs particuliers (l'adaptation des normes d'encadrement) est d'application dès la maternelle : il consacre donc un droit à l'éducation dès l'âge de 2.5 ans, c'est-à-dire à l'éducation préscolaire

1.1.2. La mise en œuvre pratique : observations / descriptions

La mise en place des dispositifs particuliers dans les écoles en Communauté française en faveur de tous les enfants, quelle que soit leur situation légale, a de nombreux impacts positifs ; d'après les observations des professionnels de terrain, une grande majorité des enfants primo-arrivants sont scolarisés, même s'ils sont en situation irrégulière. Allant au-delà de l'instruction obligatoire de 6 à 18 ans, les dispositifs reconnaissent l'intérêt d'une éducation préscolaire. Les enfants sont donc souvent scolarisés dès deux ans et demi. Il semble bien acquis par les personnes concernées que l'éducation et l'école répondent à un droit dès le plus jeune âge.

Toutefois, la mise en œuvre rencontre de nombreuses difficultés. Les dispositifs légaux et réglementaires sont effectivement prévus mais leur mise en œuvre nécessite un investissement important de la part des équipes pédagogiques pour que les enfants en bénéficient au mieux. Les classes passerelles sont en nombre limité, en particulier à Bruxelles. En outre, la gestion administrative est très lourde pour les chefs d'établissement qui doivent déclarer les enfants primo-arrivants après avoir rassemblé les éléments permettant de prouver que l'enfant est sur le territoire depuis moins d'un an par un document officiel ou preuve écrite justifiant de la date d'entrée en Belgique. Les vérificateurs semblent être parfois très pointilleux sur cette matière, ce qui peut amener à une différence sensible entre le nombre d'enfants concernés réellement et ceux dont le dossier est accepté. Certaines écoles refusent par conséquent d'inscrire des enfants en situation irrégulière. Par ailleurs, il est difficile d'inscrire de grands adolescents (17 – 18 ans). Une fois qu'ils ont 18 ans, ils ne bénéficient plus de l'obligation scolaire et ne sont plus protégés par la CIDE. Il leur est difficile de trouver une école et quasiment impossible s'ils sont en situation irrégulière.

En outre, les enfants en situation irrégulière ne sont pas repris dans le calcul de subvention durant les trois premiers mois de fréquentation de l'établissement scolaire. Etant donné que leur arrivée sur le territoire et leur inscription à l'école se produisent tout au long de l'année, cela amène à des difficultés de gestion de l'encadrement pédagogique. Enfin, certains enfants arrivés sur le territoire dans le cadre du

regroupement familial ou élevés dans une langue maternelle différente du français mais de nationalité belge ne sont pas touchés par les différents dispositifs (cas d'enfants d'origine turque à Schaerbeek).

1.2. Les milieux d'accueil des jeunes enfants et l'accueil durant le temps libre

Concernant deux des fonctions des milieux d'accueil, la fonction économique (permettre aux parents d'avoir une activité rémunérée) et la fonction éducative, la CIDE prévoit deux articles très importants : elle stipule que « les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour assurer aux enfants dont les parents travaillent le droit de bénéficier des services et établissements de garde d'enfants pour lesquels ils remplissent les conditions requises » (article 18 § 3). L'article 31 fait mention du droit qu'a chaque enfant à avoir des loisirs.

Le principe de non-discrimination mentionné dans l'article 2 de la CIDE est confirmé dans le Code de qualité de l'accueil de la Communauté française⁷⁸: « Le milieu d'accueil évite toute forme de comportement discriminatoire basé sur le sexe, la race ou l'origine socioculturelle et socio-économique à l'encontre des enfants, des personnes qui les confient et des accueillant(e)s » (Art. 9). En matière d'accueil extrascolaire, le décret relatif à la coordination de l'accueil pendant le temps libre des enfants⁷⁹ prévoit une subvention de différenciation positive pour les enfants selon des critères de revenu des parents alignés sur le revenu minimum garanti. La déclaration des enfants éligibles par le milieu d'accueil se fait sur l'honneur, mais les documents qui seront demandés par l'ONE ne sont pas encore mis au point et pourrait représenter une barrière réelle à la fréquentation de ces milieux d'accueil par les enfants illégaux. En outre, la mise en œuvre du décret n'est pas suffisamment ancienne pour en évaluer l'impact en ce qui concerne les enfants concernés par ce subside particulier.

⁷⁸ Arrêté du Gouvernement de la Communauté française fixant le code de qualité de l'accueil du 17/12/2003.

⁷⁹ Décret du 3 juillet 2003.

1.2.1 Observations concernant l'accueil des enfants de moins de 3 ans

La réglementation interne à l'ONE ne mentionne pas de manière spécifique les enfants primo-arrivants ou les enfants en situation irrégulière. Ceux-ci peuvent donc être accueillis dans les milieux d'accueil agréés. Dans les milieux d'accueil subventionnés, la participation financière des familles est calculée au prorata de leurs revenus. Si les parents ne peuvent fournir les documents demandés (par exemple car ils sont sans papier), le tarif maximum devrait leur être facturé. Néanmoins, il y a, après enquête sociale, une possibilité de déroger à cette règle et le tarif peut être ramené au minimum ou même à la gratuité.

Au niveau de la mise en œuvre pratique, les différentes sources de données indiquent que peu d'enfants primo-arrivants sont accueillis dans les milieux d'accueil de moins de trois ans. Ceci est essentiellement dû à la pénurie de places qui aboutit à une sélection en faveur des familles où les deux parents travaillent. Il est peu probable que des priorités à l'inscription soient installées à leur bénéfice (sur un plan légal, elles sont d'ailleurs contestables). Néanmoins, certains projets locaux se mettent en place dans quelques quartiers afin d'accroître l'accessibilité de ce public à certains milieux d'accueil.

1.2.2 Observations concernant l'accueil extrascolaire

D'autres réglementations peuvent tempérer les principes généraux de non-discrimination, d'accessibilité à des modes de garde et de droit aux loisirs. Ainsi, les milieux d'accueil extrascolaire sont souvent subventionnés. Certains fonds de subvention comme le FESC exigent des documents attestant de la situation familiale. Sans ces documents, le milieu d'accueil ne perçoit pas de subvention pour les enfants concernés, ce qui contribue à l'exclusion de ceux-ci.

Néanmoins, nombre d'associations réalisant un accueil pendant le temps libre se trouvent situées dans les quartiers les plus précarisés sur le plan socioéconomique et développent des projets d'inclusion des enfants connaissant des difficultés sociales.

C'est le cas de la région de Bruxelles où de nombreux milieux d'accueil extrascolaire (école de devoirs, maisons de quartier) accueillent les enfants primo-arrivants. Certains ont même développé un axe de leur travail vis-à-vis de ce public spécifique. Néanmoins, certains milieux d'accueil extrascolaire refusent d'accueillir les enfants en situation irrégulière car les parents ne peuvent fournir les documents nécessaires à l'obtention de subventions.

2 La santé

L'article 24 de la CIDE consacre le droit de jouir du meilleur état de santé, y compris dans ses aspects préventifs, et de bénéficier de services médicaux et de rééducation.

2.1 Les soins médicaux et l'accès aux soins

D'une manière générale, pour l'ensemble de la population résidant en Belgique dont le statut n'autorise pas l'inscription auprès d'une mutuelle, le centre public d'aide sociale (CPAS) peut intervenir pour couvrir en tout ou en partie les frais médicaux des personnes en séjour légal. Si l'intervention doit couvrir la totalité des frais, le CPAS désigne l'institution auprès de laquelle les soins doivent être prestés. Dans le cas des demandeurs d'asile déclarés recevables, l'Office des étrangers désigne le CPAS compétent (code 207). Pour les personnes en séjour illégal, celles-ci ont droit à une aide spécifique mais il ne s'agit pas d'une aide financière. Il s'agit d'une intervention appelée l'aide médicale urgente (AMU). La loi du 15 juillet 1996 permet aux étrangers en séjour illégal de bénéficier de l'aide médicale urgente AMU pour des soins de nature curative ou préventive en ambulatoire ou en institution de soins. La demande passe par le CPAS communal qui vérifie les conditions d'application (moyens financiers, domicile et illégalité).

Bien que les dispositifs couvrent assez largement les catégories de statut des personnes sur le territoire, des problèmes nombreux se posent et placent les primo-arrivants et les illégaux en situation précaire sur le plan de l'accès aux soins et de la continuité des soins.

D'une manière générale pour les populations en situation de précarité sociale et financière, les travailleurs sociaux et de la santé soulignent non seulement la variabilité des modes de fonctionnement des CPAS d'une commune à l'autre mais également concernant l'interprétation des dispositifs d'aide médicale urgente (Pauvreté et santé.2002) Les primo-arrivants, et a fortiori ceux qui sont dépourvus de permis de résidence légale, sont en situation encore plus défavorable dans la mesure où, d'une part, ils privilégient les soins en urgences hospitalières, et d'autre part, ils sont souvent mis dans l'obligation de s'acquitter d'un acompte important ou même de la totalité de la facture (Pauvreté et santé, 2002). Cela peut également aboutir au renvoi d'hôpitaux en hôpitaux.

La question de l'accessibilité culturelle et linguistique s'impose de manière évidente ici, les primo-arrivants n'étant pas en mesure de comprendre et de s'exprimer dans les langues du pays. Cette question fait partie des problèmes les plus reconnus par les professionnels. Des projets de médiation interculturelle ont ainsi pris place dans les principaux hôpitaux⁸⁰ aigus et dans les hôpitaux psychiatriques. Ils sont financés par le Ministère des affaires sociales en fonction du nombre de patients 'allochtones'⁸¹. Ils ne résolvent pas tous les problèmes rencontrés en milieu hospitalier, et principalement ceux qui sont liés aux aspects culturels sans oublier les difficultés liées aux comportements discriminatoires rencontrés par les primo-arrivants. Enfin, le nombre de langues est relativement limité par rapport à la diversité constatée. Les solutions passent alors par l'utilisation de bonnes volontés ou par l'emploi des enfants scolarisés en français au titre d'interprète.

2.2 La promotion de la santé et la prévention

En Belgique, la promotion de la santé et la prévention sociosanitaire est du ressort des Communautés.

⁸⁰ AR 25/4/2002

⁸¹ Rapport d'évaluation pour 1997-8 disponible:
<http://www.health.fgov.be/vesalius/devnew/FR/prof/thema/intercult/rapporten/rapporten.htm>

2.2.1 La santé de la mère et du jeune enfant à l'Office de la Naissance et de l'Enfance

Des consultations prénatales (CPN) et des consultations du jeune enfant sont organisées par l'ONE sur tout le territoire de la Communauté française. Ces consultations sont ouvertes à tous (aucun document n'est exigé). Leur mission est préventive (suivi médical préventif, vaccination, suivi social global). Ces consultations ont un ancrage local et sont généralement bien implantées dans les quartiers fragilisés où l'on retrouve souvent beaucoup de familles primo-arrivantes. De plus, elles existent aussi dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile. Toutefois, si les consultations pour enfants sont nombreuses (n=539), les CPN sont en nombre limité (45 pour toute la Communauté française). La province du Luxembourg est très faiblement équipée.

La mise en œuvre pratique

Les consultations ONE accueillent un public tout-venant, qui comprend dans certains quartiers un nombre non négligeable de primo-arrivants. Ces consultations sont entièrement gratuites. Toutefois, les examens biologiques prescrits dans le cadre des CPN ne le sont pas, et sont remboursés par l'assurance maladie-invalidité. Un fonds spécial a été créé depuis 1983 à l'ONE pour intervenir dans les frais d'analyses biologiques des femmes qui ne sont pas couvertes par une assurance maladie-invalidité lors de la consultation prénatale (CPN) et pour lesquelles une demande d'AMU n'est pas appropriée. En effet, dans le cas particulier des femmes en séjour illégal, les demandes d'AMU ne sont pas toujours adressées par peur d'une dénonciation (illégal) et l'obtention de cette dernière est aléatoire ou prend du temps pour être accessible, alors que les situations rencontrées prennent souvent une allure d'urgence (Rapport 2002-2003 BDMS de l'ONE). Une évaluation menée par l'ONE montre que la plupart des demandes d'intervention du fond spécial pour couvrir les examens biologiques émanent des CPN bruxelloises, et de deux communes en particulier (St Gilles et Schaerbeek) (Rapport 2002-2003 BDMS de l'ONE).

Les consultations sont tenues par la nouvelle réglementation d'élaborer un projet « santé-parentalité » qui peut tenir compte de ce public spécifique. Il semble néanmoins

difficile pour les TMS d'évaluer de façon précise le type de public fréquentant la consultation.

Enfin, une convention a été établie entre l'ONE et le CIRE (Coordination et Initiatives pour et avec les Réfugiés et Étrangers) pour organiser un service d'interprétariat social pour les consultations ONE. Une quarantaine de langue sont ainsi prises en compte.

2.2.2 *La promotion de la santé à l'école*

Pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, les missions sont assumées dans les centres Psycho-Médico-Sociaux (PMS) de la Communauté française, et pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, elles sont prises en charge par les services de Promotion de la Santé à l'École (PSE) agréés selon le décret.

La promotion de la santé à l'école comporte plusieurs axes⁸², parmi lesquels se trouve le suivi médical individuel des élèves, la vaccination et le dépistage des maladies transmissibles. Les services PSE bénéficient d'une subvention complémentaire sous forme de forfait social pour chaque élève dont le lieu de résidence est situé dans un quartier fragilisé⁸³. Les élèves primo-arrivants bénéficient automatiquement du forfait social, quel que soit leur lieu de résidence.

▪ *Actions globales au sein des écoles*

Le nombre d'enfants ouvrant le droit au forfait social (comprenant automatiquement les élèves primo-arrivants), parmi l'ensemble des élèves inscrits dans les écoles⁸⁴ sous tutelle du service PSE, est communiqué par le Ministère de la santé. Cependant les noms des élèves ne sont pas communiqués. Les actions entreprises en promotion santé ne ciblent aucunement des élèves en

⁸² Décret de la Communauté française du 1er septembre 2002

⁸³ Sur base de l'indice socio-économique établi pour chaque secteur statistique, le Gouvernement fixe le seuil déterminant les quartiers ou secteurs statistiques à prendre en compte pour l'attribution du forfait social.

⁸⁴ Les écoles comptant un grand nombre d'élèves ouvrant le droit au forfait social sont en réalité les mêmes que celles qui, précédemment, bénéficiaient du système de discriminations positives.

particulier, évitant ainsi de stigmatiser ceux-ci, mais elles sont mises en place au niveau de toute l'école.

- *Prise en charge spécifique des élèves primo-arrivants*

Les services PSE mènent deux actions de façon spécifique auprès des élèves primo-arrivants :

Dépistage de la tuberculose

Lors d'arrivées massives d'enfants primo-arrivants dans les écoles (en début d'année scolaire en général), certains services PSE organisent des départs collectifs d'enfants en car à la FARES⁸⁵. Pour les enfants primo-arrivants qui arrivent en cours d'année de façon plus isolée, les infirmières du service rencontrent généralement les parents au sein de l'école et leur demandent de se rendre à la FARES par leurs propres moyens. Elles disposent parfois à cet effet de documents rédigés en plusieurs langues⁸⁶, expliquant aux parents l'examen à effectuer et comportant un plan d'accès à la FARES.

L'aide aux familles dans l'anamnèse générale de base et la vérification du statut vaccinal

Les infirmières rencontrent les parents à l'école (des visites à domicile ont lieu dans certains cas, mais elles sont relativement rares) et aident ceux-ci à compléter l'anamnèse générale de base de leur enfant. Les acteurs de terrain constatent que les parents viennent souvent spontanément accompagnés d'une personne de leur entourage qui peut servir de traducteur entre eux-mêmes et l'infirmière. En outre, certains PSE emploient des infirmières qui parlent d'autres langues que le français. Il est toujours possible également de faire appel à un traducteur du CIRE.

⁸⁵ Fonds des Affections Respiratoires

▪ *Les points forts*

Alors que les missions PSE ne concernent que les enfants inscrits à l'école, les services PSE assument aussi un rôle social auprès des familles ; ils relayent notamment celles-ci vers le CPAS lorsqu'ils constatent des difficultés (par exemple pour des soins dentaires ou pour une aide médicale urgente)

Le fait que les enfants primo-arrivants ouvrent automatiquement le droit à l'octroi du forfait social représente le point fort principal du décret. Il faut cependant souligner que la disparité des contextes institutionnels des PSE se traduit par une disparité de moyens et de pratiques. Plus spécifiquement, la situation dans laquelle écoles, service PSE et centre PMS ont le même pouvoir organisateur présente un contexte plus favorable pour assumer les missions décrites dans le décret en permettant notamment :

- de faciliter la communication des données relatives aux primo-arrivants: pour identifier les élèves primo-arrivants, le service PSE s'adresse directement, pour chaque établissement sous tutelle, à l'inspecteur concerné, celui-ci dépendant du même pouvoir organisateur que le service PSE ;

- d'assurer une présence importante des infirmières PSE au sein des écoles, grâce essentiellement au financement complémentaire que peuvent octroyer communes ou provinces aux services PSE. Cette présence importante⁸⁷ confère aux infirmières le statut de membre à part entière de la communauté scolaire, ce qui facilite la communication des données relatives aux élèves en difficulté et aux élèves primo-arrivants (en particulier lorsque ceux-ci se trouvent en situation illégale), l'école n'ayant dès lors pas l'impression de trahir un secret professionnel en transmettant ces données au service PSE⁸⁸. En outre, cela permet aux infirmières d'engranger un important capital confiance auprès des familles, facilitant ainsi les rapports avec celles-ci

⁸⁶ A Bruxelles-ville, par exemple, ces documents sont actuellement disponibles en anglais, polonais, arabe, roumain et portugais ; d'autres versions sont en cours de traduction.

⁸⁷ A Bruxelles ville, le PSE est notamment représenté au Conseil de participation.

⁸⁸ C'est la notion de *secret partagé* qui prévaut alors, de la même façon que dans la problématique de la maltraitance.

notamment lors de l'anamnèse de base de l'enfant et de la vérification du statut vaccinal de celui-ci ;

- d'améliorer le statut des médecins et infirmières : ceux-ci peuvent être engagés comme salariés et non payés à l'acte, ce qui leur évite de dépendre du nombre d'enfants vus en consultation et leur garantit donc une stabilité de revenus ;

- d'effectuer une prise en charge plus cohérente de chaque enfant : lorsque les infirmières du service PSE et celles du centre PMS dépendent du même pouvoir organisateur, elles peuvent se répartir l'ensemble des enfants et assurer à la fois les missions PSE et PMS, ce qui permet à chacune de voir moins d'enfants et donc d'assurer un suivi plus complet.

▪ *les difficultés*

La disparité des contextes institutionnels des services PSE engendre des disparités dans les conditions de travail entre services PSE et constitue un frein à l'harmonisation des pratiques et donc, à l'harmonisation du suivi des élèves, en ce compris les enfants primo-arrivants. En effet, lorsque écoles, centre PMS et service PSE ne dépendent pas du même pouvoir organisateur, les démarches peuvent être plus complexes et les conditions de travail moins favorables. C'est le cas de la transmission de données relatives aux élèves puisque les infirmières doivent s'adresser au pouvoir organisateur de chaque école sous tutelle et que la communication des données peut être moins efficace si le pouvoir organisateur est différent. En outre, rien n'oblige les écoles à fournir les données nécessaires aux services PSE, n'ayant pas reçu d'injonction en ce sens de leur Ministère de tutelle. La crainte de voir des informations relatives aux élèves primo-arrivants divulguées par le service PSE est encore bien présente.

Enfin, le fait de ne fonctionner qu'avec la subvention de la Communauté française réduit le temps de présence des infirmières au sein des écoles, les rendant moins visibles et donc moins « parties prenantes » de la communauté scolaire, avec les difficultés que cela peut comporter au niveau des relations humaines et de la transmission de données relatives aux élèves primo-arrivants.

Dans le réseau de la Communauté française, le fait que les missions PSE soient prises en charge par un médecin au sein du centre PMS peut engendrer des difficultés liées à un pouvoir d'action différent du médecin au sein d'une équipe dirigée par un psychologue.

De manière générale, un important travail de sensibilisation reste encore à faire auprès des écoles, afin qu'elles prennent conscience de l'intérêt de signaler la présence d'enfants en situation illégale pour une meilleure prise en charge de la santé de ceux-ci.

3 L'aide sociale et matérielle

La loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS ne permet pas à ceux-ci de fournir une aide sociale ou matérielle à des personnes séjournant illégalement sur le territoire belge. Néanmoins, la Cour d'arbitrage s'était prononcée en faveur d'une aide pour les mineurs en séjour illégal, en se fondant sur plusieurs articles de la CIDE. Depuis, un arrêté royal, sensé remplacer cet arrêt de la Cour d'arbitrage, a été publié (24 juin 2004). Selon cet arrêté, l'aide matérielle aux mineurs ne pourra être accordée que par Fedasil⁸⁹ et prendra la forme d'un hébergement du mineur dans un des centres d'accueil fédéraux. Les parents pourront avoir « la possibilité d'accompagner leur enfant lorsque leur présence est nécessaire au développement de l'enfant » (circulaire CPAS). Les CPAS sont tenus de recevoir les demandes d'aide et, après enquête sociale et sur accord du mineur, à transférer la demande à Fedasil.

D'après Fedasil, il n'est pas question à l'heure actuelle d'héberger des mineurs sans leurs parents. L'argument juridique est celui de la Convention de Genève relative au statut des réfugiés.

Toutefois, la question du manque de places dans les centres d'accueil fédéraux reste à résoudre.

⁸⁹ Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile.

De nombreux professionnels et associations sont inquiets face à cette nouvelle réglementation. Ainsi, la Plate-Forme de vigilance pour les réfugiés et les sans-papiers considère que cette réglementation porte une atteinte grave au droit au respect de la vie privée en imposant aux familles un mode de vie collectif pour une durée indéterminée. C'est pourquoi, l'association « Défense des enfants international » a introduit un recours en annulation devant la Cour d'arbitrage contre cette nouvelle législation et un recours en annulation devant le Conseil d'état contre l'arrêté royal et la circulaire.

4 L'accueil et l'hébergement

4.1 L'organisation

La CIDE affirme la nécessité de protéger l'enfant par rapport aux besoins fondamentaux. Le droit à la survie et au développement se traduit concrètement par une protection et un accueil adéquat. La situation des mineurs étrangers non accompagnés (MENA) est spécifique. Les demandeurs d'asile mineurs d'âge non accompagnés, ou "damana", sont protégés jusqu'à 18 ans et ne sont généralement pas expulsés. Les jeunes reconnus comme réfugiés ont diverses solutions d'accueil qui leur sont ouvertes (logement autonome supervisé, famille d'accueil, centre d'accueil ou institution d'hébergement). Lorsque la demande n'est pas recevable, leur séjour en centre d'accueil est néanmoins garanti jusqu'à leur majorité, c'est-à-dire 18 ans. Lorsqu'ils ne sont pas demandeurs d'asile, leur situation est plus fragile. Ils sont placés dans le cadre de l'aide à la jeunesse, normalement jusqu'à leur majorité. Des jeunes ont été également maintenus dans des centres fermés, mais un accord gouvernemental de 2000 stipule que ce type de situation ne peut plus être rencontré.

Pour ce qui concerne les familles, les demandeurs d'asile en phase d'examen de la recevabilité ne reçoivent plus d'aide financière du CPAS depuis 2001 et ne peuvent bénéficier que d'une aide matérielle dans les structures d'accueil. Les structures d'accueil ont été élaborées par les autorités belges pour assurer des moyens de subsistance suffisants aux demandeurs d'asile qui n'en disposent pas. Cette aide leur est accordée jusqu'à la décision définitive concernant la demande de reconnaissance,

qu'elle soit favorable ou non. Cet accueil matériel ne dure que le temps de la phase d'examen de la recevabilité de la demande d'asile. Après, le demandeur d'asile doit chercher un logement en ville et reçoit une aide financière du CPAS dont il dépend (sauf s'il loge dans une initiative locale d'accueil (ILA), où il peut décider de rester).

Fedasil, l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile, est chargée de coordonner l'ensemble des structures d'accueil : « la mission de Fedasil est d'organiser en Belgique un accueil humain, efficace, souple et de qualité pour les demandeurs d'asile »⁹⁰. Il s'agit plus précisément de:

- gérer les structures d'accueil assurer la prise en charge et l'orientation des demandeurs d'asile tout au long de la procédure ;
- répondre aux besoins prioritaires des migrants (bed-bath-bread), mais aussi assurer un accompagnement administratif, social, juridique et médical ;
- coordonner et uniformiser l'aide médicale ;
- informer et orienter les personnes en demande d'asile sur la procédure d'accueil ;
- organiser la scolarité des enfants et développer des programmes de formations pour adultes ;
- intégrer les structures d'accueil dans leur environnement, en développant des contacts suivis avec les autorités locales et les riverains ;
- assurer un accueil adapté pour les groupes-cibles, tels que les mineurs étrangers non accompagnés ou les victimes de la traite des êtres humains ;
- définir les normes de qualité de l'accueil et veiller à leur application ;
- assurer le suivi auprès des partenaires de Fedasil impliqués dans l'accueil des demandeurs d'asile : les CPAS, la Croix-Rouge, le CIRE et l'OCIV et les Mutualités Socialistes ;
- étudier les modalités d'accueil dans les pays étrangers ;
- établir des contacts internationaux avec d'autres instances politiques ou organisations.

En 2003, Fedasil a divisé le réseau d'accueil en six zones géographiques : Flandre orientale et occidentale ; Anvers ; Brabant flamand et Limbourg ; Bruxelles et Brabant wallon ; Hainaut ; *et* Namur, Liège, Luxembourg.

⁹⁰ Source : site internet Fedasil – <http://www.fedasil.be>.

On distingue l'accueil des demandeurs d'asile à grande échelle et l'accueil à petite échelle.

Capacité d'accueil, occupation et places disponibles au sein du réseau d'accueil de Fedasil au 28-02-2005

Opérateurs	Capacité d'accueil	Personnes accueillies	Places disponibles *
Centre fédéraux	3827	3663	67
Centres Croix-Rouge & Rode Kruis	3169	2990	102
Centre Erezée	47	47	0
VwV & CIRE	1258	1209	26
ILA	7235	6440	140
Total	15536	14349	335

(www.fedasil.be, le 7/4/05)

▪ L'accueil à petite échelle

Il est organisé par les ONG partenaires de Fedasil (OCIV – CIRE et la Mutualité socialiste à Erezée) et par les Initiatives locales d'accueil.

Les ONG partenaires de Fedasil proposent des places d'accueil sous forme de petits appartements, répartis sur l'ensemble du territoire. Les ILAs sont des mini-centres offerts par un certain nombre de CPAS. La circulaire ministérielle (Ministère des Affaires sociales) du 29/01/01 précise que « le but du système d'accueil pour les candidats-réfugiés politiques est d'assurer un bon accueil matériel dans des centres d'accueil au moins dans une phase de la procédure d'asile ». Les ILAs s'inscrivent dans cette « philosophie », en permettant aux CPAS de fournir une aide matérielle aux demandeurs d'asile qui ne sont pas encore recevables – au lieu d'une aide sociale en argent. Le système des ILAs a été mis en place en janvier 2000 et a vite pris une grande ampleur. Ces structures offrent un nombre limité de places sur différents sites. Par

contre, si l'on prend en compte le nombre de places cumulé, les ILAs représentent à elles seules 46% (tableau ci-dessus) des places d'accueil disponibles sur le territoire belge.

- L'accueil à grande échelle

Il existe en Belgique 17 centres ouverts fédéraux^{91 92}, pouvant accueillir entre 75 et 850 résidents. Ces centres sont répartis sur l'ensemble du territoire, dans les zones urbaines et les campagnes, en région wallonne, bruxelloise et flamande. Ils sont installés dans d'anciennes casernes, d'anciennes écoles, d'anciens hôpitaux ou d'anciens villages de vacances. Ces centres d'accueil sont des centres ouverts, ce qui signifie que les résidents peuvent y entrer et en sortir librement.

Les familles sont logées la plupart du temps dans une chambre séparée, tandis que les isolés occupent un lit dans un dortoir commun. Les repas sont servis par un service de catering extérieur. Ils se prennent dans un réfectoire. Dans certains centres, les résidents peuvent disposer de cuisines et préparer leurs repas eux-mêmes (ils reçoivent alors des tickets d'alimentation pour faire leurs courses). Les résidents doivent participer à l'entretien du bâtiment : ils participent au nettoyage des chambres, des espaces communs et des locaux destinés au personnel.

Le service médical veille à la santé physique et mentale des résidents. Il doit assurer la prévention (dépistage des maladies contagieuses, suivi des affections chroniques...) et dispenser les soins/aides aux patients souffrant de difficultés psychologiques. Le service assure aussi, en collaboration avec d'autres structures, le contrôle du développement psychomoteur des petits enfants et les vaccinations.

⁹¹ Arendonk, Arlon, Bovigny, Broechem, Charleroi, Ekeren, Florennes, Jodoigne, Kapellen, Petit-Château, Morlanwelz, Neder-over-Heembeek, Rixensart, Woluwe-Saint-Pierre, Saint-Trond, Sugny et Virton.

⁹² Les centres de la Croix-Rouge fonctionnent comme des centres ouverts fédéraux.

L'accompagnement socio-administratif est la tâche des assistants sociaux . Ils ont pour mission de fournir aux demandeurs d'asile des explications au sujet des différentes phases de la procédure d'asile ou au sujet des décisions concernant leur procédure. Ils veillent aussi à ce que les demandeurs d'asile répondent aux convocations qui leurs sont adressées dans le cadre de cette procédure. En cas de conflits à l'intérieur du centre, ils doivent jouer le rôle de médiateur. Chaque assistant peut suivre jusqu'à 40 dossiers (une famille composée de plusieurs membres constitue un dossier au même titre qu'une personne isolée).

Les accompagnateurs (ou animateurs) du centre prennent en charge l'inscription scolaire des enfants. Les enfants qui sont âgés de moins de 6 ans sont aussi scolarisés, sauf si les parents s'y opposent. Les animateurs servent avant tout de médiateurs entre l'école et la famille. Ils peuvent organiser des rencontres entre les enseignants et les parents, organiser un suivi des devoirs ou contrôler le calendrier scolaire. Cependant il ne s'agit en aucun cas de « prendre la place » des parents et « ils n'ont absolument pas pour mission d'éduquer les enfants »⁹³.

Les adultes ont aussi l'occasion de suivre des formations proposées généralement par des associations ou des bénévoles (cours de langue, informatique, ateliers de couture...). Ces formations peuvent avoir lieu hors du centre. Le centre d'accueil a donc pour mission d'assurer « une occupation judicieuse des journées » permettant « d'offrir des chances d'avenir maximales »⁹⁴.

Le service animation a pour tâche principale l'organisation d'activités diversifiées à l'intérieur et à l'extérieur du centre (sport, visites culturelles, excursions...).

Les centres d'accueil disposent d'un budget séparé pour l'organisation d'activités visant l'intégration des centres dans les communes ainsi que l'information et la sensibilisation des habitants du quartier concernant les migrations, la procédure d'asile ou les conditions de vie dans un centre et son fonctionnement.

⁹³ Site internet Fedasil

⁹⁴ Site internet Fedasil

- L'accueil des mineurs non accompagnés

Quelques centres offrent 374⁹⁵ places spécifiques pour les **mineurs demandeurs d'asile non accompagnés**, au sein d'une unité de vie séparée, travaillant avec des équipes d'assistants sociaux, d'accompagnateurs et d'animateurs spécifiques. Celles-ci assurent un « suivi rapproché des enfants », avec pour finalité de les rendre « aussi autonomes et aussi responsables que possible »⁹⁶. Des structures peuvent être mises en place dans des ILA (98 places spécifiques) et un certain nombre de places sont ouvertes dans des structures dépendant de l'Aide à la jeunesse. Ces enfants sont tenu de suivre un enseignement scolaire et sont ainsi inscrits par les accompagnateurs dans une école du quartier.

4.2 Mise en œuvre

- Pour l'accueil des familles, nous présentons, à titre illustratif, un centre ouvert de la région wallonne.

Fin 2004, la capacité d'accueil du centre s'élevait à environ 150 places. Entre 2003 et 2004, le nombre de places a été réduit de 25%, afin de permettre la mise sur pied d'un service d'accueil pour une vingtaine de demandeurs d'asile mineurs d'âge non accompagnés.

Le *directeur* assure les contacts avec le Comité de Direction de Fedasil et toutes autres personnes ou organismes concernés (le bourgmestre de la commune, par exemple). Il dirige un personnel composé de 31 personnes, réparties en 9 services.

Le *service de l'accueil* est composé de 12 moniteurs, responsables de la sécurité (respect du règlement intérieur) et de l'assistance le soir et le week-end. Les moniteurs constituent l'équipe de permanence : présence du personnel au centre 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Ils sont aussi chargés de l'accueil des demandeurs d'asile arrivant le soir, de l'encadrement des repas et assurent parfois des missions de chauffeur.

⁹⁵ Au 28-02-2005, site internet Fedasil

⁹⁶ Idem

Le service de coordination gère l'occupation des chambres, veille à l'application du règlement d'ordre intérieur et distribue l'argent de poche et les tickets de transport. Les deux coordinateurs de ce service assurent également les contacts avec la Cellule de Dispatching de Bruxelles et le service des Etrangers de l'administration communale.

Le service social est assuré par 4 assistants sociaux qui proposent une assistance administrative et psychosociale aux résidents. Ils coordonnent aussi les départs du centre (retours volontaires ou codes 207⁹⁷).

Le service médical comprend 2 infirmières et un médecin travaillant à mi-temps. Il propose un suivi médical individuel curatif et préventif. Il organise également des actions d'éducation à la santé.

Le service animation est responsable de la scolarisation des enfants et des formations des adultes. Les trois animateurs composant le service sont aussi chargés d'organiser des activités sportives, récréatives et socioculturelles à l'adresse des enfants et des adultes. Ils assurent aussi la coordination des initiatives de quartier.

Le service financier, composé d'une responsable financière et d'une aide-comptable, s'occupe des commandes de services et de matériel ainsi que du paiement des factures. Il gère aussi les crédits alloués au centre.

Le service économat comprend trois économes qui gèrent la restauration, la distribution du matériel sanitaire, le vestiaire, la laverie et l'entretien du centre (ils veillent donc à la participation des résidents aux services « communautaires » : vaisselle, nettoyage...).

Le service du personnel est assumé par un collaborateur qui s'occupe de l'administration du personnel : application du règlement de travail, congés, horaires... Il est aussi responsable de la formation du personnel et de la gestion du matériel informatique.

⁹⁷ Demandeurs d'asile ayant reçu leur recevabilité (phase 1 de la procédure) et devant quitter le centre en attendant l'examen au fond de leur dossier (phase 2). Ils reçoivent une aide du CPAS.

Le service technique comprend un technicien chargé de l'entretien de l'infrastructure, de l'équipement et du jardin (réparations quotidiennes, rénovation des locaux, entretien des véhicules...). Il est aussi la personne de contact avec la Régie des Bâtiments dont dépend le Centre.

- Pour l'accueil des mineurs non accompagnés, nous examinons l'encadrement de 3 centres de la région namuroise.

Les jeunes MENA et non demandeurs d'asile se trouvent dans des structures assez différentes entre elles. A l'analyse, on observe un encadrement multidisciplinaire important. Ils sont en relation avec la plate-forme 'mineurs en exil' qui invite à élaborer les projets d'accueil des centres en se fondant sur divers articles de la CIDE.

En conclusion

L'impact de la Convention internationale des droits de l'enfant pour guider la mise au point de dispositifs visant les enfants est manifeste. Il se marque surtout au niveau de l'éducation et concerne par conséquent autant les enfants demandeurs d'asile que les enfants en séjour illégal. Au niveau de la santé, cet impact est plus faible pour les soins de santé, mais il reste important dans le secteur préventif du fait que ses frontières avec le champ social sont moins tranchées. Enfin, l'aide sociale et matérielle représentent un problème aigu, certains familles connaissant des conditions matérielles très précaires. Toutefois, les limites de ces dispositifs tiennent à la variabilité de leur mise en œuvre qui exige une implication personnelle élevée de la part de professionnels qui n'y sont pas nécessairement préparés, comme des directeurs d'école, mais ils tiennent également à l'inégalité des moyens disponibles au niveau local et à la pénurie ou à l'insuffisance de l'offre des services.

Annexe

	Centre A	Centre B	Centre C
Instance	<ul style="list-style-type: none"> - Le Ministère de l'intégration sociale - La communauté française, Direction générale de l'aide à la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> - FEDASIL 	<ul style="list-style-type: none"> - Le Ministère de l'intégration sociale - La Communauté
Capacité d'accueil	33 jeunes de 7 à 18 ans (filles et garçons)	40 adolescents garçons de 14 à 18 ans	8 jeunes de 7 à 18 ans (4 filles et 4 garçons)
Population accueillie	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunes demandeurs d'asile - jeunes non demandeurs d'asile - placé par le service d'aide à la jeunesse 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunes demandeurs d'asile 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeunes demandeurs d'asile
Encadrement (2003-04)	<ul style="list-style-type: none"> - Un coordinateur - Trois assistantes sociales - Dix éducateurs - Un éducateur chargé de l'insertion scolaire - Un équivalent temps plein psychologue - Une équipe technique d'entretien et de cuisine - Un équivalent temps plein pour le personnel administratif - Une infirmière spécialisée en santé communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un coordinateur - Deux assistantes sociales - Douze éducateurs dont un éducateur scolaire et un éducateur chargé des activités extérieures - Personnel technique 	<ul style="list-style-type: none"> - Une directrice - Une assistante sociale - Cinq et ½ éducateurs - Un temps plein pour l'entretien et de cuisine - Un mi-temps pour le personnel administratif - Un mi-temps infirmière spécialisée en santé communautaire - <i>(collaboration étroite avec un médecin du village)</i>

Bibliographie

Conclusions Forum 14/12/2002 Pauvreté et santé. Obstacles dans l'accès aux soins de santé. Du vécu et de la recherche à la politique. 2003.

Kabasele M. (2003-04). Les centres d'accueil pour les MENA de la région namuroise ont-ils la possibilité de promouvoir la santé ? Mémoire ESP, ULB.

Rapport 2002-2003, Banque de données médico-sociales de l'ONE. ONE, Fonds Houtman

Van Keirsbilck B., Ouhmida H. (2003). La question préjudicielle relative à l'article 57§2 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, JDJ n°227.