

Vers des soins de santé interculturels :

**Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction
des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques**

Décembre 2011

Vincent Lorant, Ilse Derluyn, Marie Dauvrin, Isabelle Coune, Hans Verrept

*Nous adressons nos sincères remerciements aux différents experts qui
ont contribué au développement du projet ETHEALTH*

Table des matières

INTRODUCTION	4
CHAPITRE 1: PRESENTATION DU PROJET ETHEALTH	5
1.1. Composition du groupe ETHEALTH	5
1.2. Experts auditionnés.....	5
1.3. Objectifs et méthodes	6
1.4. Définition des migrants et minorités ethniques	6
CHAPITRE 2 : CONTEXTE ET ORIGINES DU PROJET	7
2.1 Perspective contextuelle : le paysage migratoire belge	7
2.2 Aperçu épidémiologique : migration et santé*	8
2.3 Cadre normatif au niveau international	11
2.4 Etat de la question en Belgique.....	13
CHAPITRE 3: CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....	14
3.1 Modèle CSDH Equité	14
3.2 Principes directeurs	17
3.3. Recommandations spécifiques.....	18
3.3.1. Niveau 1 : Contexte et position socioéconomique.....	18
3.3.2. Niveau 2 : Différences dans l'exposition.....	21
3.3.3. Niveau 3 : Différences dans la vulnérabilité.....	25
3.3.4. Niveau 4 : L'accessibilité et la qualité des soins de santé	30
CONCLUSION	33
GLOSSAIRE.....	34
REFERENCES.....	39
LECTURES COMPLEMENTAIRES.....	45
CONTACTS.....	48

INTRODUCTION

Depuis longtemps, la Belgique est connue pour être un pays de migration*¹, ce qui a transformé sa population en une société multiculturelle². Notre pays a pris de nombreux engagements pour rendre ses soins de santé* accessibles à toutes et tous, avec comme conséquence, un système de soins de santé reconnu, au niveau international, comme parmi les plus équitables.

Des initiatives fédérales, régionales, communautaires et associatives montrent tout le potentiel qui existe dans notre pays pour rendre les soins de santé accessibles à tous. Néanmoins, depuis une décennie, divers signaux indiquent clairement que la Belgique peine à réduire les inégalités de santé et que les soins de santé ont encore du chemin à parcourir pour rencontrer les demandes et les besoins d'une société multiculturelle.

Ce rapport a pour objectif d'élaborer des recommandations visant à promouvoir une plus grande égalité de santé à l'égard des populations migrantes et des minorités ethniques résidant en Belgique. Il fait suite à une demande de Madame Laurette Onkelinx, ministre de la Santé Publique et de Monsieur Christiaan Decoster, directeur général de la DG1 du Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement. Ces derniers ont souhaité qu'un groupe d'experts élabore des recommandations pour adapter les soins de santé belges à la présence de migrants et de minorités ethniques dans notre pays. Un groupe ad hoc, dénommé ETHEALTH a donc été créé pour la préparation du texte qui suit. Ce groupe est composé de personnes actives sur le terrain, de scientifiques, de responsables des ONG et de représentants de l'administration.

La première partie de ce rapport décrit la composition et la méthode du groupe ETHEALTH. Le contexte migratoire, épidémiologique et politique dans lequel s'inscrit ce rapport est rapporté dans la deuxième partie. La troisième partie présente les constats et les recommandations du groupe ETHEALTH.

Enfin, nous aimerions préciser que ces recommandations sont les points de vue et visions des membres du groupe de travail et n'impliquent aucun engagement politique de la part du ministre compétent.

¹ Les termes marqués d'une * renvoient au glossaire en annexe du présent rapport.

² ETHEALTH a choisi le terme multiculturel car, bien que l'idéal soit d'aboutir à une société interculturelle, l'interculturalité n'est pas encore un objectif atteint actuellement en Belgique

CHAPITRE 1: PRESENTATION DU PROJET ETHEALTH

1.1. Composition du groupe ETHEALTH

Présidents :

- Professeur Vincent Lorant, sociologue de la santé, Institut de recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain (UCL)
- Docteur Ilse Derluyn, PhD en Sciences Pédagogiques, Département d'Orthopédagogie, Université de Gand (UGent)

Membres du core group

- Marie Dauvrin, aspirante F.R.S.-FNRS, Institut de recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain (UCL)
- Isabelle Coune, coordinatrice de la Médiation Interculturelle dans les Hôpitaux et Support de la Politique
- Hans Verrept, responsable de la Cellule Médiation Interculturelle dans les Hôpitaux et Support de la Politique
- Malek Amrouni, médiateur interculturel, Centre Hospitalier Jean Titeca
- Bruno Buytaert, Institut flamand pour la Promotion de la Santé et la Prévention des Maladies (ViGeZ)
- Ellen Druyts, Service Santé et Droit des Etrangers, Kruispunt Migratie-Integratie
- Prof. Dr. Louis Ferrant, médecin généraliste, professeur, Université d'Anvers
- Dr. Axel Hoffman, médecin généraliste, Fédération des Maisons Médicales et Collectifs de Santé Francophones
- Prof. Dr. Marleen Temmerman, gynécologue, sénatrice, professeur, Université de Gand
- Davy Verhard, Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme.

1.2. Experts auditionnés³

- Begonia Cainas, assistante sociale, responsable du service social du Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre de Bruxelles
- Rana Charafeddine, chercheuse en santé publique, Institut Scientifique de Santé Publique (ISP/WIV)
- Hamida Chikhi, coordinatrice de la médiation interculturelle, ASBL Foyer
- Sophie Damien, assistante sociale et coordinatrice du CASO pour Médecins du Monde à Bruxelles
- Dr. Edith Hesse, médecin généraliste, directrice médicale de Médecins du Monde Belgique
- Dominique Pirard, assistante sociale, responsable du service social du Centre Hospitalier Universitaire de Charleroi
- Julie Ringelheim, juriste, chargée de recherche F.R.S.-FNRS, Institut pour la Recherche Interdisciplinaire en Sciences Juridiques, Université Catholique de Louvain
- Cécile Roubais, juriste, service social du Centre Hospitalier Universitaire Saint-Pierre de Bruxelles
- Dr. Dominique Vossem, psychiatre, ASBL D'Ici et d'Ailleurs.

³ Par ordre alphabétique

1.3. Objectifs et méthodes

Le projet ETHEALTH est une initiative du Service Public Fédéral Santé Publique, Environnement et Sécurité de la Chaîne Alimentaire.

Bien que l'objectif final soit de fournir une série de recommandations à l'attention de l'administration et du SPF Santé Publique, d'autres instances politiques peuvent y trouver un intérêt particulier. Le groupe ETHEALTH pense notamment au SPF Intégration Sociale, responsable de l'Aide Médicale Urgente, le Secrétariat d'Etat à la Politique de Migration et d'Asile, le Secrétariat d'Etat à la Famille et aux Personnes Handicapées ainsi que les gouvernements régionaux et communautaires, responsables de la prévention*, de la promotion de la santé*, de l'égalité des chances et de la diversité. En effet, seule une action concertée à tous les niveaux de décision peut réellement améliorer la situation des migrants et minorités ethniques en Belgique.

1.4. Définition des migrants et minorités ethniques

Le groupe ETHEALTH a voulu dans ses recommandations tenir compte et reconnaître la multiplicité des groupes de population visés. La principale difficulté lorsqu'il s'agit d'aborder la question de la migration est la définition du groupe des « étrangers » ou des « migrants ». Malgré l'acquisition de la nationalité du pays de résidence, certaines catégories de personnes restent encore considérées comme « migrant » et sont dès lors désignées sous le vocable de « personnes d'origine immigrée », « personnes d'origine étrangère », « minorités ethniques » ou encore de « groupes ethniques ».

La « nationalité » est peu pertinente lorsqu'il s'agit de s'intéresser à la question des migrants en Belgique. D'où le concept de « migrants et minorités ethniques » qui permet de rendre compte de l'origine des individus : les membres de ce groupe s'estiment eux-mêmes ou sont considérés par la société dans une position désavantagée vis-à-vis de la majorité de la population suite à cette appartenance (Hanquinet *et al.* 2006). En Belgique, c'est le cas des populations d'origine turque ou marocaine.

*[...] Minorité ethnique se réfère à différents groupes ethniques d'une hétérogénéité extrême. Ce concept est utilisé pour des groupes qui partagent un statut minoritaire dans leur pays de résidence de par leur ethnicité, le lieu de naissance, leur religion, leur citoyenneté et d'autres différences (culturelles). Ce concept distingue un groupe particulier, à la fois en terme numérique et (souvent) en terme socio-économique. Les membres de ces groupes sont considérés comme porteurs de normes culturelles et de valeurs différentes de la culture majoritaire et parlant (souvent) une langue maternelle différente. Les minorités ethniques varient en durée de séjour et d'acculturation. Par ailleurs, entre les différentes minorités ethniques, il existe différents degrés d'accès à la culture majoritaire. Le concept de « minorité ethnique » comprend les groupes d'immigrants nouvellement arrivés (minoritaires) et les groupes qui ont été une partie de l'histoire d'un pays pour des centaines d'années [...] (Adapté de Scheppers *et al.* 2006, p. 326).*

Dans ce rapport, le groupe ETHEALTH a retenu la démarche de l'OMS Europe (2010) consistant à s'intéresser tant aux migrants qu'aux minorités ethniques ; d'où le terme « migrants et minorités ethniques » (MME). Ce choix est par ailleurs étayé par des études internationales (Bhopal 2007 ; Kaplan & Bennett 2003 ; Scheppers *et al.* 2006 ; UNESCO 2000).

CHAPITRE 2 : CONTEXTE ET ORIGINES DU PROJET

Pour aider les lecteurs à appréhender le lien entre migration et santé et comprendre dans quel contexte a été développé ETHEALTH, le groupe ETHEALTH a décidé de rédiger ce chapitre introductif. Son contenu est basé sur la littérature internationale et nationale.

2.1 Perspective contextuelle : le paysage migratoire belge

De par sa situation stratégique en Europe et son histoire migratoire, la Belgique a une population diversifiée, répartie sur l'ensemble de son territoire. Au 1^{er} janvier 2010, la population résidente étrangère représentait 9,76% de la population totale en Belgique, soit 1 057 666 personnes (SPF Economie 2011). Ces chiffres n'incluent cependant pas les demandeurs d'asile inscrits dans les registres d'attente. La répartition des étrangers est inégale entre les trois régions : Bruxelles comprend plus de 30% de personnes d'origine étrangère contre 6,4% en Flandres et 9,5% en Wallonie (SPF Economie 2011⁴). La fonction internationale de Bruxelles explique, entre autre, le nombre plus important d'étrangers y résidant.

La mobilité des citoyens de l'Union Européenne en fait le premier groupe de ressortissants étrangers légaux en Belgique. La proportion de migrants issus de l'Union Européenne représente 68% des étrangers présents sur le territoire belge, toutes nationalités confondues. Cette proportion est deux fois plus élevée que dans les autres pays de l'Europe des 27. De plus, une concentration de ressortissants étrangers en provenance des pays voisins est observée dans les zones frontalières (Perrin 2006).

A côté des Européens, les trois principales nationalités présentes en Belgique sont les Marocains (81 943 ressortissants au 1^{er} janvier 2010), les Turcs (39 551 ressortissants) et les Congolais (République Démocratique du Congo, 18 056 ressortissants). Ces trois groupes de nationalités représentaient 37,6% des naturalisations en 2007, soit 13 554 personnes qui ont acquis la nationalité belge pour un total de 36 063 naturalisations (SPF Economie 2008). Par ailleurs, depuis quelques années, une croissance du nombre de personnes en provenance d'Asie, principalement de Chine et d'Inde, est observée en Belgique (Schoonvaere 2010).

Les motivations professionnelles et le regroupement familial sont les deux motifs de migration légale les plus fréquents. Suite à l'arrêt de la migration* de travail en 1974, le regroupement familial arrive largement en tête en ce qui concerne les demandes de permis de séjour (FRB 2011). Une personne étrangère, établie légalement en Belgique, a le droit de faire venir son conjoint et ses enfants mineurs d'âge et, sous certaines conditions, d'autres personnes de sa famille. Ce point est essentiel depuis que de nombreux jeunes issus de la migration se marient avec des ressortissants de leur pays d'origine. Cette mesure est également valable pour des Belges ou des Européens mariés à des personnes d'origine non Européenne ou parents d'enfants dans la même situation.⁵ Parallèlement, la réunification familiale concerne également les personnes âgées mais dans une proportion plus marginale: 2% de personnes accueillies dans le cadre du regroupement familial sont âgées de plus de 59 ans (FRB 2011). Leur faible représentation ne doit pas pour autant occulter la problématique du vieillissement de la population migrée (Moulin *et al.* 2006 ; Perrin 2004). De plus, l'année 2012 a été choisie comme Année Européenne du Vieillessement Actif et de la Solidarité

⁴ Données du SPF Economie <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/structure/natact/index.jsp>

⁵ Au moment de finaliser ce rapport, des changements ont été apportés à la législation concernant le regroupement familial entre Belges et personnes d'origine étrangère.

entre Générations⁶, indiquant l'importance de prendre en compte ce thème dans tous les pays Européens.

Parallèlement à la migration pour des motifs professionnels et/ou familiaux, de nombreuses personnes entrent sur le territoire belge pour demander l'asile, pour des motifs politiques, économiques ou climatiques. En 2009, 17 186 demandes d'asile ont été introduites, ce qui représente 22 785 personnes. Ce chiffre est en augmentation par rapport à 2008 où 12 252 demandes d'asile avaient été introduites, soit 15 588 personnes (Fedasil 2010). Malgré une baisse de près de 30% entre les années 2005 et 2006, le nombre de demande d'asile est de nouveau en augmentation, aussi bien en Belgique que dans le reste de l'Europe (Fedasil 2010). Pour l'année 2009, les demandeurs d'asile* viennent essentiellement d'Arménie (15,3%); de Russie, Tchétchénie y compris (11,3%); et du Kosovo (10,4%). En ce qui concerne les mineurs non accompagnés*, 31,7% des mineurs non accompagnés demandeurs d'asile viennent d'Afghanistan, 18,6% de Guinée et 6,6% d'Irak (Fedasil 2010)⁷. De janvier 2011 à mars 2011, 483 mineurs non accompagnés ont demandé l'asile en Belgique. En 2010, ils étaient 896 pour les 12 mois (CGRA 2011).

Du côté des personnes en situation de séjour précaire* sur le territoire belge, la situation est plus confuse. En raison de leur statut irrégulier*, il est difficile de quantifier combien de personnes sont actuellement dans cette situation. Par ailleurs, le groupe est également très hétérogène, que ce soit en termes de pays d'origine ou de projet migratoire. Afin d'améliorer l'identification du nombre et des besoins de ces personnes pour le système de santé, certaines pistes suggèrent de dénombrer et d'analyser les attestations d'aide médicale urgente⁸.

2.2 Aperçu épidémiologique : migration et santé

Depuis une décennie, la santé publique s'intéresse aux migrants et minorités ethniques (ci-après MME)⁹. Les MME présentent généralement un état de santé plus précaire que la population belge ou autochtone¹⁰ dans le domaine des maladies infectieuses (Zuppinger 2000), de la santé subjective* (Lorant *et al.* 2008), de la santé mentale (Bhugra 2004; Derluyn, Broekaert & Schuyten 2008; Llloyd 2006) et des affections chroniques (Demarest *et al.* 2006; Van der Heyden *et al.* 2010).

La prévalence de mauvaise santé subjective et d'affections chroniques de longue durée est hétérogène au sein des MME résidant en Belgique. Cette disparité dans les données

⁶ Voir : <http://ec.europa.eu/social/ey2012.jsp>.

⁷ Concernant la population des mineurs non accompagnés, nous devons préciser que seulement une partie d'entre eux demande l'asile en Belgique; un groupe important d'entre eux bénéficie d'autres statuts de protection, notamment le statut de protection spéciale pour mineurs non accompagnés. Se rapporter aux publications de Derluyn & Broekaert 2007, 2008.

⁸ Toute personne en séjour illégal et ne disposant pas de moyens financiers pour payer elle-même ses frais médicaux peut demander au CPAS de son lieu de séjour de prendre ces frais en charge. La procédure appliquée dans pareil cas s'appelle « procédure de l'Aide Médicale Urgente (AMU) pour personnes en séjour illégal ». (Définition extraite du site de MedImmigrant : <http://www.medimmigrant.be>)

⁹ Dans le texte qui suit, nous désignons le public visé par le vocable « migrants et les minorités ethniques ». Pour une définition de ce concept, voir le chapitre 1, section 1.4.

¹⁰ Littéralement « autochtone » désigne les habitants d'un pays par opposition à « allochtone » (Kruispunt Migratie 2011). Les inégalités de santé liées à l'ethnicité se présentent en comparant un groupe favorisé de par son appartenance ethnique face à un groupe défavorisé sur le plan de la santé de par son appartenance ethnique. Population autochtone désigne dès lors ce groupe majoritaire et favorisé de par son appartenance ethnique (Hanquinet *et al.* 2006). Bien qu'il existe des limites à cette catégorisation, il s'agit en général des populations dites « blanches » dont les traits culturels et religieux reflètent la tendance dominante de la société dans laquelle ils vivent.

épidémiologiques est également liée, en partie, au focus des études sur certains groupes spécifiques comme les Turcs ou les Marocains. Il ressort néanmoins que les MME d'origine turque ou marocaine ainsi que les ressortissants de l'Europe du Sud présentent un risque plus important de mauvaise santé subjective et d'affections chroniques que la population belge (Lorant *et al.* 2008). La prévalence du diabète de type 2 est également plus élevée chez les Turcs et Marocains que chez les Belges, en particulier parmi les femmes (Vandenneede & De Boossere 2009). Par rapport à la dépression, l'anxiété et aux psychoses, les Turcs et Marocains résidant en Belgique sont plus à risque que les Belges de développer une dépression majeure ou un syndrome d'anxiété chronique (Fossion *et al.* 2002 ; Levecque *et al.* 2007, 2008). Des résultats similaires ont été trouvés dans d'autres pays comme les Pays-Bas (Uitenbroek & Verhoeff 2002) ou le Royaume-Uni (Dixon-Woods 2005 ; Lindert 2008). Ces différences d'état de santé entre MME et population autochtone sont en grande partie dues à un contexte socioéconomique plus défavorable (Fossion *et al.* 2002, 2004 ; Lorant *et al.* 2008 ; Perrin *et al.* 2007).

Cependant, dans certains cas, le risque de morbidité des MME reste plus élevé, même après ajustement pour les variables socio-économiques (Vandenneede & De Boossere 2010), indiquant que d'autres facteurs de risque, comme les expériences traumatisantes, les caractéristiques sociales et sociodémographiques (comme la séparation des parents ou le sexe féminin), le racisme et la discrimination influencent l'état de santé des MME (Derluyn & Broekaert, 2007, 2008).

Par ailleurs, de nombreux travaux ont montré des inégalités dans l'accès, l'utilisation et la qualité des soins entre MME et la population autochtone (Dixon-Woods 2005 ; Lindert 2008 ; Uiters 2007). Dans le cas des soins de santé primaires*, les MME d'origine turque et marocaine ont, en comparaison avec la population belge autochtone, moins souvent un généraliste de référence, font moins de dépistage et de vaccinations (Anson 2001), ce qui correspond à la situation des Pays-Bas (Uiters 2007). Ces groupes ont également moins accès à la médecine de spécialité tant aux Pays-Bas qu'en Belgique (Demarest *et al.* 2006 ; Stronks *et al.* 2001).

Les MME en situation de séjour précaire ont, quant à eux, trois fois plus de risque d'avoir une mauvaise santé subjective que le reste de la population européenne. Les MME en situation de séjour précaire souffrent de troubles ostéoarticulaires, de problèmes de santé mentale et de maladies digestives (Chauvin *et al.* 2009). Par ailleurs, les personnes en séjour précaire ont un réseau social restreint et près de la moitié ont été victime d'actes de violence en Belgique ou ailleurs (MSF/AZG, 2008). Dans une étude menée par MSF Projets Belges, 58% des personnes en séjour précaire interrogées présentaient des troubles dépressifs. En comparaison, les troubles dépressifs représentaient moins de 30% dans l'échantillon des personnes directement victimes de la catastrophe de Ghislenghien (MSF/AZG, 2008). De plus, en Suisse, les femmes en séjour précaire ont plus de grossesses non-désirées et retardent leurs soins prénataux en comparaison avec des femmes en situation légale (Wolff *et al.* 2008).

Divers obstacles limitent l'accès aux soins pour les personnes en séjour précaire comme la méconnaissance des procédures administratives ou du système de santé, les barrières linguistiques et la peur de la dénonciation (Chauvin *et al.* 2009 ; PICUM 2004 ; Wolff *et al.* 2008).

Les demandeurs d'asile combinent, eux, les effets du trajet migratoire avec ceux, souvent délétères, de l'hébergement, voire de l'enfermement en centre selon le type d'accueil. Les résultats de différents projets soutenus par le Fond Européen des Réfugiés* (FER) mettent également en avant le manque de formation du personnel des centres d'accueil, l'insuffisance des prises en charge des personnes avec des problèmes de santé mentale (dépression, stress post-traumatique, troubles du comportement, somatisation des difficultés...) et l'effet négatif des conditions d'accueil et du cadre administratif sur la santé mentale des demandeurs d'asile (Dogniez & Post 2002). En termes de pathologies infectieuses, Van den Brande *et al.* (1997) mettent en

évidence un risque 30 fois plus élevé d'avoir la tuberculose chez les demandeurs d'asile par rapport à la population belge. Ces données sont confirmées par les rapports du Fonds des Affections Respiratoires de l'Education pour la Santé (FARES/VRGT) qui rappellent la contribution importante des demandeurs d'asile dans les données d'incidence de la tuberculose sur l'ensemble du territoire belge (FARES/VRGT 2011).

2.3 Cadre normatif au niveau international

La question de la santé des migrants et minorités ethniques n'est pas une thématique sociopolitique récente, même si elle connaît un essor particulier ces dernières années.

En 1948, la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme mettait déjà côte à côte le droit à la libre circulation, le droit d'asile et le droit à la santé (Nations Unies 1948¹¹).

Au cours des années 2000, l'Union Européenne a émis une série de directives sur des questions liées à la santé et à la migration. Ces directives ont toutes été transposées dans le droit belge (Dauvrin & Lorant 2010)¹². Dernièrement, le Parlement Européen a adopté une nouvelle résolution exhortant les Etats membres à assurer l'accès aux soins de santé pour les personnes en situation irrégulière, en séjour précaire ou d'autres groupes vulnérables¹³.

Dans l'article 22 de sa Charte des Droits Fondamentaux (2000), l'Union Européenne a rappelé que « L'Union respecte la diversité culturelle, religieuse et linguistique¹⁴ », ce qui constitue un encouragement à poursuivre dans cette voie pour les différents états membres.

En 2003, le projet « Migrant Friendly Hospitals » commençait dans 12 pays européens¹⁵ avant de déboucher, en 2004, sur la Déclaration d'Amsterdam, intitulée : « Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle »¹⁶.

S'appuyant sur les droits humains, l'assurance de qualité, la réactivité des hôpitaux, l'alphabétisation sanitaire et la diversité parmi les prestataires de soins, la Déclaration d'Amsterdam a proposé quatre principes généraux à appliquer à l'ensemble des systèmes de santé.

1. *Le développement d'un hôpital répondant aux besoins des migrants constitue un investissement en faveur de services plus individuels et plus personnalisés pour tous les patients et clients ainsi que leurs familles.*
2. *Ceci suppose une sensibilisation accrue aux expériences de la population immigrée et aux disparités et inéquités existant dans le domaine de la santé, débouchant sur des changements au niveau de la communication, des routines organisationnelles et de l'allocation des ressources.*
3. *Mettre l'accent sur la diversité ethnique et culturelle implique un risque de stéréotypage - mais le statut d'immigré, l'origine ethnique, la culture et l'affiliation religieuse ne constituent que quelques-unes des nombreuses dimensions de la complexité de l'être humain.*
4. *Le développement de partenariats avec des organisations des communautés locales et des groupes de défense d'intérêts ayant une bonne connaissance des questions concernant les immigrés et les minorités ethniques est un aspect important, susceptible de faciliter le développement d'un système de prestations plus approprié sur le plan culturel et linguistique.*

En 2006, le Conseil de l'Europe publiait une recommandation sur les soins de santé dans une société multiculturelle. Se basant sur la Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne, le Comité Ministériel a recommandé à ses membres de faire de l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services de santé dans les sociétés multiculturelles une des priorités d'action dans les politiques de soins de santé¹⁷.

¹¹ Déclaration Universelle des Droits de l'Homme <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>

¹² Rapport <http://www.eugate.org.uk/outcomes/index.html>

¹³ Résolution du Parlement européen du 8 mars 2011 sur la réduction des inégalités de santé dans l'Union européenne (2010/2089(INI)) <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2011-0081+0+DOC+XML+V0//FR>

¹⁴ Charte des Droits Fondamentaux de l'Union Européenne : http://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_fr.pdf

¹⁵ Autriche, Allemagne, Danemark, Espagne, Finlande, France, Grèce, Irlande, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède.

¹⁶ Déclaration d'Amsterdam : http://www.mfh-eu.net/public/european_recommendations.htm

¹⁷ Recommandation Rec (2006) 18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=1062769&BackC>

Du côté de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2008 voyait la publication d'une nouvelle résolution sur la santé des migrants, rappelant l'importance de promouvoir des politiques de santé sensibles à la question de la migration, notamment dans l'atteinte des Objectifs du Millénaire (Résolution WHA 61.17). Récemment, le bureau régional de l'OMS pour l'Europe a publié un rapport politique visant à soutenir les systèmes de santé dans leur lutte contre les inégalités de santé* liées à l'ethnicité et à la migration (OMS Europe 2010¹⁸). Les recommandations du groupe ETHEALTH ont trouvé leurs racines dans ce texte.

Face à ces incitations internationales croissantes, certains Etats, comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas, ont mis en place une série de mesures à l'échelon politique pour prendre en compte les besoins des populations migrantes et des minorités ethniques. Reconnaissant l'importance de la problématique et la nécessité de réduire les inégalités entre les individus, des initiatives, à la fois politiques et citoyennes, ont vu le jour. En autres exemples, le programme « Checking for Change¹⁹ » dans le système de santé britannique a identifié une série d'actions que les services de santé peuvent mettre en place pour réduire les inégalités entre les MME et les autochtones.

¹⁸ Recommandations de l'OMS Europe <http://www.euro.who.int/fr/what-we-publish/abstracts/how-health-systems-can-address-health-inequities-linked-to-migration-and-ethnicity>

¹⁹ Checking for Change <http://www.healthscotland.com/uploads/documents/6284-Checking%20for%20Change%20-%20How%20To.pdf>

2.4 Etat de la question en Belgique

Depuis 1999, le SPF Santé Publique finance la présence de médiateurs interculturels dans les hôpitaux généraux et dans les hôpitaux psychiatriques. Parallèlement, des soignants, des institutions ou des patients mettent en place des interventions visant à promouvoir une plus grande sensibilité face à aux questions interculturelles dans les soins de santé.

Cependant, la question de la migration et de la santé n'a jamais été abordée en profondeur en Belgique malgré les travaux récents des « Assises de l'Interculturalité »²⁰ et du groupe « Tackling Health Inequalities in Belgium »²¹ (TAHIB 2010) qui ont ouvert la voie au débat. Récemment, le projet EUGATE²², financé par la Commission Européenne, a synthétisé les avis d'experts belges et internationaux sur les facteurs constituant des bonnes pratiques dans l'accès et la provision de soins pour les migrants. Parmi les facteurs de bonnes pratiques, les experts belges ont émis quelques recommandations spécifiques pour la Belgique. Ils ont notamment pointé l'importance d'avoir une politique qui assure un accès direct et indirect aux soins pour les migrants. Par ailleurs, deux autres recommandations du projet EUGATE concernent la mise en réseau des experts et le développement des connaissances²³. Ces deux recommandations renforcent la nécessité de mettre en place une concertation approfondie sur la migration et la santé en Belgique. De plus, il apparaît que la Belgique est largement à la traîne par rapport à ses voisins comme les Pays-Bas, l'Allemagne ou le Royaume-Uni.

Une comparaison entre la Belgique et l'Ecosse (Lorant & Bhopal 2010) montre que la Belgique présente des inégalités de santé à l'égard des MME plus importantes qu'en Ecosse et manque d'une stratégie claire pour lutter contre ces inégalités. Notre pays devrait se doter d'un cadre normatif clair et ambitieux pour réduire les inégalités de santé à l'égard des migrants et minorités ethniques (Lorant & Bhopal 2010).

La prise en compte des inégalités de santé chez les MME peut avoir également un impact positif sur le plan économique dans l'ensemble du système de santé. L'introduction d'interprètes pour les MME n'augmente pas les coûts pour le système de santé, mais au contraire, tend à les réduire (Bischoff & Denhaerynck 2004). La prise en compte des différences interculturelles permet de réduire le risque d'erreurs de diagnostic et d'améliorer la compliance des patients, l'adéquation des traitements médicamenteux ainsi que le dépistage et le suivi régulier des patients (Brach & Fraser 2002). Le système de santé belge a non seulement un intérêt de santé publique et d'équité à prendre en compte les inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques mais également des intérêts économiques et structurels.

²⁰ Suite à l'accord du gouvernement fédéral du 18 mars 2008, il a été prévu de lancer des « Assises de l'Interculturalité. « Dans le cadre du développement d'une société ouverte et tolérante, le gouvernement favorisera le respect de nos valeurs démocratiques communes et organisera des « Assises de l'Interculturalité » composées de l'ensemble des représentants concernés et chargées de formuler des recommandations au gouvernement en vue de renforcer la réussite d'une société basée sur la diversité, le respect des spécificités culturelles, la non-discrimination, l'insertion et le partage des valeurs communes. » Information extraite du site <http://www.interculturalite.be/>

²¹ Sous l'égide de la Fondation Roi Baudouin, le groupe TAHIB s'est interrogé sur les inégalités en santé en Belgique et a débouché sur une série de recommandations publiées en octobre 2010. Site du projet : <http://www.kbs-frb.be/otheractivity.aspx?id=193904&LangType=2060>

²² EUGATE est un projet cofinancé par la Direction Générale de la Santé et des Consommateurs de l'Union Européenne. Son but est de mettre en valeur et de propager les bonnes pratiques qui permettent de prendre en charge les besoins des immigrés. Plus d'informations : <http://www.eugate.org.uk/>

²³ Le rapport du projet EUGATE pour la Belgique est disponible à l'adresse : <http://www.eugate.org.uk/outcomes/index.html>

CHAPITRE 3: CONSTATS ET RECOMMANDATIONS

Le groupe d'experts ETHEALTH a souhaité émettre des recommandations en matière d'accessibilité et de qualité des soins de santé pour les migrants et minorités ethniques. Ces recommandations sont organisées selon le modèle « CSDH Equité » de la Commission sur les Déterminants Sociaux* de la Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (2008, 2010). Ces recommandations spécifiques, élaborées dans ce chapitre, sont précédées par quelques principes généraux. Ces principes généraux doivent, selon le groupe d'experts ETHEALTH, être considérés comme des principes directeurs pour l'élaboration des recommandations spécifiques ultérieures.

3.1 Modèle CSDH Equité

Le présent rapport organise ses résultats selon le modèle « CSDH²⁴ Equité », développé par la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé de l'OMS dans le cadre de son projet « Closing the Gap : Equité dans la santé à travers des actions sur les déterminants sociaux » (OMS 2010).

Ce modèle permet de lier les bases théoriques des inégalités de santé avec des stratégies d'actions concrètes et orientées. De plus, son organisation en cinq niveaux hiérarchiques permet de rendre compte des diverses influences sur les inégalités de santé et d'identifier le niveau le plus pertinent à cibler lors des interventions.

Si l'organisation hiérarchique de ce modèle est utile à la compréhension des phénomènes en jeu, les interventions, elles, doivent s'articuler autour d'une approche concentrique. Les différents niveaux peuvent et doivent être pris en charge simultanément. Cette approche concentrique a été développée plus en détails par Whitehead & Dahlgren (1991)²⁵.

En termes de cadre analytique, le point d'entrée se situe au niveau des différences dans les résultats de santé. A partir de ce niveau, une double approche est nécessaire :

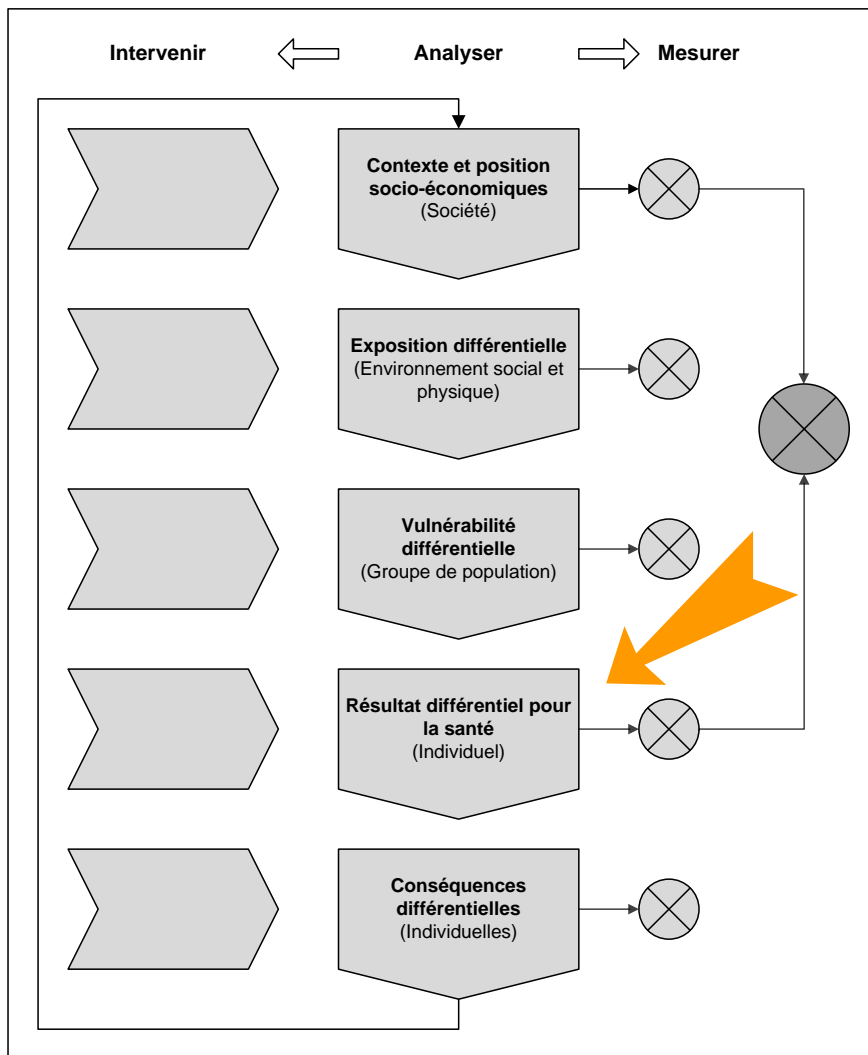
- 1) une approche ascendante pour comprendre l'origine des différences ;
- 2) une approche descendante pour identifier quelles en sont les conséquences.

Dès lors que les différents mécanismes causals sont mis en évidence, des interventions peuvent être proposées. Ces interventions doivent prendre en compte les points d'entrée pertinents pour le problème considéré.

²⁴ Abréviation pour « Commission of Social Determinants of Health »

²⁵ Pour plus d'informations, se reporter à la section « Lectures complémentaires »

Figure 1 : Cadre analytique pour les conditions prioritaires de santé publique (OMS 2010)



Source : OMS Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, 2008

Niveau 1 : Contexte et positions socioéconomiques

Le contexte et la position socio-économique représentent le niveau le plus macro dans l'approche des inégalités de santé. Par contexte, il faut entendre la gouvernance, les politiques sociales, les politiques macroéconomiques, les politiques publiques ainsi que les valeurs et la culture de la société. Le niveau 1 concerne quatre composantes : le cadre réglementaire, la protection sociale, les politiques publiques au sens large (emploi et éducation) et la culture.

ETHEALTH a identifié les éléments suivants :

- (1) disposer des informations via l'enregistrement des données
- (2) coordonner les actions pour obtenir une stratégie globale et cohérente entre les différents niveaux de pouvoirs
- (3) former et agréer des professionnels de santé culturellement compétents.

Niveau 2 : Exposition différentielle

Au plus la position sociale est favorable, au moins l'individu est exposé à des facteurs de risque, tels les risques matériels, psychosociaux et comportementaux. Le niveau 2 concerne l'action visant à réduire les inégalités de ressources, de comportements à risque ou d'exposition défavorables à la santé : promotion de la santé, éducation à la santé, prévention primaire-secondaire, promotion des environnements favorables à la santé.

ETHEALTH a retenu deux aspects :

- (1) la réduction des inégalités socio-économiques à l'égard des MME
- (2) la prévention de la santé, la promotion de la santé et l'éducation à la santé culturellement compétente.

Niveau 3 : Vulnérabilité différentielle

A niveau d'exposition égal aux facteurs de risque, certains groupes vont en subir différemment les effets d'une part à cause de leur environnement social, économique et culturel ; d'autre part, suite à des facteurs liés à leurs parcours de vie. La vulnérabilité ne concernera plus l'ensemble de la société mais des groupes d'individus plus ou moins larges. Le niveau 3 concerne des actions sur des groupes plus vulnérables, par exemple les enfants et les femmes.

ETHEALTH a identifié trois groupes vulnérables :

- (1) les demandeurs d'asile et les personnes en séjour précaire
- (2) les migrants et minorités ethniques ayant des problèmes de santé mentale
- (3) les femmes.

Niveau 4 : Résultats différentiels

Ce niveau vise à ce que chacun reçoive les soins dont il a besoin dans une forme qui lui est la plus bénéfique. Concrètement, cela se traduit par une réduction de toutes les différences systématiques dans les résultats de santé entre les différents groupes socio-économiques. Cette réduction vise à rapprocher tous les groupes socio-économiques du niveau de santé du groupe le plus advantagé.

ETHEALTH a retenu les éléments suivants :

- (1) des soins accessibles* et de qualité* en première ligne
- (2) des soins culturellement compétents.

Niveau 5 : Conséquences différentielles

A nouveau, les conséquences s'exprimeront avec plus ou moins de sévérité au niveau individuel. Sous l'influence des niveaux précédents, des différences s'observent en termes de morbidité, de mortalité et d'incapacité. Par ailleurs, un mauvais état de santé a différentes conséquences pour l'individu sur le plan social et économique : perte de revenus, diminution des capacités à travailler, isolement voire exclusion sociale. Une amélioration dans les différents indicateurs de morbidité, de mortalité et d'incapacité permet d'évaluer l'impact des interventions.

3.2 Principes directeurs

Les principes directeurs généraux suivants ont servi de trame de fond à l'élaboration des recommandations spécifiques. Ils constituent les étapes importantes dans la mise en forme de soins de santé plus accessibles et de meilleure qualité pour les migrants et les minorités ethniques:

(1) Les migrants et minorités ethniques forment une **population extrêmement hétérogène** présentant de nombreuses différences en matière de passé, trajet migratoire, condition de vie actuelle ou de trait culturel. Cette hétérogénéité implique une approche **individualisée**²⁶ et, pour chaque dispensation de soins, il y a lieu de partir de l'histoire de chaque individu séparément. Cela implique, entre autres, d'éviter les généralisations et stéréotypes. De plus, chaque nouvelle vague de migration apporte une population migrante différente sur le plan du passé, de la nationalité et des attentes. Cette notion implique également la nécessité d'une approche extrêmement **flexible** avec une adaptation continue des prestataires et des services, par exemple grâce au modèle centré sur le patient. Cette approche individualisée et flexible ne dispense pas de tenir compte des influences des déterminants sociaux auxquels sont soumis les individus en tant que groupes humains.

(2) La gestion doit toujours tendre vers une gestion **inclusive**, ce qui signifie que toute offre de soins doit être accessible et adaptée à tous les groupes de population. Si nécessaire, une offre supplémentaire temporaire et catégorielle peut être créée pour une population spécifique, mais cette offre doit rester limitée dans le temps et le but final doit rester l'orientation vers l'offre la plus générale.

(3) L'approche de la personne doit toujours être **globale**. Même pour les soins de santé, il faut éviter de se limiter à la santé physique, mais au contraire tenir compte des autres aspects de la vie et de la santé des individus comme, entre autres, leurs relations sociales, leur bien-être psychologique, leurs conditions de travail et de logement.

(4) Le contexte socio-économique, la culture et la communication doivent servir de fil rouge aux professionnels de la santé. Ceci vaut pour le travail avec tous les groupes cibles et ne peut donc pas être limité au travail avec les groupes parlant une langue différente ou venant d'une culture différente.

²⁶ Cette approche nécessite d'allier la Narrative-Based Medicine à l'Evidence-Based Medicine dans les pratiques de soins des professionnels de la santé.

3.3. Recommandations spécifiques

Les recommandations spécifiques suivantes du groupe ETHEALTH sont regroupées selon le modèle « CSDH Equité » susmentionné. Néanmoins, elles ne peuvent pas être considérées séparément et doivent être lues et réalisées en cohérence avec les principes directeurs (cf. 3.1).

3.3.1. Niveau 1 : Contexte et position socioéconomique

ETHEALTH a identifié les éléments suivants :

- (1) disposer des informations via l'enregistrement des données
- (2) coordonner les actions pour obtenir une stratégie globale et cohérente entre les différents niveaux de pouvoirs
- (3) former et agréer des professionnels de santé culturellement compétents.

a. Disposer des informations via l'enregistrement des données

Les experts ont souligné que l'absence de données sur l'origine ethnique et/ou la nationalité de la personne et de ses (grand-) parents dans les enquêtes de santé et dans les statistiques hospitalières nuit à l'élaboration de programmes efficaces en matière de lutte contre les inégalités.

Cette affirmation a été validée par ailleurs (Fulton 2010 ; Nerenz 2005). Les études et les recommandations internationales (OMS, Conseil de l'Europe, EUGATE) mettent en avant l'importance de documenter la situation des MME. La directive européenne 2000/43/CE²⁷ portant sur le traitement égal a lancé le débat de la catégorisation ethnique dans de nombreux pays européens. En effet, son application stipule que les états membres doivent mettre en œuvre un monitoring de la discrimination. Dans certains pays, comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, les statistiques « ethniques » sont devenues un instrument indispensable pour l'identification des pratiques discriminatoires, que ce soit sur le marché du travail, dans l'enseignement ou les soins de santé. La Belgique pourrait s'inspirer de ces pratiques comme celles développées en Ecosse, en Suisse, ou encore de l'expérience de la communauté flamande en ce qui concerne le marché de l'emploi (VDAB).

Par ailleurs, en 2006, le consortium interuniversitaire Charles Ullens a publié, sous l'égide de la Fondation Roi Baudouin, un rapport en quatre tomes « Enquêtes et recherches quantitatives sur les minorités ethniques en Belgique » (Hanquinet *et al.* 2006). Dès lors, il serait utile et efficace de reprendre ces travaux et de les appliquer au recueil de données dans le domaine des soins de santé.

La Loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 indique bien que la collecte de données sur l'ethnicité ou la culture concernant des données sensibles et donc que son recueil est, à priori, interdit. Cependant, les différents Arrêtés Royaux, les avis de la Commission de Protection de la Vie Privée et la jurisprudence (Ringelheim 2010) laissent penser que la collecte des données ethniques reste possible sous certaines conditions : si la finalité est explicite et légitime (ex : dans un but scientifique ou de santé publique), si les données sont traitées anonymement et loyalement et si les données sont pertinentes, exactes et mises à jour.

Le groupe de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP/WIV) organisant l'enquête nationale de santé par interview (ci-après HIS) met en avant deux difficultés à collecter des données sur

²⁷ Texte complet en français : <http://cet.lu/wp-content/uploads/2010/08/CE4.pdf>

l'ethnicité ou la migration. D'une part, l'Institut National de Statistiques (coorganisateur de l'enquête HIS) ne peut légalement collecter ce type de données ; d'autre part, la population MME nécessite un échantillonnage spécifique, ce qui requiert des ressources complémentaires. Le SPF Santé Publique est actuellement un des commanditaires de l'enquête HIS : il pourrait donc augmenter sa contribution financière à l'HIS, dans le cadre du soutien à ses compétences sur la médiation interculturelle dans les hôpitaux.

Le projet européen MIGHEALTHNET est un ensemble de bases de données de type WIKIPEDIA en accès libre. Une quinzaine de pays européens en dispose et dissémine de la sorte des publications scientifiques, des rapports ou encore des événements sur le thème de la santé et de la migration dans leur pays. Un site hôte dissémine les mêmes informations au niveau international. Cette base de données a été lancée pour la Belgique mais, faute de moyens financiers, elle est restée à un stade embryonnaire²⁸. Ce type d'initiatives mérite un intérêt plus grand de la part des autorités publiques.

Recommandation 1.1 : Introduire auprès de la Commission de Protection de la Vie Privée une demande d'enregistrement systématique de données sur la santé des personnes issues des minorités ethniques, culturelles et/ou religieuses au moyen d'un système de monitoring continu. Ce monitoring doit également intégrer, dans la mesure du possible, des indicateurs liés aux déterminants sociaux de la santé.

Recommandation 1.2 : Ajouter un échantillon complémentaire à l'enquête de santé par interview menée par l'Institut de Santé Publique, afin que cette enquête nationale de santé puisse donner des estimations relatives aux MME.

Recommandation 1.3 : Encourager l'étude de la santé (physique, mentale et sociale) et des soins de santé des migrants et des minorités ethniques de Belgique.

b. Coordonner les actions pour obtenir une stratégie globale et cohérente entre les différents niveaux de pouvoirs

La Belgique dispose d'un système de santé fédéralisé avec cinq niveaux de pouvoir compétents dans différents domaines touchant à la santé (Gerken & Merkur 2010). Cela peut poser des problèmes de coordination en particulier pour la prise en charge de la santé des MME. Ces problèmes de coordination sont particulièrement flagrants dans certains domaines comme celui de l'aide médicale urgente. Les Conférences Interministérielles ont permis d'améliorer cette coordination pour la santé mentale, le dépistage du cancer ou de la vaccination contre l'hépatite. Elles pourraient donc être convoquées pour promouvoir une stratégie globale et intégrée de la promotion de la santé à l'égard des MME.

²⁸ <http://www.mighealth.net/be>

Recommandation 1.4 : Améliorer la coordination entre les niveaux d'actions fédérales (p.e. les soins hospitaliers et le contrôle de la formation des médecins/infirmiers), régionales, communautaires (p.e. l'agrégation des institutions de santé, la promotion de la santé, le financement des soins de santé primaire) et communales (aide médicale urgente).

Recommandation 1.5 : Encourager les autorités sanitaires belges (SPF Santé Publique, SPF Intégration Sociale, INAMI-RIZIV et les autres instances politiques ayant des compétences dans le domaine de la santé) à participer aux réseaux internationaux en matière de soins de santé interculturels tel que le réseau « Migrant-Friendly Hospitals ».

c. Former et agréer des professionnels de la santé culturellement compétents

Les initiatives et les études présentées lors des différentes rencontres du groupe ETHEALTH soulignent l'importance de la formation des professionnels de la santé aux compétences interculturelles. La déontologie²⁹ des professionnels de santé n'est pas suffisamment ancrée dans les pratiques que pour promouvoir des soins de santé culturellement compétents. Il est important de sensibiliser les professionnels de la santé à l'interculturalité et à la diversité, et de les former à la prise en charge de patients de culture différente, en évitant toutefois le piège des projections et stéréotypes culturels. Des thèmes possibles de formation sont le travail avec des interprètes et des médiateurs culturels, côtoyer des modes d'action et de pensées culturellement différents par le biais d'échanges internationaux entre les professionnels de soins (à l'instar des programmes ERASMUS pour les étudiants), l'intégration des représentations de la santé et de la maladie, l'appréhension des stéréotypes culturels et ethniques, les aptitudes à reconnaître et gérer le racisme et/ou la discrimination ou encore la valorisation des expériences à l'étranger dans le cursus de base des prestataires des soins. Ces formations doivent viser à un renforcement des compétences de tous les professionnels de la santé et pas uniquement de ceux désireux de travailler avec les MME.

Travailler uniquement au niveau des professionnels est cependant insuffisant. Les services de soins doivent soutenir et valoriser les compétences interculturelles des prestataires de soins. La prise en compte de la diversité culturelle dans les services de santé est partie intégrante des processus de qualité des soins. De plus, au sein même des prestataires de soins, la diversité ethnique et culturelle est une réalité à intégrer. La concordance ethnique entre un soignant et son patient est un des facteurs contribuant à la qualité des soins (Cooper-Patrick *et al.* 1999, Saha *et al.* 1999).

Le projet « Migrant Friendly Hospitals³⁰ », à l'instar des réseaux « Hôpitaux Amis des Bébés » ou des « Hôpitaux Promoteurs de la Santé », a été développé dans 12 pays européens (Schulze *et al.* 2003). Les interventions et les outils d'évaluation construits dans le cadre de ce projet peuvent servir de base à une expérience similaire en Belgique (Cuadra & Cattacin 2007).

²⁹ A savoir l'ensemble des règles morales et de bonne conduite régissant l'exercice d'une profession.

³⁰ Financé par la Direction Générale de la Santé et des Consommateurs, le projet Migrant Friendly Hospitals a rassemblé 12 hôpitaux pilotes en Europe qui ont accepté d'évaluer leur prise en charge des patients migrants. Suite à ces évaluations, les hôpitaux ont mis en places des projets de changement articulés autour de la formation des professionnels, de l'utilisation des interprètes et de la promotion de la santé mère-enfant. Plus d'informations : <http://www.mfh-eu.net/public/home.htm>

Par ailleurs, l'expérience suisse est un bon exemple de la prise en compte des MME dans un Etat fédéral avec différents régimes linguistiques³¹ (OFSP 2007). La Suisse a développé de nombreux programmes de soins interculturels intégrés dans le système de formation des soins en général (OFSP 2011). Des projets de formation continue à destination des professionnels de santé sont soutenus. Par ailleurs une formation en interprétariat communautaire fait l'objet d'un agrément et d'un financement spécifique par les autorités fédérales suisses³².

Recommandation 1.6 : Intégrer les compétences culturelles dans le cursus médical et susciter le même débat dans les milieux infirmier, paramédical et social en général. La formation étant une compétence communautaire tandis que l'agrégation du diplôme de médecin ou d'infirmier est une compétence fédérale, une piste serait d'intégrer des normes minimales (par exemple concernant des compétences de travailler avec des migrants et minorités ethniques) dans toutes les formations des acteurs de la santé et du social comme recommandé par certains auteurs (Zambrana 2004).

Recommandation 1.7 : Favoriser l'orientation des migrants et des minorités ethniques vers toutes les formations de soins, et pas uniquement vers les professions d'aides-soignants. Ceci peut contribuer à diversifier, d'un point de vue ethnique et culturel, les équipes de soins de santé.

3.3.2. Niveau 2 : Différences dans l'exposition

ETHEALTH a retenu deux aspects liés à l'exposition différentielle:

- (1) la réduction des inégalités socio-économiques à l'égard des MME
- (2) la prévention de la santé, la promotion de la santé et l'éducation à la santé culturellement compétente, incluant le renforcement de la santé communautaire.

a. Réduction des inégalités socio-économiques

Le groupe ETHEALTH reconnaît que les problèmes de santé et d'accessibilité des soins des MME peuvent être liés à la précarité sociale, légale ou économique de ces groupes. L'OMS rappelle à ce propos qu'il est plus important de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé qu'aux soins de santé en eux-mêmes (OMS 2010). La recherche montre en effet qu'une partie importante de ces inégalités de santé provient des différences sociales et économiques (Lorant *et al.* 2007). De plus, le faible statut socio-économique des migrants et minorités ethniques implique fréquemment que la santé et les soins de santé ne sont pas considérés comme prioritaires.

La lutte contre la « double-peine » et les discriminations multiples doit impliquer une stratégie en amont et en aval des soins de santé (voir point 3.3.3). En amont des soins de santé, le groupe ETHEALTH ne peut que renvoyer aux recommandations des Assises de l'Interculturalité, en particulier à celles relatives à plus d'égalité inter-ethnique dans la scolarité, dans l'accès au marché de l'emploi ou du logement. Le groupe ETHEALTH s'inspire également des recommandations du rapport OMS sur la réduction des inégalités de santé chez les migrants par les systèmes de santé (OMS 2010).

³¹ Stratégie Fédérale « Migration et Santé 2008 à 2013 » en Suisse : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07688/index.html?lang=fr>

³² Pour en savoir plus sur l'interprétariat communautaire : <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07692/index.html?lang=fr>

Recommandation 2.1 : Lutter contre les discriminations à l'embauche et sur le lieu de travail et imposer aux entreprises de suivre les législations existantes, notamment la Loi contre certaines formes de discrimination du 10 Mai 2007³³ pour traiter les MME de manière équitable.

Recommandation 2.2 : Tenir compte des besoins spécifiques des MME, particulièrement des primo-arrivants, en matière de scolarité tout en évitant la création de ghettos éducatifs ou l'orientation systématique des MME vers les filières d'enseignement spécialisé.

Recommandation 2.3 : Prendre des initiatives dans divers domaines pour permettre aux migrants et aux minorités ethniques de faire leurs propres choix et de prendre le contrôle de leur propre vie : apprentissage de la langue de leur milieu de vie, participation à la vie sociale locale.

b. Prévention des problèmes de santé, promotion de la santé et de l'éducation à la santé culturellement compétente, incluant le renforcement de la santé

La littérature montre que les taux de couverture de la prévention primaire et secondaire sont plus faibles chez les MME que dans la population d'origine belge (Anson 2001). Les experts auditionnés par ETHEALTH confirment ce constat en particulier pour la couverture de mammographie chez les femmes, le dépistage du cancer du col de l'utérus, la prophylaxie de la tuberculose, la prévention et le suivi de certaines maladies chroniques comme l'hypertension ou le diabète de type 2. Cependant, l'identification de certains problèmes spécifiques ne doit pas faire oublier les autres pathologies et aspects de santé comme la santé mentale et la promotion de la santé.

L'accessibilité de la prévention aux migrants et minorités ethniques est un problème récurrent dans de nombreux pays européens. Cela résulte de facteurs liés aux MME, aux professionnels de la santé et à l'organisation des soins. Il est important d'utiliser des médias d'information (programmes de télévision, affiches ou brochures) dans la langue des groupes ciblés. De plus, les représentations de la santé et de la maladie doivent également être intégrées dans les programmes de prévention et de promotion de la santé. Le rapport à la nourriture, à la nudité et à la famille sont, entre autres, également des facteurs dont il faut tenir compte dans l'élaboration des campagnes de prévention des problèmes de santé / promotion de la santé.

Par ailleurs, de nombreuses associations avec une action locale, régionale ou nationale proposent des outils de promotion et de prévention adaptés culturellement et linguistiquement. Cependant, les associations actives dans ce secteur manquent encore de reconnaissance et de soutien pour continuer à élaborer et pour diffuser largement de tels outils.

S'appuyant sur les travaux récents des Assises de l'Interculturalité (2010), le groupe ETHEALTH recommande à son tour :

Recommandation 2.4 : Analyser et réduire les freins à la prévention au sein des minorités ethniques, culturelles et/ou religieuses par les professionnels des différentes disciplines (sociologie, anthropologie, psychologie, éducation du patient, santé publique), avec pour objectif de mettre sur pied des programmes d'information et de sensibilisation ainsi que des actions de prévention efficaces. Ces programmes et ces actions doivent être conçus en partenariat avec les publics concernés et les professionnels de santé travaillant avec eux.

³³ http://www.cntr.be/index.php?action=wetgeving_detail&id=15&select_page=12&select_page=12.

Recommandation 2.5 : Sensibiliser les soignants de première ligne aux risques majorés que courent les migrants et les minorités ethniques de contracter ou de développer certains problèmes, comme la tuberculose, tout en évitant une « ethnification » ou une « racialisation » de la maladie.

Recommandation 2.6 : Intégrer des actions préventives (par exemple les soins prénataux ou le screening du cancer du sein) de façon structurelle dans l'offre existante de la première ligne.

Recommandation 2.7: Adopter des initiatives proactives pour fournir des informations appropriées et compréhensibles sur le système de soins de santé aux MME, ce qui passe par un rappel du rôle d'information auprès de leurs affiliés que doivent jouer les mutuelles. Des patients mieux informés peuvent mieux utiliser le système de soins de santé et donc éviter les démarches coûteuses voire inutiles.

Améliorer la prévention et la promotion de santé parmi les MME passe notamment par le développement et le renforcement des approches de santé communautaire (Chrisman 2007). Par le biais du diagnostic communautaire, la santé communautaire permet de prendre en compte les besoins spécifiques des populations à l'échelle d'un quartier et de mettre en place les interventions les plus pertinentes à l'échelon local. Les habitants des quartiers sont des acteurs à part entière du projet. De plus, la santé communautaire s'inscrit dans une logique de partenariat et d'interdisciplinarité avec l'ensemble des acteurs concernés par la problématique. Les approches de santé communautaire sont basées sur les modèles d'intervention complexe, qui sont reconnus comme ayant un impact positif sur la réduction des inégalités de santé (Edwards *et al.* 2008, MacElmurry *et al.* 2003, Roman *et al.* 2009).

Il existe actuellement des programmes de formation d'infirmier(e)s en santé communautaire au sein de la Communauté française. Ces programmes sont similaires aux programmes de formation de « sociaal verpleegkundige » existants en Communauté flamande. Cependant, l'atout majeur de l'infirmière en santé communautaire est de posséder un diplôme complet de soins infirmiers associé à une année complète de formation uniquement centrée sur la santé communautaire. Le focus sur l'approche communautaire allié au développement des compétences en promotion de la santé font de ces professionnels de la santé des acteurs clés dans la problématique de la santé des migrants. De plus, certaines universités dispensent un programme de master en santé communautaire. Ces professionnels de la santé devraient être renforcés dans leur rôle sur le terrain, notamment dans la coordination entre les patients, les familles et les soignants.

Par ailleurs, à l'instar d'autres spécialisations dans les soins infirmiers, la spécialisation en santé communautaire pourrait être intégrée dans les normes d'agrément de certains services de première ligne.

Recommandation 2.8 : Considérer la santé communautaire comme une activité principale des services de soins de santé primaires et non comme une activité secondaire. Cette plus grande attention passe par un renforcement de la formation des professionnels mais également par un soutien financier des structures de soins.

Recommandation 2.9 : Tenir compte, dans la mesure du possible, du contexte du patient dans l'offre de soins de santé, en particulier pour les traitements de longue durée et/ou résidentiels, de sorte que le client sente un soutien suffisant par rapport à son contexte et dès lors, que le risque d'abandon du traitement soit réduit.

Recommandation 2.10 : Valoriser les programmes de formation d’infirmier(e)s en santé communautaire, tant dans les écoles supérieures que sur le terrain, notamment en insérant la santé communautaire dans les normes d’agrément de certains services de soins de santé primaire.

3.3.3. Niveau 3 : Différences dans la vulnérabilité

ETHEALTH a identifié trois groupes vulnérables cumulant plusieurs facteurs de risque :

- (1) les demandeurs d'asile, les sans-papiers et les personnes en séjour précaire
- (2) les migrants et minorités ethniques ayant des problèmes de santé mentale
- (3) les femmes.

a. Les demandeurs d'asile et les personnes en séjour précaire

L'aide médicale urgente est un outil législatif original qui permet à la Belgique de garantir l'accès aux soins de santé à toute personne en se trouvant en situation de séjour précaire sur son territoire et ne disposant pas d'une couverture d'assurance soins de santé. Les experts ont auditionnés des acteurs confrontés à l'application de ces dispositions légales et ont pris connaissance de plusieurs rapports portant sur l'accès aux soins de santé des personnes en séjour précaire (Chaoui Mezabi & Casman 2009 ; Chauvin *et al.* 2007, 2009 ; Dauvrin & Lorant 2011 : Dauvrin *et al.* soumis; PICUM 2002). Il apparaît que l'application de l'Arrêté Royal sur l'aide médicale urgente est problématique et organisée de manière erratique. De plus, la définition du paquet de soins couverts n'est pas claire. Les structures hospitalières sont parfois confrontées à une incertitude relative au statut légal du patient, à l'intervention du Centre Public d'Action Sociale (CPAS) et au remboursement des soins prestés dans le cadre de l'aide médicale urgente.

Ces applications erratiques ne sont pas non plus sans conséquences sur la pratique des professionnels : transfert des patients, soins dispensés « gratuitement », limitations des options thérapeutiques ; et surtout sur la santé des patients.

Les experts se rangent derrière les recommandations formulées par le « Kruispunt Migratie - Integratie »³⁴ qui dispose d'une expertise reconnue dans ce domaine (Druyts 2010).

Recommandation 3.1 : Préciser le champ d'application de la législation sur l'aide médicale urgente et assurer aux CPAS un cadre clair pour le remboursement des soins de santé des personnes en séjour précaire. Les soins qui sont couverts et qui peuvent faire l'objet d'une demande d'intervention sont ceux qui sont énoncés dans la nomenclature de l'INAMI/RIZIV. Cependant, certains soins nécessaires, comme par exemple les appareils pour aérosols, ne sont pas encore inclus dans cette liste et devraient y être intégrés afin de garantir des soins de qualité aux personnes en séjour précaire. Cette liste existe déjà en ce qui concerne les demandeurs d'asile et pourrait être étendue aux personnes en séjour précaire. Cela permettra de répondre aux demandes des médecins qui souhaitent avoir des paquets de soins plus uniformes.

Recommandation 3.2 : Confier l'enquête sociale au CPAS afin de décharger les services sociaux des hôpitaux. La situation actuelle est confuse : certains CPAS demandent aux services sociaux des hôpitaux de mener les enquêtes sociales liées à l'octroi de l'aide médicale urgente tandis que d'autres s'en chargent par eux-mêmes. Il faut également clarifier et soutenir le rôle des CPAS dans les enquêtes sociales permettant de déterminer le statut légal des personnes sans couverture d'assurance. Le SPP Intégration Sociale devrait également apporter un soutien supplémentaire lorsque des requêtes de remboursement doivent être adressées à l'étranger comme dans le cas d'une couverture par une assurance maladie européenne ou d'une assurance maladie privée.

Recommandation 3.3 : Fournir une carte d'identité médicale donnant des informations sur les différentes institutions (CPAS, FEDASIL ou les mutualités) auprès desquelles les soignants peuvent

³⁴ Anciennement "Vlaams Minderhedencentrum".

demander des conventions de remboursement. Cette carte d'identité médicale est la meilleure introduction pour les MME qui n'ont pas reçu les documents relatifs à leur statut d'assurabilité.

Recommandation 3.4 : Généraliser la pratique de la carte médicale (=obligation de paiement) qui est actuellement utilisée pour les demandeurs d'asile et, dans certains CPAS, pour les personnes en séjour précaire.

Recommandation 3.5 : Diversifier les médecins et institutions de soins où sont pris en charge les personnes en séjour précaire et d'autres MME afin de prévenir la formation de « ghettos de soins » où ne sont soignés que les indigents et les personnes en séjour précaire. Ces organisations doivent par ailleurs être reconnues et soutenues dans leurs activités par le biais de brochures d'informations, d'un allègement des procédures administratives, d'un accès facilité à des interprètes ou des médiateurs interculturels entre autres exemples.

Recommandation 3.6 : Délivrer un permis de séjour provisoire pour les personnes sans statut de séjour qui ont une tuberculose active (ou une autre maladie contagieuse) afin qu'elles se sentent en confiance pour suivre un traitement médical.

Le groupe ETHEALTH a remarqué que les **demandeurs d'asile** sont parfois limités dans le choix du dispensateur de soins et doivent parfois faire face à des restrictions dans l'accès aux services de soins, ce dernier point étant fortement aggravé par l'actuelle « crise de l'accueil ». A nouveau, le groupe ETHEALTH souhaite souligner qu'un certain nombre de standards de base (comme le logement, l'accès à la nourriture ou encore les conditions d'hygiène) doivent être rencontrés pour toute personne résidant sur le territoire belge. Ces conditions de vie jouent un rôle essentiel sur la santé physique et mentale. En améliorant les conditions d'accueil des demandeurs d'asile, certains problèmes de santé pourraient être évités.

Recommandation 3.7 : Exiger un meilleur appui de FEDASIL envers les médecins sollicités pour fournir des soins de santé aux demandeurs d'asile et offrir des formations gratuites à ces prestataires de soins confrontés aux problématiques spécifiques des demandeurs d'asile.

Recommandation 3.8 : Garantir des conditions d'accueil décentes et conformes à la dignité humaine pour tous les demandeurs d'asile afin que, quel que soit leur lieu d'accueil, celui-ci ne constitue pas une menace pour leur état de santé et n'entraîne des problèmes de santé mentale ou physique supplémentaires.

Recommandation 3.9 : Garantir l'accès aux soins de santé, tant pour les soins physiques que mentaux, pour tous les demandeurs d'asile, indépendamment des conditions d'accueil.

b. Les MME avec des problèmes de santé mentale

Le groupe ETHEALTH a entendu plusieurs acteurs travaillant avec des MME souffrant de problèmes de santé mentale. Certains MME ont connu des situations traumatisantes et /ou vivent un stress lié à l'exil, à l'acculturation, à la discrimination ou encore à l'isolement social. Les besoins de prise en charge psychiatrique et/ou psychosociale sont donc importants. Mais l'accès reste faible: d'une part

l'accès à ces services pour des personnes sans couverture d'assurance est problématique ; d'autre part, l'offre et la localisation des services de santé mentale pour ces groupes reste limitée ou inadéquate. Enfin, les MME peuvent manifester une réticence à recourir à ce type de service pour des raisons de stigmatisation ou d'atteinte à leur liberté car ils sont plus souvent confrontés au risque de mise en observation que la population belge (Lorant *et al.* 2007).

Par ailleurs, les MME connaissant des problèmes de santé mentale font la douloureuse expérience du fossé qui sépare les services sociaux des services de santé mentale, en particulier en Belgique (Goldman *et al.* 2002 ; Nicaise *et al.* Soumis).

Les personnes auditionnées soulignent également le rôle ambigu de la culture : la culture peut à la fois être une ressource pour les personnes concernées mais peut aussi devenir une barrière dans la prise en charge. La stigmatisation de la santé mentale dans certains groupes MME peut freiner le recours aux soins et complexifier la prise en charge. Enfin, la possibilité de s'exprimer dans sa langue maternelle est particulièrement importante dans la prise en charge des problèmes de santé mentale.

Le groupe ETHEALTH complète ses propres recommandations par les recommandations des projets européens EUGATE³⁵ et PROMO³⁶. Ces deux projets ont identifié les bonnes pratiques dans la prise en charge des problèmes de santé mentale des MME, des réfugiés et des personnes en séjour précaire :

Recommandation 3.10 : Développer et offrir des actions de prévention en santé mentale qui sont culturellement compétentes, qui tiennent compte des groupes vulnérables et sont développées en collaboration participative avec les groupes-cibles.

Recommandation 3.11 : Développer et offrir des services de santé mentale culturellement compétents, en particulier dans les grandes villes des trois régions du pays.

Recommandation 3.12 : Développer des services de santé mentale disposant d'interprètes compétents et des médiateurs interculturels.

Recommandation 3.13 : Rendre les formations en matière de soins de santé mentale spécifiques à certaines cultures plus accessibles aux dispensateurs de soins concernés. Ces aspects culturels en matière de soins de santé mentale doivent en outre former une part essentielle de toute formation de soignant au sein des services de santé mentale.

Recommandation 3.14 : Améliorer les liens collaboratifs et de transfert des patients entre les services de santé mentale et les services travaillant avec des migrants, réfugiés, minorités ethniques ou personnes en séjour précaire.

Recommandation 3.15 : Augmenter au sein de la première ligne l'attention pour les problèmes psychiques et l'orientation adéquate des patients, sans oublier le soutien suffisant et l'information des clients en matière de (soins) de santé mentale. Une piste d'action possible serait d'intégrer systématiquement des soins psychologiques dans les centres de soins de santé primaire.

³⁵ European Best Practices in Access, Quality and Appropriateness of Health Services for Immigrants in Europe (EUGATE): <http://www.eugate.org.uk/>

³⁶ Best Practice In Promoting Mental Health In Socially Marginalized People In Europe (PROMO). <http://www.promostudy.org/index.html>

c. Les femmes

Selon l'OMS, les inégalités de genre en santé concernent des millions de femmes et de jeunes filles à travers le monde. Ces inégalités de genre influencent la santé via divers mécanismes : discrimination, violence envers les femmes, accès limité aux ressources et opportunités et manque de pouvoir de décision sur leur propre santé (OMS 2008). Les femmes MME subissent dès lors des discriminations par rapport à la santé à deux reprises : une fois en tant que femme et une fois en tant que migrantes ou issues de minorités ethniques (Adanu 2009).

A travers le monde entier, la migration se féminise de plus en plus (IOM 2010). En Belgique, le nombre de femmes MME est 520.433, soit 49,2 % de la population étrangère résidente (SPF Economie 2011). En janvier 2011, le Commissariat Général aux Réfugiés et Apatrides (CGRA) enregistrait 31,73% de demandes d'asile introduites par des femmes (CGRA 2011).

Les femmes MME sont particulièrement exposées à un faible suivi de grossesse, à un accès restreint à la prévention, à la violence sexuelle et aux mutilations sexuelles. D'autres problématiques concernant toutes les femmes comme le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus, l'ostéoporose ou encore le diabète de type 2 ne sont pas reprises dans ce chapitre, mais se retrouvent à d'autres endroits du document (se rapporter au point 3.3.2). Le groupe ETHEALTH a voulu dans cette partie faire référence à des inégalités de santé liées aux deux composantes spécifiques : femmes et MME.

Différentes études mettent en évidence que les femmes MME, en ce compris les personnes en séjour précaire, ont plus souvent des grossesses non désirées, fréquentent moins les consultations prénatales, sont plus souvent victimes de violence entre partenaires et utilisent moins souvent des mesures préventives (Wolff 2008). Par ailleurs, les femmes MME ont un plus grand risque de mettre au monde un bébé de petit poids, d'accouchements prématurés, de mortalité infantile et de malformations congénitales. Les principales barrières à l'accès à un service de santé maternelle sont la langue, la culture et le manque de soutien de la communauté (Bollini 2008 ; Reitmanova 2007). De plus, ces mêmes auteurs rapportent que les femmes issues de l'immigration ont moins d'opportunités pour développer les compétences linguistiques dans le pays d'accueil.

La stratégie 2010-2015 de l'OMS³⁷ préconise un accès universel à la santé reproductive et sexuelle surtout pour les populations vulnérables, c'est-à-dire un accès à la planification familiale et à la contraception mais également la prévention des avortements illicites, la réduction des violences contre les femmes et des mutilations génitales grâce à l'accès à l'information et à des services appropriés.

Les femmes MME et particulièrement les femmes résidant dans les centres de réfugiés sont particulièrement exposées à la violence sexuelle. Plusieurs auteurs relèvent le fait que les femmes réfugiées, en séjour précaire ou demandeuses d'asile sont beaucoup plus vulnérables à la violence sexuelle dans le pays d'accueil aussi bien que dans le pays d'origine (Adanu 2009 ; Keygnaert 2008). Ces femmes ne sont bien souvent pas capables de trouver refuge derrière le système légal du pays d'accueil par manque de connaissance des procédures en vigueur dans le pays d'accueil (Kornosky 2008).

Concernant les mutilations génitales féminines (FGM), on recense en Europe environ 500 000 femmes et filles vivant avec des FGM et 180 000 filles sont à risque de les subir (Parlement Européen 2009b). En Belgique, au 1^{er} janvier 2008, on estimait à 6 260 le nombre de femmes et de filles probablement excisées et à 1 975 le nombre de femmes et de filles à risque de l'être (Dubourg

³⁷ <http://www.un.org/millenniumgoals/maternal.shtml>

& Richard 2010). Outre les conséquences immédiates (douleurs, hémorragies pouvant entraîner la mort, infections de la plaie), l'impact des FGM sur la santé sexuelle, reproductive et mentale des femmes concernées est important et varie selon la sévérité de la mutilation. Dans les cas d'infibulation, les infections uro-génitales, les fistules, les difficultés à l'accouchement comme les déchirures périnéales, les souffrances et morts fœtales et les rapports sexuels douloureux sont très fréquents (Dieleman 2010). Ces pratiques entraînent des conséquences sur la santé mentale et physique des femmes et les empêchent de participer pleinement à la vie publique (OMS 2010). Des études montrent également que les soignants devraient être mieux informés sur la pratique des FGM par certaines communautés et le cadre légal en vigueur en Belgique (Dieleman 2009). Le programme européen DAPHNE a déjà permis des recherches et des avancées dans ce domaine³⁸.

Le groupe d'experts a enrichi ses propres recommandations de recommandations proposées par l'OMS, le programme DAPHNE de la Commission Européenne, des recommandations des stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales.

Recommandation 3.16 : Améliorer la prise en charge des MME dans les maternités, les services d'urgence ou encore les services de gynécologie par une prise en compte des obstacles culturels, linguistiques, sociaux et financiers (par exemple, organiser des séances prénatales informatives dans d'autres langues).

Recommandation 3.17 : Développer une diversité de réponses à la santé par les prestataires de soins par une formation à l'interculturalité, et par l'établissement de supports sociaux et de partenariats avec les communautés, tous indispensables pour lutter contre les mutilations génitales et les violences sexuelles.

Recommandation 3.18 : Accentuer la prévention concernant la santé sexuelle et reproductive des femmes MME par une meilleure information à propos de leurs droits et des réglementations en vigueur en Belgique comme le droit à l'avortement et à la contraception, la protection en cas de violences conjugales, de mariages forcés ou de mutilations génitales. Il est important également de promouvoir l'accès à un suivi de grossesse de qualité et à la prévention du cancer du col de l'utérus.

³⁸ Programme DAPHNE : programme européen soutenant des projets visant à combattre tout type de violences contre les enfants, les jeunes et les femmes. http://ec.europa.eu/justice/funding/daphne3/funding_daphne3_en.htm#part_1

3.3.4. Niveau 4 : L'accessibilité et la qualité des soins de santé

ETHEALTH a retenu les éléments suivants :

- (1) des soins accessibles et de qualité en première ligne
- (2) des soins culturellement compétents

a. Des soins accessibles et de qualité en première ligne

Plusieurs intervenants notent une tendance à la concentration des réfugiés, des personnes en séjour précaire ou de certains groupes de migrants dans un petit nombre de services hospitaliers ou ambulatoires et, le plus souvent, dans des maisons médicales travaillant au forfait. Cette concentration est en partie liée à la localisation géographique de ces services de santé. Elle affecte cependant la mixité sociale des services socio-sanitaires et rend plus lourd le travail des professionnels de la santé dans ces services. Cette concentration peut, à terme, déboucher sur une dualisation du système de santé et dévaloriser certaines institutions de soins ou certains prestataires. A la suite de l'étude européenne EUGATE, il apparaît important d'éviter des « ghettos de soins » et de soutenir les professionnels de la santé choisissant de travailler avec des MME.

Renforcer l'accessibilité géographique et le rôle de la première ligne est donc une stratégie générale susceptible de bénéficier tant à la population MME qu'à l'ensemble de la population belge (Lorant *et al.* 2008). Cette accessibilité géographique peut être renforcée de plusieurs manières : en incluant les zones à forte densité de MME dans les programmes IMPULSEO I et II de manière à améliorer le financement de la médecine générale, en améliorant le financement des fonctions de santé communautaire dans les zones à forte densité de MME³⁹.

Par ailleurs, l'accessibilité culturelle peut aussi être atteinte en offrant des services comme l'interprétariat et la médiation interculturelle dans les soins de santé primaire.

Une augmentation de l'accessibilité passe également par une plus grande visibilité des structures existantes. Cette visibilité peut faire l'objet de programmes de promotion et d'éducation de la santé.

Recommandation 4.1 : Renforcer l'accessibilité et l'organisation de la première ligne, en particulier là où les besoins de prise en charge interculturelle sont plus importants (par exemple dans les grandes villes et pour les publics plus vulnérables). Un élément essentiel est que les prestataires de soins de santé prennent suffisamment de temps pour écouter l'histoire et le contexte de leurs patients, peu importe leur background ethnique et social.

Recommandation 4.2 : Rendre tous les soins de première ligne et les médicaments de base gratuits pour toutes les personnes âgées de 0 à 18 ans.

Recommandation 4.3. : Stimuler une relation stable avec un médecin généraliste et la création d'un dossier médical global.

Recommandation 4.4 : Stimuler la création de centres de santé de première ligne qui travaillent de façon multidisciplinaire avec intégration des aspects sociaux, communautaires et mentaux dans les soins de santé.

³⁹ Plus d'informations sur Impulseo : <http://www.inami.fgov.be/care/fr/doctors/specific-information/impulseo/index.htm>

Recommandation 4.5 : Stimuler la création de réseaux efficaces entre les services de soins de première ligne, les services de soins spécialisés, les structures de soutien dans d'autres domaines de vie (logement ou emploi) et des représentants des MME pour favoriser la transmission efficace de l'information et l'orientation adéquate des patients.

Recommandation 4.6 : Donner aux MME l'information adéquate en ce qui concerne la santé et les soins de santé, tant d'un point de vue préventif que curatif.

b. Des soins culturellement compétents

Plusieurs participants ont souligné que la prestation de soins avec des populations ne parlant pas une des langues nationales génère des difficultés et des risques importants dans la décision médicale, dans la qualité de soins et dans l'alliance thérapeutique. En Belgique, cette situation est gérée de manière hétérogène et insatisfaisante. Bien que certains hôpitaux disposent de médiateurs interculturels facilitant l'interprétariat, cette ressource fait défaut dans de nombreux services ambulatoires.

Le médiateur interculturel fait bien plus que traduire : il peut jouer un rôle de « cultural broker » entre les clients, les familles, les soignants et les institutions ; il peut offrir de la formation aux professionnels de la santé et aux familles. Il a également une fonction clé dans les campagnes d'éducation à la santé ou de promotion de la santé. Plusieurs initiatives intéressantes existent dans ce domaine, comme le travail mené par l'ASBL Le Foyer⁴⁰. Il apparaît important de faire connaître, de renforcer et d'étendre ces initiatives aux trois régions du pays. De plus, la nécessité de recourir à un médiateur interculturel ne diminue pas avec l'augmentation de la durée de séjour (Nierkens *et al.* 2002).

Parallèlement, le groupe d'experts constate que la disponibilité des interprètes et des médiateurs interculturels se concentre actuellement surtout dans les hôpitaux. Il est indispensable d'étendre la disponibilité des médiateurs interculturels et des interprètes vers d'autres secteurs, dont les soins de santé primaire (centres de médecine générale, médecins généralistes, centres de bien-être ou encore consultations ONE), les services de santé mentale (tant ambulatoires que résidentiels) ou encore les services de santé spécialisés (polycliniques, centres de jours ou médecine dentaire).

Recommandation 4.7 : Stimuler le travail avec interprètes et médiateurs interculturels et le rendre accessible dans tous les secteurs de la santé. Les professionnels de la santé et du social doivent apprendre à travailler avec des interprètes et des médiateurs interculturels afin de maximiser leur efficacité.

Recommandation 4.8 : Porter plus d'attention au sein des soins de santé aux éléments culturellement spécifiques, pouvant augmenter l'accessibilité et le recours à l'offre de soins pour les MME. Entre autres initiatives, les services sont invités à créer des espaces suffisants permettant à chacun de vivre son propre contexte culturel et religieux, comme proposer des régimes alimentaires adaptés ou des espaces de culte diversifiés. Une plus grande attention à des facteurs culturellement spécifiques comme les pratiques religieuses et alimentaires peut réduire les retraits prématurés des MME des services de soins.

⁴⁰Foyer est une ASBL située dans la commune de Molenbeek, proposant une assistance sociale, juridique, médicale et également des médiateurs interculturels dans un objectif de renforcement de la cohésion sociale. <http://www.foyer.be/?lang=nl>

Recommandation 4.9 : Stimuler l'ouverture et la sensibilisation des prestataires de soins aux diagnostics et aux prises en charge de patients MME. La réflexion et la communication avec des minorités ethnoculturelles est indispensable à cet effet, pour qu'une complémentarité, si souhaitée, puisse exister.

Recommandation 4.10 : Favoriser le travail conjoint avec des équipes diversifiées en termes de genre, d'âge, de contexte ethnoculturel ou encore de niveau d'éducation. Les équipes multiethniques ne seront possibles qu'à condition, entre autres, d'orienter davantage de migrants et de minorités ethniques vers les professions de la santé.

Recommandation 4.11 : Encourager tout dispensateur de soins et toute organisation de soins à développer des plans d'actions et mobiliser des ressources pour rencontrer les besoins des différents groupes MME. Concrètement, les lieux de signalement en matière de discrimination et de racisme dans la relation d'aide doivent être accessibles et connus dans le public cible. Les institutions sont incitées à élaborer, appliquer et évaluer des plans stratégiques de lutte contre toutes les formes de discriminations en fonction de leur contexte local.

5. CONCLUSION

La santé des migrants et des minorités ethniques est une préoccupation générale de santé publique au même titre que la lutte contre les épidémies et les inégalités socio-économiques de santé. En Belgique, les migrants et les minorités ethniques manifestent un état de santé plus précaire, ils ont plus de difficultés d'accès aux soins et à la prévention en comparaison avec la population belge. Ils sont confrontés à de multiples discriminations qui s'accumulent et affectent négativement leur état de santé ; leurs préférences et leurs besoins en matière de santé ou de soins de santé ne sont pas suffisamment prises en considération dans l'organisation et la prestation des soins. Les comparaisons internationales montrent, enfin, que la Belgique est en retard dans ce domaine même si, grâce aux médiateurs interculturels financés par le SPF Santé Publique et au travail fourni par les travailleurs et associations de terrain, des solutions existent en partie.

L'objectif du groupe ETHEALTH était de faire le point sur l'expertise belge, sur les bonnes pratiques existantes et sur les recommandations que notre pays devrait mettre en œuvre s'il veut être sérieux dans la réduction des inégalités et des inéquités ethniques de santé. Cet objectif procède non seulement des engagements internationaux de notre pays mais aussi de la situation épidémiologique et de la réalité multiculturelle de notre pays.

Sur base d'une revue de littérature et d'auditions d'experts, le groupe ETHEALTH a élaboré 46 recommandations. Elles peuvent se résumer en quatre axes d'actions :

- (1) Se donner les socles stratégiques pour avoir les informations sur les inégalités ethniques de santé et pour avoir des institutions et des professionnels de la santé culturellement compétents.*
- (2) Offrir les mêmes opportunités de santé aux migrants et aux minorités ethniques, dans le domaine socio-économique et dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.*
- (3) Prêter une attention particulière à des groupes plus vulnérables, comme les migrants ne disposant pas de couverture de santé, les femmes migrantes ou les migrants ayant des troubles de la santé mentale.*
- (4) Rendre les soins accessibles à tous les migrants et les minorités ethniques, non seulement en réduisant les barrières mais aussi en favorisant de manière proactive des soins de santé culturellement compétents et non-discriminatoires.*

Le groupe ETHEALTH appelle les différentes autorités de ce pays qui sont liées aux soins de santé et aux services sociaux à une conférence interministérielle pour mettre en œuvre ces 46 recommandations.

GLOSSAIRE

Ce glossaire est divisé en deux parties : une première consacrée à la migration et aux groupes de population, une seconde partie concernant les concepts relatifs à la santé. Les termes cités sont organisés par ordre alphabétique.

1. Migration et groupes de population

Autochtone

Littéralement « autochtone » désigne les habitants d'un pays par opposition à « allochtone ». Les inégalités de santé liées à l'ethnicité se présentent en comparant un groupe favorisé de par son appartenance ethnique face à un groupe défavorisé sur le plan de la santé de par son appartenance ethnique. Populations autochtones désigne dès lors ce groupe majoritaire et favorisé de par son appartenance ethnique. Bien qu'il existe des limites à cette catégorisation, il s'agit en général des populations dites « blanches » dont les traits culturels et religieux reflètent la tendance dominante de la société dans laquelle ils vivent.

Demandeurs d'asile

Le demandeur d'asile est un individu qui se réclame de la protection d'un Etat en vertu de la Convention de Genève (IOM 2004). Les demandeurs d'asile sont définis comme des personnes cherchant à être admises dans un pays comme réfugiés et attendant la décision d'application de leur statut de réfugié suite aux législations nationales et internationales (IOM 2004). Les demandeurs d'asile sont les individus qui ont demandé formellement la permission de vivre dans un autre pays que le leur car ils (et souvent leurs familles) ont une crainte de persécutions dans leur pays d'origine. Strictement parlant, il est impossible de dire si un demandeur d'asile est un réfugié ou non jusqu'à ce que son statut de réfugié lui soit officiellement attribué.

Migration

La migration est un processus de déplacement, soit à travers une frontière internationale, soit au sein même d'un état. C'est un mouvement de population, englobant toute sorte de mouvement d'individus, peu importe sa durée, sa composition ou sa cause (IOM 2004). Cependant, il n'existe actuellement aucun consensus international sur la définition de « migrant ». Selon la phase du cycle migratoire, le mode de voyage ou le statut légal, nous pouvons définir différentes catégories. .

Migrants légaux versus migrants en situation illégale

Les migrants sont les personnes qui ont quitté leur pays d'origine pour des raisons économiques ou des raisons qui ne sont pas couvertes par la définition de réfugiés comme stipulé dans la Convention de Genève. Dans le groupe des « migrants, » une distinction est faite entre les migrants réguliers (légaux) et irréguliers (sans-papiers). Les migrants légaux ou réguliers sont les personnes qui entrent, résident et, parfois, travaillent dans un pays d'accueil ou de transit de façon autorisée et reconnue par les autorités officielles de cet Etat. Les migrants irréguliers ou sans-papiers sont les individus qui sont entrés dans un pays d'accueil sans autorisation légale et/ou ont dépassé leur permis d'entrée comme, par exemple, les visiteurs, les étudiants étrangers, les touristes ou les travailleurs saisonniers, ou les demandeurs d'asile déboutés (IOM 2004).

Mineurs non accompagnés

Toute personne de moins de dix-huit ans, non accompagnée par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle en vertu de la loi nationale du mineur, ressortissante d'un pays non membre

de l'Espace économique Européen et étant dans une des situations suivantes : soit avoir demandé la reconnaissance de la qualité de réfugié ; soit ne pas satisfaire aux conditions d'accès au territoire et de séjour déterminées par les lois sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (A.R. du 22 décembre 2003, Tutelle des mineurs étrangers non accompagnés).

Personnes en situation de séjour précaire

Sous la dénomination de « personnes en situation de séjour précaire », se trouvent les personnes qualifiées de « sans-papiers » appelées également illégaux ou irréguliers. Ces personnes n'ont pas de permis de séjour les autorisant à résider dans leur pays de destination. Ils sont par exemple entrés illégalement, ont vu leur visa touristique expirer ou leur demande d'asile a été rejetée. Au lieu de retourner dans leur pays d'origine, ils entrent dans la clandestinité (PICUM 2002, OIM 2004).

Population étrangère

Au sens strict de la législation belge, une personne étrangère est une personne qui n'a pas la nationalité belge.

Réfugiés

Un réfugié est, selon la Convention de Genève de 1951, une personne qui, craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, sa religion, sa nationalité, son appartenance à un certain groupe social ou ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut, ou du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle, ne peut, en raison de ladite crainte, ou ne veut y séjourner (ONU 1951).

Lorsqu'un réfugié remplit les critères de la Convention de Genève, il est parfois appelé « réfugié statutaire ». Cette définition est utilisée dans le droit européen et est internationalement acceptée.

2. Concepts liées à la santé, aux soins et aux inégalités de santé

Accessibilité des soins

L'accès aux soins recouvre différents indicateurs :

- Conditions pour entrer dans le système de santé comme la couverture d'assurance
- Barrières structurelles : temps et espace
- Perceptions qu'ont les patients de la capacité des professionnels à prendre soin d'eux
- Utilisation des soins de santé (Oxford Handbook 2006).

Déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les personnes sont nées, grandissent, vivent et vieillissent ainsi que le système en place pour gérer la maladie. Ces circonstances sont à leur tour influencées par un large spectre de forces : l'économie, les politiques sociales et l'orientation politique de la société (OMS 2010).

Gradient social

Les plus pauvres parmi les pauvres, à travers le monde, ont la plus mauvaise santé. Dans les pays, les preuves nous montrent que, en général, au plus la position socioéconomique d'un individu est basse, au plus mauvaise est sa santé. Il existe là un gradient social dans la santé qui va du haut vers le bas du spectre socioéconomique. C'est un phénomène global, identifiés dans des pays à faible,

moyen et haut revenu. Le gradient social en santé signifie que les inégalités de santé affectent tout le monde (OMS 2010).

Inégalités de santé

Les inégalités de santé sont des inégalités évitables en santé entre groupes de personnes dans et entre des pays. Ces inégalités sont liées à des inégalités dans et entre les sociétés. Les conditions économiques et sociales et leurs effets sur la vie des individus déterminent leur risque de maladie et les actions à prendre pour prévenir l'apparition de ces maladies ou les traiter quand elles sont apparues (OMS 2010).

Prévention

La prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou à réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents (Bury 1988).

Elle se décline autour de cinq axes :

- 1) Prévention primaire : tous les actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population, donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas.
Exemple : programmes de vaccination antitétanique
- 2) Prévention secondaire : tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire le nombre de malades en réduisant la durée d'évolution
Exemple : campagne de dépistage du cancer du sein
- 3) Prévention tertiaire : tous les actes destinés à diminuer la prévalence des handicaps chroniques ou des récives de maladies dans une population
Exemple : réinsertion socioprofessionnelle des personnes handicapées
- 4) Prévention quaternaire : les actions d'accompagnement des personnes ayant un handicap et des personnes mourantes, sans visée d'une amélioration significative de l'état de santé
Exemple : soins de bouche dans le cadre des soins palliatifs
- 5) Prévention quinquénaire : toutes les actions d'accompagnement d'un individu (apparenté ou non) qui supporte une personne avec une maladie irréversible (Cerexhe 1996).
Exemple : accompagnement des parents d'un enfant souffrant d'une trisomie 21.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci. Elle vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé et d'offrir à tous les individus les mêmes ressources et possibilités pour réaliser pleinement leur potentiel « santé » (Déclaration d'Ottawa, 1986, WHO).

La promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants et s'articule autour de cinq axes :

- 1) élaborer une politique publique
- 2) créer des milieux favorables
- 3) renforcer l'action communautaire
- 4) acquérir des aptitudes individuelles
- 5) réorienter les services de santé.

Qualité des soins

La qualité des soins est le degré par lequel le traitement dispensé augmente les chances du patient d'atteindre les résultats souhaités et diminue le risque de résultats indésirables, en considérant l'état actuel des connaissances (Conseil de l'Europe, 1998).

Santé des migrants

La santé des migrants concerne l'état de santé physique, mental et le bien-être social de tous les types de migrants et des populations en mouvement mentionnés plus haut. Cela va au-delà d'une gestion traditionnelle de la maladie et est intrinsèquement lié avec les déterminants sociaux plus larges de la santé et une distribution inégales de ces déterminants ainsi que des services de soins (Davies 2010).

Le cycle migratoire est caractérisé par : a) une phase de résidence acceptable préluant la migration qui, suivant la cause de la migration, peut être violemment interrompue lorsque les personnes se voient contraintes de prendre la fuite ; b) le trajet migratoire en lui-même qui peut être interrompu par des séjours plus ou moins longs dans des pays de transit ; c) la phase de demande dans laquelle la personne cherche à régulariser sa situation par des moyens légaux comme un visa, une demande d'asile, un mariage, un regroupement familial ou autre ; d) la phase d'intégration dans le pays d'accueil ou de transfert et ; e) une phase de retour après laquelle un nouveau cycle de migration peut commencer. Chaque étape peut apparaître dans des formes régulières ou irrégulières et ne mène pas nécessairement vers une nouvelle étape. Cependant, dans chacune de ces étapes, le statut de santé du migrant est déterminé par différents facteurs au niveau individuel, interpersonnel, organisationnel et sociétal (Keygnaert *et al.* 2008).

Bien que le rôle de la migration dans la diffusion des maladies ait été le point d'intérêt en santé publique, les migrants ne sont pas nécessairement désavantagés dans tous les domaines de la santé. Ce phénomène est connu comme le « healthy migrant effect » (Hyman 2007). Cependant, cet avantage relatif ne se traduit pas à travers tous les pays et à travers tous les groupes de migrants. Cet avantage peut aussi diminuer au fil du temps et dans les générations descendantes (Mladovsky 2007 ; Renard 2005).

Santé subjective

La santé subjective est l'appréciation subjective que les individus ont de leur propre état de santé. Cette mesure globale reprend la santé physique, mentale et sociale des personnes. La santé subjective a une influence sur la mortalité et a été reconnue comme un prédicteur de la morbidité, des capacités fonctionnelles et de la consommation des soins (Tafforeau *et al.* 2010).

Services de santé primaire

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent. Ils constituent donc le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire (Déclaration d'Alma Ata, 1978, OMS).

Les soins de santé primaires:

- reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
- visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;
- comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau

saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels;

- font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;
- exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;
- doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;
- font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé—médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels—tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

Soins de santé

Afin de rester les plus larges possibles et de prendre en compte toutes les situations existantes, les experts du groupe ETHEALTH ont désigné sous le vocable de soins de santé tous les actes curatifs, préventifs, palliatifs, sociaux et mentaux visant à promouvoir la santé, prévenir la santé, soigner la personne, l'assister ainsi que son entourage dans une perspective où la santé est considérée comme un état complet de bien-être bio-psycho-social et non seulement comme l'absence de maladies ou d'infirmités.

REFERENCES

- Adanu, R.M.K. & Johnson, T. R. B. (2009). Migration and women's health. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 106 (2), 179-181.
- Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile. (2010). *Rapport Annuel 2009*. Bruxelles : Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile.
- Anson, O. (2001). Inequality in the access to preventive health care: the case of immigrants in Belgium. *Archives of Public Health*, 59, 265-279.
- Assises de l'Interculturalité (2010). *Rapport final des Assises de l'Interculturalité: Dialogue Interculturel*. Bruxelles: SPP Intégration sociale.
- Bhopal, R.S. (2007). *Ethnicity, race and health*. Oxford: University Press.
- Bhugra, D. (2004). Migration and Mental Health. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 243-258.
- Bischoff, A., & Denhaerynck, K. (2010). What do language barriers cost? An exploratory study among asylum seekers in Switzerland. *BMC Health Service Research*, 10, 248.
- Bollini, P., Pampallona, S., Wanner, P., & Kupelnick, B. (2009). Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Social Science & Medicine*, 68, 452-461.
- Brach, C., & Fraser, I. (2000). Can Cultural Competency Reduce Racial And Ethnic Health Disparities? A Review and Conceptual model. *Medical Care Research and Review*, 57, 181-217.
- Bury, J. (1995). *Education pour la Santé. Concepts, enjeux, planifications*. Bruxelles : De Boeck Université.
- CGRA (2011a). *Statistiques d'Asiles 2010*. Brussels : Commissariat Général pour les Réfugiés et les Apatrides.
- CGRA (2011b). *Statistiques d'Asiles Mars 2011*. Brussels : Commissariat Général pour les Réfugiés et les Apatrides.
- Chaoui Mezabi, D., & Casman, M.T. (2009). *Rapport d'observation des pratiques des CPAS en matière de Carte Médicale*. Liège : Université de Liège.
- Chauvin P., Parizot I., & Simonnot N. (2009). *L'accès aux soins pour les personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*. Paris : Médecins du Monde.
- Chauvin, P., Parizot, I., Drouot, N., Simonnot, N., & Tomasino, A. (2007). *Enquête Européenne sur l'Accès aux Soins des personnes en situation irrégulière*. Paris : Médecins du Monde.
- Chauvin P., Parizot I., & Simonnot N. (2009). *L'accès aux soins pour les personnes sans autorisation de séjour dans 11 pays d'Europe*. Paris : Médecins du Monde.
- Chrisman, N. (2007). Extending Cultural Competence Through Systems Change: Academic, Hospital, and Community. *Journal of Transcultural Nursing*, 18, 68-76.
- Collectif. (2007). *Stratégie Migration et Santé (Phase II : 2008-2013)*. Genève : Office Fédéral de la Santé Publique).
- Committee of Experts on Health Services in a Multicultural Society. (2006) *Explanatory Memorandum*. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe. (2006). Recommendation Rec (2006)18 of the Committee of Ministers to member states on health services in a multicultural society. Rec (2006)18. 8-11-2006. Strasbourg: Conseil de l'Europe.
- Conseil de l'Europe. (2011). *The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. R(97)17. 2011*. Strasbourg : Conseil de l'Europe.

- Conseil de l'Union Européenne (2004). *Directive 2000/43/CE du conseil du 29 juin 2000 relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement entre les personnes sans distinction de race ou d'origine ethnique. 2000/43/EC. 2011*. Bruxelles: Conseil de l'Union Européenne.
- Cooper-Patrick, L., Gallo, J., Gonzales, J., Thi Vu, H., Powe, N., Nelson, C., et al. (1999). Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. *JAMA-Journal of the American Medical Association*, 282, 583-589.
- Croix Rouge de Belgique, C. F. (2005). *Assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile. Evaluation du Projet*. Brussels: Croix Rouge de Belgique.
- CSDH. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organisation.
- CSDH. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva : World Health Organisation.
- Dauvrin, M., & Lorant, V. (2011). *Bonnes Pratiques dans les Services de Santé pour les Immigrants en Europe. Rapport EUGATE pour la Belgique*. Bruxelles : UCL IRSS.
- Davies, AA., Borland, RM., Blake, C., West, HE. (2011). The Dynamics of Health and Return Migration. *PLoS Med* 8(6): e1001046.
- Deboosere, P., & Gadeyne, S. (2005). Adult migrant mortality Advantage in Belgium: Evidence Using Census and Register Data. *Population*, 60, 765-811.
- Deboosere, P., & Vandenheede, H. (2008). Diabetes type 2 in Belgian women of Turkish and Moroccan origin: an important health issue." Louvain-La-Neuve: *Actes de la Chaire Quetelet*, pp. 1-22.
- Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, PJ., Tafforeau, J., & Van der Heyden, J. (2006). *Enquête de Santé par Interview Belgique 2004*. Bruxelles : Institut Scientifique de Santé Publique ISP/WIV.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2005). On the Way to a Better Future: Belgium as Transit Country for Trafficking and Smuggling of Unaccompanied Minors. *International Migration*, 43, 31-56.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Niet-begeleide buitenlandse minderjarigen: onoplosbare paradoxen. *Orde van de dag: Criminaliteit en Samenleving*, 37, 10, 29-34.
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31, 319-330.
- Derluyn, I., Broekaert, E., & Schuyten, G. (2008). Emotional and behavioural problems in migrant adolescents in Belgium. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 1, 54-62
- Derluyn, I., Mels, C., & Broekaert, E. (2009). Mental health problems in separated refugee adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44, 3, 291-297.
- Derluyn, I., Vanderplasschen, W., Alexandre, S., Stoffels, E., Scheirs, V., Vindevogel, S., Decorte, T., Franssen, A., Kaminski, D., Cartuyvels, Y., & Broekaert, E. (2008). *Zortrajecten van druggebruikers uit etnisch-culturele minderheden - Trajectoires de soin des usagers de drogues d'origine étrangère*. Brussel - Gent: Federaal Wetenschapsbeleid - Academia Press.
- Derluyn, I., Wille, B., De Smet, T., & Broekaert, E. (2005). *Op weg. Psychosociale en therapeutische begeleiding van niet-begeleide buitenlandse minderjarigen*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Dieleman, M., Richard, F., Martens, V., & Parent, F. (2009). *Stratégies concertées de lutte contre les mutilations génitales féminines. Un cadre de références pour l'action en Communauté Française de Belgique*. Bruxelles : GAMS.
- Dieleman, M. (2010). *Excision et migration en Belgique francophone, Rapport de recherche de l'Observatoire du sida et des sexualités pour le GAMS Belgique*. Bruxelles: GAMS.

- Dixon-Woods, M. (2005). *Vulnerable groups and access to health care: a critical interpretive review. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. London : NHS.
- Dogniez, E., & Post, B. (2003). *Projet FER 2002. Evaluation de l'assistance psychosociale et thérapeutique auprès des demandeurs d'asile. Enquête menée auprès des structures d'accueil et des services de soins en santé mentale présentes en province de Liège et du Luxembourg*. Brussels : Fonds Européen pour les Réfugiés et Croix Rouge de Belgique, Com. Francophone.
- Druyts, E. (2010). *De Medische Zorg voor Mensen met een Precair Verblijf of Mensen zonder Wettig Verblijf*. Brussels: VMC.
- Dubourg, D., & Richard, F. (2010). *Etude de la prévalence des femmes excisées et des filles à risque d'excision en Belgique*. Bruxelles: GAMS.
- Edwards, H., Courtney, M., Finlayson, K., Shuter, P., & Lindsay, E. (2008). A randomised controlled trial of a community nursing intervention: improved quality of life and healing for clients with chronic leg ulcers. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1541-1549.
- FARES asbl. (2011). *Registre belge de la tuberculose 2009*. Bruxelles : FARES/VRGT.
- FEDASIL Agence Fédérale pour l'Accueil des Demandeurs d'Asile (2010). *Rapport annuel 2009*. Bruxelles : FEDASIL.
- Fossion, P., Ledoux, Y., Valente, F., Servais, L., Staner, L., Pelc, I., et al. (2002). Psychiatric disorders and social characteristics among second-generation Moroccan migrants in Belgium: an age-and gender-controlled study conducted in a psychiatric emergency department. *European Psychiatry*, 17, 443-450.
- Fossion, P., Servais, L., Rejas, M.C., Ledoux, Y., Pelc, I., & Minner, P. (2004). Psychosis, migration and social environment: an age- and- gender -controlled study. *European Psychiatry*, 19, 338-343.
- Fulton, R. (2010). *Ethnic Monitoring: is health equality possible without it?* London: Race & Equality Fondation.
- Gerkens, S., & Merkur, S. (2010). *Belgium: Health system review 12(5)*. Brussels: Observatoire Européen de la Santé.
- Goldman, H. H., Morrissey, J. P., Rosenheck, R. A., Cocozza, J., Blasinsky, M., Randolph F., et al. (2002). Lessons from the Evaluation of the ACCESS Program. *Psychiatric Services*, 53, 967-970.
- Hanquinet, L., Vandezande, V., Jacobs, D., & Swyngedouw, M. (2006). *Preparatory Study for Survey and Quantitative Research on Ethnic Minority Groups In Belgium*. Brussels-Leuven: KUL-ISPO et ULB-GERME.
- Hyman, I. (2007). *Immigration and health: reviewing evidence of the healthy immigrant effect in Canada*. Toronto: Joint Centre of Excellence for Research on Immigration and Settlement.
- Kaplan, J.B., & Bennett, T. (2003). Use of race and ethnicity in biomedical publication. *JAMA- Journal of the American Medical Association*, 289, 2709-2716.
- Karl Trummer, U., & Krajic, K. (2007). Migrant Friendly Hospitals: Organisations Learn Sensitivity for Differences." In: Björngren Cuadra C., & Cattacin S. (eds.), *Migration and Health: Difference Sensitivity from an Organisational Perspective*. Malmö: MIM IMER Malmö University, pp 42-61.
- Keynaert, I., Wilson, R., Dedoncker, K., Bakker, H., Van Petegem, M., Wassie, N., & Temmerman, M. (2008). *Hidden violence is a silent rape: Prevention of sexual and gender-based violence against refugees and asylum seekers in Europe: a participatory approach*. Gent: Ghent University - International Centre for Reproductive Health.
- Kornosky, J. L., Peck, J. D., Sweeney, A. M., Adelson, P. L., & Schantz, S. L. (2008). Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10, 135-143.

- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Vranken, J. (2007). Depression and generalised anxiety in the general population in Belgium: a comparison between native and immigrant groups. *Journal of Affective Disorders*, 97, 229-239.
- Levecque, K., Lodewyckx, I., & Bracke, P. (2008). Psychological distress, depression and generalised anxiety in Turkish and Moroccan immigrants in Belgium. A general population study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 3, 431-441.
- Lindert, J. (2008). Mental health, healthcare utilization of migrants in Europe. *European Psychiatry*, 23, 14-20.
- Lloyd, K. (2006). Common Mental Health Disorders among Black and Minority Ethnic Groups in the UK. *Psychiatry*, 5, 388-391.
- Lodewyckx, I., Wets, J., & Timmerman, C. (2011). *Le regroupement familial en Belgique : les chiffres derrière le mythe*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
- Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., Guillet, A., & Dubois, V. (2007). Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 42, 360-365.
- Lorant, V., Van Oyen, H., & Thomas, I. (2008). Contextual factors and immigrants' health status: double jeopardy. *Health and Place*, 14, 678-692.
- Lorant, V., Geerts, C., D'Hoore, W., Sauwens, D., Remmen, R., & Peremans, L. (2008). *Médecine générale: comment promouvoir l'attraction et la rétention dans la profession ?* Bruxelles: KCE.
- Lorant, V., & Bhopal, R.S. (2010). Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4. *European Journal of Public Health*, 21, 2, 235-240.
- McElmurry, B.J., Park, C., & Buseh, A. (2003). The Nurse-Community Health Advocate Team for Urban Immigrant Primary Health Care. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 275-276.
- Médecins sans Frontières Belgique (2008). *Etat des besoins et de l'accès aux soins en santé mentale pour les migrants en séjour précaire*. Bruxelles : MSF.
- Migrant Friendly Hospitals Task-Force (2004). *Déclaration d'Amsterdam. Vers des hôpitaux adaptés aux besoins des migrants dans une Europe de la diversité ethnique et culturelle*. Amsterdam : MFH TaskForce.
- Moulin, M., Casman, M.T., Carbonnelle, S., & Joly, D. (2006). *Migrations et vieillissements. Rapport d'expertise commandité par la Fondation Roi Baudouin dans le cadre de la mise en œuvre de son programme Justice Sociale*. Brussels: Fondation Roi Baudouin.
- Nerenz, D. (2005). Health Care Organizations'Use Of Race/Ethnicity Data To Address Quality Disparities. *Health Affairs*, 24, 409-416.
- Nicaise, P., Tulloch, S., Dubois, V., Matanov A., Priebe S., & Lorant V. (2011). *Assessing Mental Health and Social Services Collaboration with Social Network Analysis, Applied to Brussels and London*. 2011. Manuscript submitted for publication.
- Nierkens, V., Krumeich, A., diDe Ridder, R., & Van Dongen, M. (2002). The future of intercultural mediation in Belgium. *Patient Education and Counseling*, 46, 253-259.
- NRCEMH (2008). *Checking for Change. Summary of suggestions for "How to" deliver targets and indicators for Race Equality in Health*. Edinburgh : NHS Scotland.
- Office Fédéral de la Santé Publique (2011). *Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Lausanne : Office Fédéral de la Santé Publique Suisse.
- Parlement Européen (2009). *Résolution du Parlement européen du 24 mars 2009 sur la lutte contre les mutilations sexuelles féminines pratiquées dans l'UE. INI/2008/2071*. Brussels : Parlement Européen.

- Perrin, N. (2004). *Les rides de l'immigration : le troisième âge immigré en Région wallonne*. Namur : Ministère des Affaires Sociales de la Région Wallonne.
- Perrin, N., Van Robaeys, B., Martiniello, M., & Vranken, J. (2007). *La pauvreté chez les personnes d'origine étrangère chiffrée. Rapport partiel de "Pauvreté chez les personnes d'origine étrangère"*. Brussels : Fondation Roi Baudouin.
- Perrin, N. (2006). *L'évolution du nombre d'étrangers en Belgique*. Louvain-la-Neuve : UCL - Groupe de démographie appliquée.
- PICUM (2002). *L'accès aux soins de santé pour les migrants sans-papiers en Europe*. Brussels: PICUM.
- Reitmanova, S., & Gustafson, D. L. (2008). "They can't understand it": maternity health and care needs of immigrant Muslim women in St. John's, Newfoundland. *Maternal and Child Health Journal*, 12, 1010-111.
- Renard, F., Martin, E., Cueva, C., & Deccache, A. (2005). Newly immigrant adolescents' health and quality of life in Belgium: screening and prevention in school medicine. *Archives of Pediatrics*, 12, 1471-1477.
- Ringelheim, J. (2010). *Recueil de données, catégories ethniques et mesure de discrimination : un débat Européen*. Rev.trim.dr.h. 82/2010.
- Roman, L.A., Gardiner, J.C., Lindsay, J.K., Moore, J.S., Luo, Z., Baer, L.J., et al. (2009). Alleviating perinatal depressive symptoms and stress: a nurse-community health worker randomized trial. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 379-391.
- Saha, S., Komaromy, M., Koepsell, T., & Bindman, A. (1999). Patient-Physician Racial Concordance and the Perceived Quality and Use of Health Care. *Archives of Internal Medicine*, 159, 997-1004.
- Scheppers, E., van Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice*, 23, 325-348.
- Schoonvaere, Q. (2010),. *Migrations et populations issues de l'immigration en Belgique. Rapport démographique et statistiques 2009*. Brussels : Centre pour l'Egalité des Chances et la Lutte contre le Racisme.
- Schulze, B., Krajic, K., Trummer, U., & Pelikan, J. M. (2003). *Responding to cultural diversity in hospitals: The European project "Migrant-friendly hospitals "*. Vienna: HPH newsletter23/03.
- Service Public Fédéral Economie P.M.E. (2011). *Classes Moyennes et Energie*. (20110) *Population par nationalité, sexe, groupe et classe d'âges au 1er janvier 20092008*. Brussels : Service Public Fédéral Economie.
- Sindayihebura, E., & Gehrels, L. (2007). *Projet FER 2006. Assistance psychosociale et thérapeutique des demandeurs d'asile. Projet de formation et de soutien du personnel des centres d'accueil*. Brussels : Croix Rouge de Belgique, Com. Francophone.
- SPF Justice (1992). Loi relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. *Moniteur Belge*. 8-12-1992.
- Strand, M., Brown, C., Torgersen, T.P., & Giaever, O. (2009). *Setting the political agenda to tackle health inequity in Norway*. Geneva: WHO.
- Stronks, K., Ravelli, A.C.J., & Reijneveld, A. (2001). Immigrants in the Netherlands: Equal access for equal needs? *Journal of Epidemiological and Community Health*, 55, 701-707.
- Tackling Health Inequalities in Belgium TAHIB (2010). *L'inégalité sociale en matière de santé reste tenace en Belgique*. Brussels : Fondation Roi Baudouin.
- Tafforeau, J., Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Hesse, E., & Drieskens, S. (2010). HIS 2008 : *Santé subjective*. Bruxelles: Institut Scientifique de Santé Publique ISP WIV.

- Uitenbroek, D.G., & Verhoeff, A.P. (2002). Life expectancy and mortality differences between migrant groups living in Amsterdam, the Netherlands. *Social Sciences & Medicine*, 54, 1379-1388.
- Uiters, E. (2007). *Primary Health Care Use amongst Ethnic Minorities in the Netherlands: a comparative study*. Utrecht: Nivel.
- Uiters, E., Devillé, W., Foets, M., & Groenewegen, P.P. (2009). Use of healthcare services by ethnic minorities in the Netherlands: do the patterns differ? In: Uiters, E. (ed.), *Primary Health Care Use among Ethnic Minorities in the Netherlands: a comparative study*. Utrecht: Nivel, pp. 89-102.
- Union Européenne (2000). *Charte des Droits Fondamentaux*. 364/01. 7-12-2000. Brussels: Union Européenne.
- United Nations (1948). *Universal Declaration of Human Rights*. 10-12-1948. New York: United Nations.
- United Nations (1951). *Convention relating to the status of Refugees*. 1951. New York: United Nations.
- Van den Brande, P., Uydebrouck, M., Vermeire, P., & Demedts, M. (1997). Tuberculosis in asylum seekers in Belgium. *European Respiratory Journal*, 10, 610-614.
- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J. (2010). *Enquête de santé, 2008*. Bruxelles : ISP/WIV - Direction Opérationnelle Santé publique et surveillance.
- Vandenheede, H., & Deboosere, P. (2009). Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin. *Archives of Public Health*, 67, 62-87.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (1991). What can be done about inequalities in health? *The Lancet* 1991, 338, 1059-1063.
- WHO Regional Office for Europe (2010). *How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity ?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wolff, H., Epiney, M., Lourenco, A., Costanza, M., Delieutraz-Marchand, J., Andreoli, N., et al. (2008). Undocumented migrants lack access to pregnancy care and prevention. *BMC Public Health*, 8 (93).
- World Health Organisation (1978). *Declaration of Alma Ata on Primary Care*. 1978. Alma-Ata: World Health Organisation.
- World Health Organisation (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. 1986. Ottawa: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2008). *Health of Migrants*. 2008. WHA 61.17. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2009). *Achieving Millennium Development Goal 5: target 5A and 5B on reducing maternal mortality and achieving universal access to reproductive health*. 2009. Geneva: World Health Organisation.
- World Health Organisation (2010). *Stratégie mondiale visant à empêcher le personnel de santé de pratiquer des mutilations sexuelles féminines*. WHO/RHR/10.9. 2010. Geneva: World Health Organisation.
- Zuppinger, B., Kopp, C., & Wicker, H.-R. (2000). *Plan d'intervention pour la prévention du VIH/sida parmi la population migrante subsaharienne*. Berne: Institut d'ethnologie, Université de Berne.

LECTURES COMPLEMENTAIRES

Listes des directives européennes relatives à la santé et à la migration transposées en droit belge

Nom de la directive	Sujet de la directive
Directive 2004/38/EC of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004	On the right of citizens of the Union and their family members to move and reside freely within the territory of the Member States
Council Directive 2003/86/EC of 22 September 2003	Family reunification with indications on health care
Council Directive 2003/109/EC of 25 November 2003	Status of third-country nationals who are long-term residents considering dispositions on public health issues and indications on health care
Council Directive 2001/55/EC of 20 July 2001	Temporary protection in the event of a mass influx of displaced persons with indications on medical care including emergency care and essential treatment of illness
Council Directive 2003/9/EC of 27 January 2003	Reception of asylum seekers with indications on health care (information for medical assistance, medical screening, medical treatment for persons with special needs such as pregnant women, minors, persons subjected to torture, etc.)
Council Directive 2004/83/EC of 29 April 2004	Status of third country nationals or stateless persons as refugees or as persons who need international protection with indications on health care including medical assistance for persons with special needs such as pregnant women, disabled people, etc.
Council Directive 2004/81/EC of 29 April 2004	Residence permit issued to third-country nationals who are victims of trafficking in human beings considering indications on health care including psychotherapeutical care

Lectures complémentaires sur les inégalités de santé

- Whitehead M. and Dalghren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: *Levelling up Part 1*
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
- Dalghren G. and Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: *Levelling up Part 2*
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

Lectures complémentaires sur les concepts autour de la santé

- Organisation mondiale de la santé. Glossaire de la promotion de la santé. 1999.
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf

INSTITUTIONS DE REFERENCE

Cette liste d'institutions de référence se veut non-exhaustive et ne constitue que quelques pistes de contacts utiles.

National resource Centre for Ethnic Minority Health

NHS Health Scotland

Clifton House

Clifton Place

Glasgow G3 7LS

Email: nrcemh@health.scot.nhs.uk

Website: <http://www.nrcemh.nhsscotland.com>

Dutch National Bureau Against Racial Discrimination

Schaatsbaan 51

NL-3013 AR Rotterdam

Netherlands

Phone: +31 10 201 0201

Fax: +31 10 201 0222

Email: info@lbr.nl

Website: <http://www.art1.nl/>

Equal Treatment Commission Netherlands

P.O. Box 16001

NL-3500 DA Utrecht

Netherlands

Phone: +31 30 8883 888

Fax: +31 30 8883 883

Email: info@cgb.nl

Website: <http://www.cgb.nl/>

Migrant Friendly Hospitals Taskforce

Dr. Antonio Chiarenza

Coordinator of the Task Force Migrant Friendly Hospitals

Coordinating Centre of HPH Regional Network of Emilia-Romagna

AUSL of Reggio Emilia - Direzione Generale

Via Amendola, 2

42100 Reggio Emilia, Italy

E-mail: antonio.chiarenza@ausl.re.it

National Health Services United Kingdom

Department of Health

Richmond House

79 Whitehall

London SW1A 2NS

Phone: 020 7210 4850

Fax: 020 7210 5952

Website: <http://www.dh.gov.uk>

Office fédéral de la santé publique Suisse

Département Fédéral de l'Intérieur

Confédération Suisse

<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07685/07691/07830/10941/index.html?lang=fr>

Cellule Médiation Interculturelle & Support de la Politique

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

Place Victor Horta 40, bte 10

1060 Bruxelles

Tel. 02/ 524.86.25

Website : <http://www.intercult.be>

E-mail : hans.verrept@gezondheid.belgie.be

CONTACT

Prof. Vincent Lorant

Institut de Recherche Santé et Société
Université catholique de Louvain
Clos Chapelle-aux-Champs 30, boîte B1.30.15.
1200 Woluwé Saint Lambert
Vincent.lorant@uclouvain.be

Dr. Ilse Derluyn

Département d'Orthopédagogie
Université de Gand
H. Dunantlaan 2
9000 Gent
ilse.derluyn@UGent.be