

ÊTRE ENFANT EN CENTRE D'ACCUEIL

Renforcer les chances
des familles après l'exil

KATJA FOURNIER, KAAT VAN ACKER,
DIRK GELDOF & ANKE HEYERICK

acco
learn

Première sortie: 2023

Publié par

Acco cv, Sluisstraat 10, 3000 Louvain, Belgique
Courriel: uitgeverij@acco.be – Site web: www.acco.be

Pour les Pays-Bas:

Acco Publishing, Westvlietweg 67 F, 2495 AA La Haye, Pays-Bas
Courriel: info@uitgeverijacco.nl – Site web: www.accoutgeverij.nl

Conception de la couverture: www.frisco.be

Mise en page: Crius Group

© 2023 par Acco (Société coopérative académique cv), Louvain (Belgique)

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite et/ou publiée par voie d'impression, de photocopie, de microfilm ou par tout autre moyen sans l'autorisation écrite préalable de l'éditeur. L'éditeur a tenté de retrouver tous les détenteurs de droits d'auteur. Cette démarche n'a peut-être pas été couronnée de succès partout. Toute personne qui pense encore pouvoir faire valoir ses droits doit contacter l'éditeur.

D/2023/0543/380

NUR 130

ISBN 978-94-6414-968-5



EUROPEAN UNION
Asylum, Migration
and Integration Fund

Odisee Kenniscentrum
DE CO-HOOGESCHOOL Gezinswetenschappen

CONTENU

1. Mieux soutenir les enfants et les familles accueillies	9
1 Pourquoi faut-il porter de l'attention aux enfants et aux familles dans les centres?	10
2 La nécessité d'une vision	11
3 Qu'est-ce qu'une bonne prise en charge des enfants et des familles?	12
4 Quatre fondements	12
5 Que pouvez-vous attendre de ce livre?	14
6 Que pouvez-vous trouver dans ce livre? Un guide de lecture	15
7 Remerciements	17
8 Donner des chances aux enfants en centre	18
2. Vers une vision cocréée de l'accueil adaptée aux enfants: méthodologie et approche	23
1 Mettre en exergue le vécu des enfants dans les centres d'accueil	24
1.1 Les centres d'accueil: des réalités diverses	24
1.2 Qui avons-nous interviewé?	25
1.3 Analyse des interviews	26
2 Développer une vision cocréée de l'enfant en centre	27
2.1 Construire une vision commune	27
2.2 De la vision à la formation	28
3. L'enfance et la parentalité dans l'accueil	33
1 L'enfance dans un centre d'accueil	34
1.1 Être un enfant	34
1.2 Disputes et dynamiques de harcèlement	34
1.3 Une chambre comme un « chez-soi »?	35
1.4 Manger ce qui est prévu?	36
1.5 Les sanitaires collectifs sont souvent un point sensible	37
1.6 Les enfants sont ambivalents	38
2 Une parentalité mise à défi	39
2.1 Une vie meilleure pour les enfants	39
2.2 Un sens aigu des responsabilités	40
2.3 Vivre en contact avec différents styles de parentalité	41
2.4 L'attente ou l'impact de la procédure d'asile	42
3 L'évolution des rôles familiaux	43
3.1 Les relations familiales sous pression	43
3.2 La modification des rôles parentaux	44
3.3 Les enfants dans le rôle parental	46
4 Besoin de soutenir les familles	49

4. Soutenir une dynamique familiale positive	53
1 Sensibilisation aux différents cadres de référence	54
1.1 Accompagner les Familles: à partir de quel cadre de référence?	54
1.2 Reconnaître l'accueil collectif comme un contexte éducatif à part	55
2 Quel est le rôle des collaborateurs de l'accueil dans le soutien aux familles?	57
2.1 La nécessité d'un soutien familial	57
2.2 Les formes de soutien familial	60
2.3 Soutenir la relation parent-enfant	62
2.4 Soutenir une dynamique de groupe positive entre les enfants	64
3 Discuter de l'éducation des enfants et de la dynamique familiale	66
3.1 Une perspective transgénérationnelle, transculturelle et transnationale	66
3.2 Méthodes de conversation inspirantes	68
4 Soutenir les parents et les familles de manière ciblée et active	72
5. L'(in)sécurité des centres d'accueil pour enfants et familles	77
1 Un thème central pour les enfants, les parents et le personnel	77
2 Comment les enfants et les familles vivent-ils l'(in)sécurité?	78
2.1 Un continuum de la violence	78
2.2 Une interprétation large de l'(in)sécurité	80
3 Qu'est-ce qui détermine l'(in)sécurité dans l'accueil collectif?	81
3.1 Infrastructures non sécurisées	81
3.2 (In)sécurité relationnelle	84
3.3 Les nombreux visages de la violence dans les centres collectifs	87
3.4 Facteurs de sécurité, de connexion et de confiance	93
4 Plus d'attention à la sécurité	95
6. Œuvrer ensemble pour des centres d'accueil sûrs	99
1 Prévenir l'insécurité et la violence	100
1.1 Un cadre de vie positif et un encadrement de qualité	100
1.2 Être conscient des obstacles au signalement de l'insécurité	101
1.3 La Participation comme prévention	105
1.4 Les analyses de risque: rendre l'insécurité visible	107
2 Répondre à la violence	109
2.1 Reconnaître les signes	109
2.2 Réagir face à et après la violence	112
2.3 Surveiller les situations sensibles en équipe	118
2.4 Attention particulière à la violence sexuelle	120
2.5 Orientations ciblées si nécessaire	121
3 Briser le tabou de la violence	123

7. Œuvrer au bien-être psychosocial des familles	127
1 Le modèle traumatique	128
1.1 Qu'est-ce que le modèle traumatique?	128
1.2 Approche critique du modèle traumatique	129
2 Approche psychosociale du bien-être	131
3 Approche psychosociale dans la pratique de l'accueil	133
3.1 Conditions préalables à une conversation sur la santé mentale	133
3.2 Demandes directes et indirectes de soutien	135
3.3 Réorientations: efficaces ou pas?	137
3.4 Investir dans le bien-être psychosocial	139
4 Soutien psychosocial aux enfants et aux parents	141
8. Faire le lien avec l'enseignement et les loisirs	145
1 Les travailleurs comme intermédiaires clés	145
2 Soutenir l'enseignement pour tous les enfants	145
2.1 « School is cool »	146
2.2 Coopération avec les écoles	147
2.3 Recherche commune d'un enseignement adapté	149
2.4 Soutenir les enfants dans leur travail scolaire	150
2.5 Faire le lien, c'est aussi impliquer les parents	151
2.6 Les enfants ayant des besoins d'apprentissage spécifiques	153
2.7 Éviter les transferts entre centres	154
3 Faire le lien avec le jeu, le sport et les loisirs	155
3.1 Temps libre dans le centre	155
3.2 Espaces adaptés aux enfants dans le centre	157
3.3 Faire le lien avec l'offre de loisirs au niveau local	158
4 Pas toujours compétent, mais coresponsable	160
9. Travailler dans le respect de l'enfant et de la famille en tant qu'intervenant social	163
1 Travailler dans un secteur d'accueil sous pression constante	164
1.1 Un mode de crise normalisé	164
1.2 Les crises d'accueil touchent tous les centres d'accueil	165
1.3 La temporalité des centres menace la qualité de l'accueil	166
1.4 Faire face à l'ambiguïté sociale	167
1.5 Se débattre avec l'ambiguïté institutionnelle	168
2 Travailler dans un centre d'accueil	169
2.1 La gestion du personnel en gestion de crise?	169
2.2 La rotation du personnel comme facteur de risque pour la pérennité	170
2.3 Travailler ensemble en équipe	171
2.4 Cadre ou flexibilité?	172

3	Les résidents et le personnel partagent le sentiment d'(im)puissance et le besoin de reconnaissance	175
4	Besoin d'être soutenu et de prendre soin de soi	177
4.1	Le besoin d'être soutenu	177
4.2	Importance de prendre soin de soi	178
5	Investir durablement dans le personnel d'accueil	180
10.	Les voies à suivre... Recommandations politiques	183
1	Une responsabilité partagée	184
2	Un hébergement adapté aux enfants	184
3	Soutenir les enfants implique de soutenir les familles	185
4	Infrastructure adaptée aux enfants et aux familles	186
5	Faire de la sécurité une priorité politique	187
5.1	Un plan pour la sécurité des enfants et des familles	188
5.2	Politique du personnel dans une optique de sécurité	189
5.3	Processus internes et coopération externe	189
5.4	Traitement des situations de violence et gestion des risques	190
5.5	Des conditions humaines, qui protègent et qui facilitent un vivre ensemble	191
5.6	Suivi de la mise en œuvre du plan de sécurité	191
6	Faire le lien: organiser un réseau solide autour des centres d'accueil	192
6.1	Répondre aux besoins en matière de soins de santé mentale	192
6.2	Renforcement des liens avec l'enseignement	193
7	La politique d'asile et d'accueil est-elle adaptée aux enfants?	194
8	Prendre en compte l'intérêt supérieur des enfants	196
	Bibliographie	197

7. ŒUVRER AU BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL DES FAMILLES

CE CHAPITRE A ÉTÉ COÉCRIT PAR ZEHRA ALTUN COLAK.

Vivre dans une structure d'accueil collective déséquilibre le bien-être des enfants et des familles. Ce contexte si particulier pose bien des défis aux parents quant à l'exercice de leur parentalité et exerce une pression sur la dynamique familiale et même sur le sentiment de sécurité, au sens large.

Dans ce chapitre, nous nous concentrons sur le bien-être psychosocial et la santé mentale des enfants et des familles. Comment les travailleurs des centres d'accueil peuvent-ils travailler sur ce point? Les travailleurs sociaux occidentaux abordent souvent les problèmes de bien-être psychosocial et de santé mentale sous l'angle du traumatisme. L'accent est alors mis sur la prévention et le traitement de troubles tels que le syndrome de stress post-traumatique (SSPT), la dépression ou l'anxiété (De Haene & Rousseau, 2020; Kien *et coll.*, 2019; Nickerson *et coll.*, 2011). Pour travailler sur le bien-être et la santé mentale des enfants et des familles en centre, il est aussi logique de ne pas partir de la seule perspective du traumatisme, mais d'adopter également une approche psychosociale plus large.

Pour montrer comment cela peut être appliqué concrètement, nous considérons d'abord l'importance d'adopter une posture qui prenne en compte à la fois une perspective axée sur le modèle traumatique et sur l'axe psychosocial dans l'accompagnement aux familles de réfugiés. Nous abordons ensuite les différentes étapes du travail sur le bien-être psychosocial et la santé mentale des familles de réfugiés. Cela implique de bien déceler les problèmes de santé mentale, de les reconnaître et de trouver comment les aborder avec les personnes intéressées. Il s'agit ensuite de parvenir à une demande d'aide et de mobiliser une intervention qui corresponde aux besoins du membre de la famille. Dans chacune de ces étapes, les différences linguistiques et le manque d'interprètes, les différences culturelles concernant la façon de parler des problèmes psychosociaux et de les comprendre jouent un rôle, sans oublier le manque de possibilités d'orientation vers une aide qui serait adaptée à la diversité (culturelle) des besoins.

1 LE MODÈLE TRAUMATIQUE

1.1 QU'EST-CE QUE LE MODÈLE TRAUMATIQUE?

Les questions de santé mentale des réfugiés ont suscité une grande attention de la part des chercheurs et des professionnels au cours des dernières décennies, en particulier l'impact de la violence, des conflits, des abus et des violations des droits de l'homme sur le bien-être. Cette orientation est fortement inspirée d'une approche médicale, également connue sous le nom de « modèle traumatique ». Ce modèle vise principalement à comprendre et à diagnostiquer les problèmes et les troubles, et à traiter les symptômes par des interventions pharmacologiques ou psychothérapeutiques (de Berry *et coll.*, 2003; Ryan *et coll.*, 2008). Il s'appuie sur la reconnaissance du syndrome de stress post-traumatique (SSPT) comme une maladie officielle et une catégorie de diagnostic. Le SSPT se distingue ainsi de la dépression et de l'anxiété.



DÉFINITIONS

Trouble de stress post-traumatique (SSPT)

Dans le cas du trouble de stress post-traumatique, les groupes de symptômes suivants peuvent apparaître après l'exposition à des événements mettant la vie en danger, qui ont provoqué une anxiété intense (de mort):

- > symptômes intrusifs (cauchemars, flashbacks, pensées sur l'expérience);
- > évitement des stimuli de type traumatique (bruits, uniformes, groupes);
- > modifications dans la capacité de réflexion et dans l'humeur (pensée négative, incapacité à se souvenir de tout, manque d'intérêt pour les choses, isolement);
- > hypervigilance, mauvais sommeil, promptitude à la colère, à la surprise, difficulté à se concentrer).

Troubles de l'anxiété

Les troubles anxieux sont des formes de peur et d'anxiété excessives (anticipation craintive) qui sont plus souvent présentes qu'habituellement pendant au moins six mois et qui sont liées à un certain nombre d'événements ou d'activités. La personne a alors du mal à contrôler ses sentiments d'anxiété. La peur et l'anxiété s'accompagnent d'au moins trois des six symptômes suivants:

- > agitation;
- > fatigue;
- > difficulté à se concentrer;
- > irritabilité;
- > tension musculaire;
- > troubles du sommeil.

Les troubles anxieux entraînent des restrictions dans la vie sociale et/ou professionnelle.

Dépression

La dépression se caractérise par un ensemble de symptômes qui entravent le fonctionnement de la personne:

- > humeur morose;
- > troubles du sommeil;
- > inhibition mentale et physique;
- > fatigue et perte d'énergie;
- > perte d'appétit et de poids;
- > sentiments de dévalorisation ou de culpabilité;
- > réduction de la capacité de réflexion, à se concentrer;
- > des décisions et réflexions sur la mort et le suicide.

Source: Pharos (2020), DSM-5.

Une importante méta-analyse d'études sur les problèmes de santé mentale chez les enfants réfugiés montre que plus d'un enfant sur cinq (22,7 %) souffre de SSPT, que plus d'un enfant sur sept (15,7 %) souffre de troubles anxieux ou que plus d'un enfant sur huit (13,8 %) est déprimé ou présente des symptômes dépressifs (Blackmore et coll., 2020). Bien que ces catégories de diagnostic puissent parfois être très utiles aux travailleurs sociaux et aux familles, nous émettons des réserves quant à une approche trop unilatérale, et donc restreinte, du traumatisme.

1.2 APPROCHE CRITIQUE DU MODÈLE TRAUMATIQUE

Une approche unilatérale du traumatisme pose trois problèmes. Premièrement, ces approches sont fondées sur des concepts psychiatriques intrinsèquement occidentaux. Le SSPT a été développé dans un contexte sociopolitique spécifique en Amérique du Nord pour évaluer les vétérans, masculins, du Vietnam. Elle n'est donc pas applicable sans discernement aux réfugiés d'autres cultures. Briere (2004, p. 103) argumente qu'une culture, par exemple, place les effets du traumatisme dans la psyché, une autre culture suppose que les effets se font sentir dans le corps, et encore d'autres cultures interprètent la blessure comme étant spirituelle. Les différentes cultures s'inspirent de différentes visions du monde qui mettent l'accent sur des thèmes tels que la spiritualité, l'holisme et l'harmonie dans leur compréhension du bien-être psychosocial, de la maladie et de la santé (Fernando, 2018). Pourtant, le SSPT est trop souvent considéré comme une approche scientifique universelle et les modèles culturellement pertinents et les systèmes de guérison développés dans d'autres contextes géographiques et culturels ne reçoivent que peu d'attention. En envisageant les choses sous l'angle unique du traumatisme, nous risquons de perdre le contact avec les

expériences des familles. Il devient alors plus difficile de parvenir à une compréhension partagée, à une demande d'aide et à une approche utile.

Une deuxième critique fondamentale est la tendance des paradigmes du traumatisme à individualiser les problèmes de santé mentale (Kleinmann, 1997; Summerfield, 1999). Par conséquent, ils sous-estiment l'impact des facteurs de stress sociaux et matériels après l'exil et pendant le processus de (ré)installation. L'accent est alors mis sur les événements du contexte prémigratoire (King et coll., 2021 ; Lenette, 2011). Les chapitres précédents de cet ouvrage ont montré comment les conditions matérielles et sociales après l'exil ont également un impact majeur sur la qualité de vie des parents et des enfants en accueil. Ils sont tout aussi déterminants pour le bien-être psychosocial et les résultats en matière de santé mentale (Riley et coll., 2017). Un travailleur social le décrit bien:

« Avec les enfants, oui, cette insécurité, l'insécurité permanente vécue par les enfants qui restent dans un centre. "Vais-je rester en Belgique? Je ne reste pas en Belgique? On m'a déjà donné une réponse négative tant de fois". L'impact de la procédure sur la mère ou le père a bien sûr aussi des conséquences sur les enfants en termes de motivation à poursuivre l'école, de motivation à apprendre le néerlandais, de motivation à sortir de la chambre ou à essayer de participer à la vie du centre ou aux activités que nous essayons de proposer: aller sur les terrains de jeux, aller dans les camps de vacances. Les enfants se désintéressent. Pas plus tard que la semaine dernière, il y avait un garçon irakien qui pleurait, qui pleurait et qui disait: "Je n'ai pas d'avenir en Belgique. Je ne vois pas d'avenir dans mon pays d'origine. Nous sommes en Belgique depuis quatre ans et nous sommes toujours dans le centre d'accueil". Vous remarquez que cela a forcément un impact très lourd sur la psyché et l'état d'esprit des enfants. C'est inévitable. »

– Collaborateur d'un centre d'accueil

La concentration sur le « trauma » entraîne un troisième problème. Celui de la « pathologisation » de réactions normales pour toute personne qui, dans sa vie, doit faire face à des événements extrêmement difficiles. Cela peut conduire à réduire les réfugiés à leur condition de victimes qui seraient vulnérables par essence. Cette approche ne tient pas compte des réfugiés en tant qu'« acteurs » et experts de leur propre vie. Les catégories prédéfinies de maladie mentale sont privilégiées par rapport aux points de vue, aux besoins et aux priorités des réfugiés eux-mêmes en matière de bien-être psychosocial et de santé mentale (Summerfield, 1995; Watters & Derluyn, 2018). Il est également dangereux de limiter les interventions de bien-être psychosocial au niveau intrapsychique. Malgré les avantages de ces interventions – telles que l'apport de confort et de sens –, elles peuvent accroître encore l'impuissance des réfugiés à changer leur situation (Morgan et coll., 2017). In extremis, les modèles de traumatisme peuvent conduire à une stigmatisation accrue des réfugiés, car ils déconnectent les gens du contexte de leurs expériences et des significations qu'ils leur donnent (Summerfield, 1999).

Nous plaidons donc pour une approche plus large du bien-être dans les centres d'accueil, visant à renforcer le bien-être psychosocial des enfants et des familles en accueil. Dans une phase ultérieure et plus spécifique du traitement, une place peut être faite de manière appropriée au traitement des traumatismes après et/ou en plus de l'approche psychosociale générale. Il est également important de mentionner que de nombreux traumatologues travaillant avec des réfugiés sont conscients des lacunes d'une approche unilatérale du traumatisme et les abordent dans leur travail (collaboratif).

Dans la section suivante, nous décrivons les caractéristiques les plus importantes de l'approche psychosociale et nous verrons comment le personnel d'accueil peut utiliser cette approche pour discuter des problèmes, formuler une demande d'aide partagée et ensuite engager une aide qui soit conforme au cadre de vie et aux besoins des familles.

2 APPROCHE PSYCHOSOCIALE DU BIEN-ÊTRE

Ces dernières années, les approches axées sur le traumatisme ont été de plus en plus complétées ou remises en question par des modèles psychosociaux plus larges, qui attirent l'attention sur les conditions matérielles et sociales dans lesquelles vivent les réfugiés, afin de mieux comprendre leur bien-être et leur santé mentale dans le contexte post-migratoire (Allan, 2015; Rasmussen & Annan, 2010; Song & Ventevogel, 2020).

L'émergence des modèles psychosociaux remonte aux années 1970 et 1980. Ils trouvent leurs racines dans les mouvements de défense des droits de l'Homme en Amérique latine et en Afrique du Sud (Meyer *et coll.*, 2016). Là, les psychologues et psychiatres exilés ont développé des interventions *communautaires* pour accompagner les survivants d'abus et de violence (Miller & Rasmussen, 2010). En outre, dans le domaine humanitaire, l'accent est passé des « défauts » des individus à l'importance d'un environnement social favorable pour faire face aux défis psychologiques (Ager, 1997). Complétant les approches axées sur les traumatismes, les modèles psychosociaux se concentrent sur les facteurs post-migratoires plutôt que sur les expériences traumatiques passées.

Cette démarche s'appuie sur un large concept de bien-être. Une conception étroite du bien-être est liée à un état d'esprit individuel et suppose la dichotomie entre maladie et santé (Lenette, 2011). Un concept plus large de bien-être fait référence à un équilibre entre la satisfaction physique, émotionnelle, psychologique et spirituelle. Un tel équilibre est associé à de faibles niveaux d'inconfort et à une

qualité de vie optimale. À partir de cette vision large, on utilise parfois le concept de « bien-être ». Avec le bien-être, on met l'accent sur l'expérience subjective de la personne: comment les gens ressentent-ils leur bien-être? Un rapport récent de Fedasil (2021) sur le bien-être dans les centres d'accueil analyse le bien-être des résidents selon les dix *capacités* de Martha Nussbaum.



LE BIEN-ÊTRE SOUS L'ANGLE DES DIX CAPACITÉS (CAPABILITIES) DE NUSSBAUM

(Description des *capabilities* selon den Braber & Tirions, 2016)

De quelles *capacités* les gens ont-ils besoin?

1. **Vie:** être capable de vivre une vie conforme à une durée de vie normale.
2. **Santé physique:** être capable de vivre une vie saine, se reproduire, se nourrir, se loger.
3. **Intégrité physique:** pouvoir se déplacer librement sans être menacé par la violence, y compris la violence sexuelle et familiale.
4. **Imagination et pensée:** avoir la capacité d'utiliser ses sens, d'imaginer, de penser et de raisonner. Pensez aussi à la liberté de religion, de littérature, de musique, de science.
5. **Sentiments:** être capable de s'attacher à des choses et des personnes extérieures à soi, aimer, pleurer, avoir du chagrin, avoir de la colère.
6. **Raison pratique:** être capable de se faire des idées sur le bien et d'organiser sa vie en conséquence, penser à la liberté de conscience et à la liberté de pratiquer une religion.
7. **Liens sociaux:** être capable de vivre avec et pour les autres: créer des liens sociaux, faire partie d'une communauté, respect et estime de soi, lutte contre la discrimination fondée sur le genre, l'origine ethnique, la sexualité, la caste, la religion, la nationalité.
8. **Autres espèces biologiques:** peuvent vivre avec les animaux, les plantes, la nature.
9. **Jouer:** être capable de rire, de jouer et de créer.
10. **Façonner son propre environnement:** être capable de participer politiquement, matériellement, et d'être actif sur le marché du travail.



EXERCICE EN ÉQUIPE

Pour chacune des dix *capacités*, réfléchissez à la mesure dans laquelle les résidents les possèdent. Pour ce faire, partez des questions directrices suivantes:

- Dans quelle mesure les enfants et les familles peuvent-ils [vivre/jouer/se socialiser]?
- Comment accroître les possibilités des enfants et des familles dans les limites des infrastructures et des politiques actuelles?
- Dans un monde idéal, comment cela serait-il possible? Quel type de centre offre le plus de possibilités de [vie/jeu/lien social]?

Les approches psychosociales partent du principe qu'en plus des caractéristiques individuelles, l'environnement social et physique influence également la santé. Dans les centres d'accueil, la qualité de vie d'un réfugié peut être compromise par les facteurs de stress matériel quotidiens, notamment les mauvaises conditions d'infrastructure (Chiumento *et coll.*, 2020; Fazel *et coll.*, 2012). Les facteurs de stress social quotidiens, tels que l'accès limité aux mécanismes de soutien, la séparation des membres de la famille et l'exposition au racisme et à la discrimination, contribuent également à la pression psychologique (Montgomery & Foldspang, 2008). Un modèle socio-écologique relie ces facteurs de stress au niveau des centres d'accueil au contexte social et politique plus large qui régit les conditions d'asile et d'accueil. Après tout, les facteurs au niveau individuel sont inextricablement liés à l'environnement social immédiat, qui à son tour est lié au contexte culturel et politique plus large.

3 APPROCHE PSYCHOSOCIALE DANS LA PRATIQUE DE L'ACCUEIL

Comment travailler à partir d'une approche psychosociale dans la pratique quotidienne de l'accueil en centre ouvert? Comment créer les conditions pour que les enfants et les familles se sentent en sécurité pour parler de la santé mentale? Comment arriver à ce qu'une demande d'aide soit adressée alors que celle-ci, au départ, n'est pas toujours lisible? Comment orienter et, enfin, comment promouvoir le bien-être psychosocial dans le centre?

3.1 CONDITIONS PRÉALABLES À UNE CONVERSATION SUR LA SANTÉ MENTALE

Lorsqu'un membre de la famille est aux prises avec des problèmes psychologiques, cela peut se traduire de nombreuses façons dans la vie quotidienne d'un centre. Les problèmes psychologiques peuvent se manifester par des incidents, des comportements transgressifs ou une dynamique familiale problématique (chapitres 4 et 5). Cependant, avant que les situations problématiques ne se produisent, des signes peuvent attirer l'attention (chapitre 6). Les expériences traumatiques s'infiltrent partout dans le centre: dans les espaces communs, dans les activités et dans les relations humaines et familiales.

« Ce que je trouve difficile, c'est que les enfants soient perturbés pendant une activité, [...] que pendant une activité, ils soient perturbés par leur traumatisme ou ce qui s'est passé. Il est arrivé que les enfants deviennent parfois agressifs et qu'on ne puisse pas communiquer avec eux à ce moment-là... Que pour des raisons psychosociales,

quelque chose comme ça se produise soudainement, une situation dans laquelle ils sont agressifs envers les autres enfants et même parfois envers les collaborateurs. [...] Quelle est la meilleure façon de réagir à ce moment-là? Je pense que c'est quelque chose que j'aimerais apprendre à l'avenir. »

– Collaborateur d'un centre d'accueil

Il n'est pas toujours facile pour le personnel d'accueil de savoir si et comment réagir dans de telles situations, ou comment entamer ensuite une conversation sur les difficultés psychologiques avec des résidents. Il ne reçoit que peu ou pas de formation sur ces sujets. Le personnel d'accueil n'est ni thérapeute ni psychologue de formation. Cependant, il est important d'apprendre à identifier les besoins et les demandes d'aide et à les orienter si nécessaire.

Lorsqu'il s'agit de répondre à des situations de crise, le principe « d'abord réguler, puis rapprocher, et ensuite raisonner » s'applique à nouveau (voir chapitre 6). Tout d'abord, le personnel d'accueil peut aider l'enfant ou les autres résidents à réguler leurs émotions. Ensuite, ils peuvent se concentrer sur le lien relationnel. Enfin, il devient possible de discuter des difficultés psychologiques et des possibilités de soutien ou d'aide. Un membre du personnel illustre combien il peut être important d'offrir un espace de parole et d'être prêt à écouter.

« Beaucoup de discussions et beaucoup d'écoute. Beaucoup d'écoute. [...] Surtout dans une situation comme celle-ci, vous ne pouvez pas offrir beaucoup de solutions, car vous n'avez aucun contrôle sur les personnes qui entrent dans votre centre et sur les traumatismes ou les problèmes de ces personnes. Mais je remarque que beaucoup de gens écoutent et essaient de penser en termes de solutions... Si les gens voient que vous faites un effort, je pense qu'ils vous respectent beaucoup et c'est beaucoup plus agréable que de se heurter à un mur ou de le laisser parler pendant un moment et de dire ensuite: "Désolé mon pote, mais c'est la vie ici. Il faut faire avec". Alors vous ne les avez pas aidés. S'ils proposent eux-mêmes une solution et que vous y réfléchissez ensemble à haute voix ou que vous dites: "Je vais voir avec le responsable" ou quelque chose comme ça, [...] alors cela semble beaucoup plus facile pour les résidents aussi: "J'ai été entendu et je suis écouté". Même si 9 fois sur 10, cela ne sert à rien et que probablement rien n'est fait pour changer la situation, ils ont toujours le sentiment que, oui, ils comptent, que les gens les écoutent. »

– Collaborateur d'un centre d'accueil

Un entretien sensible à la diversité tente de prendre en compte les systèmes de signification culturellement spécifiques que les familles de réfugiés de différents pays d'origine et groupes culturels utilisent pour expliquer et répondre à la détresse psychologique. Certains utilisent également des modèles explicatifs très différents de la détresse psychologique, comme la possession ou les mauvais esprits (djinn, mauvais œil). La cause est alors attribuée à une « puissance supérieure » et non à des expériences traumatisantes. Dans certaines communautés,

il existe une idée selon laquelle les personnes souffrant de troubles psychologiques sont folles et sont exclues. Dans ce cas, les gens voudront éviter à tout prix l'étiquette de « la santé mentale » et la visite d'un psychologue peut être très délicate. La recherche souligne l'importance de reconnaître les différentes interprétations culturelles de la santé et de la maladie (Colucci et coll., 2015).

La santé mentale est souvent un sujet tabou pour les enfants et les familles. La santé mentale est un sujet sensible pour beaucoup, même sans histoire d'exil. La peur de l'exclusion, les jugements et les sentiments de honte peuvent jouer un rôle à cet égard. Il n'est pas non plus facile de mettre des mots sur des sentiments et des expériences, et certainement pas dans une autre langue. La question se pose également de savoir si la période intermédiaire pendant laquelle les familles se retrouvent à l'accueil est le « bon » moment pour discuter des expériences traumatisantes. Une autre question est de savoir si les approches existantes (souvent linguistiques) sont les plus appropriées. S'il y a des doutes à ce sujet, il est important que l'équipe en discute et, si nécessaire, demande l'avis d'un psychologue ou d'un psychiatre.

« Ils ont aussi la question, est-ce que vous allez utiliser un psychologue par exemple maintenant, dans cette période. En fait, ils attendent toujours une décision. Est-ce qu'un psychologue va ouvrir ce bocal de traumatisme avec en fait aussi l'incertitude que peut-être la semaine prochaine la famille sera partie, car la réponse sera peut-être négative. »

– Collaborateur d'un centre d'accueil

3.2 DEMANDES DIRECTES ET INDIRECTES DE SOUTIEN

Il n'est pas toujours évident de reconnaître les besoins de soutien psychosocial des résidents. Ces besoins sont souvent exprimés de manières diverses. Certains parents demandent de l'aide parce que leurs enfants dorment mal, font des cauchemars, sont alités ou ont un comportement difficile. Lors des entretiens, le personnel d'accueil nous a dit qu'il ne savait parfois pas comment traiter ces plaintes. Dans certains groupes culturels, les plaintes psychologiques sont plus souvent « exprimées » par des moyens somatiques. Les personnes se plaignent de maux de ventre, ou de maux de tête; ce phénomène est également fréquent chez les enfants. Plusieurs parents ont indiqué qu'ils ne se sentaient pas pris au sérieux lorsqu'ils recevaient la réponse: « Prenez une aspirine ou buvez de l'eau ».

Les plaintes psychosomatiques peuvent être un point de départ pour initier un soutien psychosocial, mais c'est loin d'être simple. Par conséquent, le personnel d'accueil et les parents ont régulièrement l'impression qu'ils « doivent » laisser les situations s'envenimer avant qu'une demande ou un besoin de soutien ne soit pris en compte.

R: « Par deux fois, ma fille a voulu se suicider. Une fois, elle s'est poignardée. [...] Deux policiers sont venus pour ça. Et la deuxième fois, elle a essayé de sauter par la fenêtre. Mais maintenant c'est mieux. »

I: « Savez-vous quelles sont les raisons pour lesquelles votre fille se sent mal? »

R: « Nous avons fui à cause des problèmes. Nous avons fui et en chemin, nous avons eu des problèmes psychologiques. À un moment donné, nous ne nous sentions pas bien. C'était dû aux circonstances, à notre voyage ici. Nous avons fui la Palestine pour la Grèce. Notre condition ici peut nous mettre mal à l'aise. Je cherche un psychiatre pour mon petit garçon. »

– Mère célibataire, originaire de Palestine, 2 enfants

Plusieurs des parents que nous avons interrogés avaient demandé un soutien psychologique pour leur(s) enfant(s). Pour certains parents, la reconnaissance des difficultés de leurs enfants et de la nécessité d'une aide extérieure s'est accompagnée d'un sentiment d'impuissance et de perte du rôle parental.

« Je pense que les parents n'ont souvent pas les outils nécessaires pour faire face à cela chez leurs propres enfants. Pour de nombreux parents, la situation dans laquelle ils se trouvent actuellement est également nouvelle. Ce n'est pas comme s'ils étaient déjà passés par là et pouvaient en tirer des leçons qu'ils pourraient transmettre à leurs enfants. (...) Je pense qu'en tant que parents, ils peuvent aussi voir que leurs enfants souffrent, mais ils n'ont peut-être pas les bonnes compétences ou ne savent pas comment gérer cela chez leurs propres enfants. Je sais que certains parents consultent à ce sujet, notamment pour savoir comment assumer ce rôle de parent en Belgique. "Comment puis-je parler de cela avec mes enfants?", car ce n'est pas évident. »

– Intervenant social

Parfois, les enfants eux-mêmes demandent de l'aide, mais leur demande d'aide n'est pas toujours la même que celle de leurs parents. Dans certains cas, le besoin de soutien de l'enfant peut également rendre le ou les parents plus ouverts au soutien psychologique.

R: « J'ai aussi un psychologue. J'ai des amis congolais et nous nous voyons. Nous avons vécu les mêmes choses. Nous essayons de parler des choses qui nous dérangent. Nous nous entraïdons également. »

I: « A-t-il été facile ou difficile pour vous d'accepter de voir un psychologue? »

R: « Avant, je ne savais pas vraiment à quel point ce serait important pour moi. Au début, je devais accompagner ma fille à ses séances. Et puis j'ai réalisé qu'il y avait aussi des choses que j'aimerais partager. Comme ils me l'avaient proposé il y a quelque temps, j'ai accepté l'offre. »

– Mère célibataire, originaire de RD du Congo, 3 enfants

Se mettre d'accord sur une demande d'aide partagée est souvent un défi. Le personnel d'accueil doit avoir une compréhension des autres modèles explicatifs possibles que les familles peuvent utiliser. Ils doivent être capables de faire

abstraction de leur propre point de vue afin d'aborder les résidents avec curiosité et sans porter de jugement. Cela nécessite également une prise de conscience et une autoréflexion sur leur cadre de référence personnel, familial et culturel (Lecoyer & Oizaz, 2022).



CONSEILS POUR DISCUTER DE LA SANTÉ MENTALE

- Établissez des relations de confiance. Cela prend du temps et des contacts informels réguliers. Essayez de vous adresser aux gens avec des termes qui leur sont acceptables: *stress, inquiétude, mal dormir, penser beaucoup, avoir la tête pleine*.
- Mentionnez que vous savez qu'il est difficile de parler de sujets sensibles.
- Dites-leur que vous savez que beaucoup de personnes qui ont dû fuir ont des problèmes psychologiques et que c'est normal, à cause de ce qu'elles ont vécu. Parler d'abord des autres peut être plus sécurisant.
- Posez des questions sans porter de jugement sur les croyances de l'enfant et des parents, sur la façon dont ils expliquent les symptômes, les plaintes ou les difficultés.
- Travaillez avec un interprète qualifié ou un médiateur culturel pour surmonter les barrières linguistiques.
- Demandez à l'enfant et au parent quel soutien ils souhaitent. Selon eux, qu'est-ce qui pourrait aider et qui pourrait prodiguer l'aide? Si votre propre estimation diffère de celle des parents ou de l'enfant, présentez votre propre estimation avec prudence et faites de la place pour ce que pensent l'enfant et les parents. Soyez prêt à réviser votre propre idée.
- Si la famille (le membre) le souhaite, il peut être utile d'assister à une première rencontre avec le médecin de famille, un psychologue ou un psychiatre, afin de transmettre la confiance.
- Encouragez les résidents à créer des moments où ils peuvent se changer les idées.
- Si les familles refusent l'aide, répondez avec compréhension. Expliquez à nouveau pourquoi vous pensez qu'une forme particulière d'aide ou de soutien pourrait l'aider à se sentir mieux. Au bout d'un certain temps, il peut être intéressant de suggérer à nouveau le soutien, de manière non contraignante.

Inspiré par Pharos (2019).

3.3 RÉORIENTATIONS: EFFICACES OU PAS?

Tout ne peut pas être géré dans un centre d'accueil. Parfois, le personnel d'accueil doit orienter les résidents vers un autre centre. Ce n'est pas toujours évident. Un obstacle important est l'obligation de répéter la demande d'aide souvent, et à différentes personnes, avant que les personnes puissent être référées à un professionnel de la santé mentale.

« Mais parfois [...] nous pensons qu'il serait bon pour lui de voir un psychologue. Donc, si nous décidons cela, alors l'assistant social individuel doit effectivement référer le résident au service médical et alors le résident doit effectivement dire quel est le problème et discuter de la nécessité d'un psychologue. Et ensuite, on l'envoie chez le médecin. Et si le médecin du centre est d'accord, il rédige une recommandation. Grâce à cette référence, nous pouvons offrir trois mois de soutien psychologique, puis je contacte le psychologue pour un rendez-vous. Nous avons quelques psychologues permanents avec lesquels nous travaillons, car tous les psychologues ne sont pas ouverts à travailler avec le groupe cible et certainement pas avec un interprète. »

– Intervenant social

Le fait de devoir répéter les difficultés est inconfortable — et dans des cas extrêmes, cela peut à nouveau s'avérer traumatisant — pour les enfants ou leurs parents. À tout le moins, cela donne le sentiment aux demandeurs d'asile qu'il leur faut se justifier afin de pouvoir bénéficier d'une aide extérieure. Le manque de temps pour raconter, en toute confiance, son parcours, est également un obstacle. Cela peut être stressant à la fois pour le résident et pour l'intervenant/psychologue, qui ont l'impression de devoir prouver que l'accompagnement est « efficace ». En outre, il existe de nombreux obstacles à franchir avant qu'un rendez-vous ait effectivement lieu.

« Il faut qu'ils aient une recommandation, nous devons chercher dans notre réseau, trouver le bon "psy" pour la bonne personne, parce que chaque psychologue avec qui nous travaillons a des priorités différentes. Nous devons donc savoir quel accent est vraiment important ici et faire un rapprochement. Nous devons demander: "Avez-vous de la place pour un nouvel accompagnement? Si oui, à quel moment? Faut-il un interprète?" Nous avons du mal à trouver des interprètes pour certaines langues. Il y a donc un seuil d'exigence assez élevé avant que quelqu'un puisse commencer.

Par exemple, nous avons une situation, en ce moment, avec quelqu'un qui a demandé un accompagnement psychologique au début du mois de juillet, ce que nous soutenons pleinement. Une demande a été adressée et relayée vers un professionnel. Mais les premières semaines, nous n'avons pas trouvé de psychologue qui avait de la place. Maintenant que nous avons quelqu'un qui peut recevoir cette personne, qui a des créneaux horaires libres, nous ne pouvons pas trouver un interprète. Donc cet homme attend depuis deux, presque trois mois maintenant, pour démarrer. Pour des raisons purement pratiques. Et je pense que c'est parfois difficile à comprendre pour les résidents. Parce que nous recevons souvent la question suivante: "Pourquoi cela prend-il tant de temps?" Et nous essayons d'expliquer. Mais ils ne le comprennent pas toujours. Ils ont souvent l'impression que nous ne voulons pas vraiment les aider, alors que ce n'est absolument pas le cas. »

– Intervenant social

Les listes d'attente longues — et extrêmement longues pour la psychiatrie pédiatrique — et la résistance à travailler avec le groupe cible et/ou avec des interprètes sont des obstacles souvent mentionnés. Comme l'orientation échoue ou

prend beaucoup de temps, les gens optent souvent, dans ce laps de temps d'attente, pour un soutien médical. Différents collaborateurs ont remis en question la prescription (fréquente) de produits psychopharmaceutiques.

« La surmédication, c'est aussi quelque chose qui, je l'ai dit tout à l'heure, me touche beaucoup. Je pense qu'il y a des résidents qui deviennent dépendants aux médicaments dans les centres d'accueil. »

– Infirmière

Le personnel d'accueil ne peut pas éliminer ou compenser tous ces obstacles. Cependant, il peut entamer la conversation de manière aussi ouverte et empathique que possible. Être préparé signifie également disposer d'une carte sociale claire et à jour, sensibiliser les personnes extérieures aux besoins spécifiques des demandeurs d'asile et de leurs diverses nationalités et cultures d'origine, effectuer des orientations chaleureuses et tenter activement de faire tomber les barrières internes et externes. Tout cela fait partie des possibilités d'action du personnel d'accueil. Les opérations quotidiennes peuvent également se concentrer sur le renforcement d'un large bien-être psychosocial et sur les actions et attitudes résilientes des membres de la famille (Groeninck et coll., 2019).



RÉORIENTER: QUELLE PRATIQUE?

Discutez de la manière dont les réorientations sont faites dans la pratique lors d'une réunion d'équipe.

- Quelles procédures internes et externes doivent être suivies pour accéder efficacement à un suivi?
- Existe-t-il des barrières internes? Comment peut-on les réduire ou les éliminer?
- Y a-t-il des obstacles en termes d'attitude, parmi le personnel (à chaque niveau), parmi les résidents?
- Que faut-il pour effectuer des réorientations plus ciblées en cas de besoin?

3.4 INVESTIR DANS LE BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL

Créer les conditions pour parler des difficultés psychosociales, formuler des demandes d'aide partagées et réorienter si nécessaire sont des éléments essentiels pour un soutien à bas seuil, et donc pour le bien-être psychosocial et la santé mentale des familles.

Il reste important de travailler de manière préventive dans le domaine de la santé mentale. Il s'agit de travailler sur un cadre de vie convivial, en prêtant attention aux résidents et à leur environnement de vie tout en soutenant les relations

familiales (voir chapitre 6). L'impact des parents sur les enfants ne peut guère être sous-estimé: leur disponibilité, leur réactivité et leur santé psychologique ont un effet sur les enfants. Les centres d'accueil peuvent aider les parents de plusieurs façons. Proposer des options de garde d'enfants ou organiser des initiatives pour favoriser des relations positives entre les parents et leurs enfants peut être crucial (El Khani et coll., 2016).

Il est également important que le personnel d'accueil reconnaisse la résilience des enfants et des parents. De nombreuses familles de réfugiés possèdent des compétences pour mobiliser des ressources individuelles et sociales et des mécanismes de soutien qui améliorent leur bien-être psychosocial dans leur nouvel environnement (El-Bialy et Mulay, 2015; Groeninck et coll., 2020; Hawkes et coll., 2021; McFarlane et coll., 2011; Ogbu et coll., 2014; Van Acker et coll., 2022). Reconnaître les actions et les attitudes résilientes des membres de la famille et les soutenir autant que possible est essentiel pour une vision des familles fondée sur la force.



VOIR LES ACTIONS RÉSILIENTES DES FAMILLES DE RÉFUGIÉS

Dans la recherche *Veerkracht in beweging. Dynamieken van vluchtelinggezinnen versterken (Résilience en action. Renforcer les dynamiques des familles réfugiées)*, nous trouvons neuf formes différentes d'actions résilientes que les familles mettent en place et que le personnel d'accueil peut reconnaître et soutenir et pour lesquelles il peut créer des conditions préalables pour permettre aux familles résidentes en centre d'accueil d'atteindre leur plein potentiel (Groeninck et coll., 2019; Van Acker et coll., 2022).

1. **Maintenir l'espoir.** Rechercher activement et maintenir une attitude positive. Fournir des efforts pour être optimiste, entreprenant et plein d'espoir avec et pour les autres.
2. **La résilience dans la résistance.** Résistance aux structures et aux normes hégémoniques; formes de défense de soi et de négociation active avec les cadres existants et les personnes chargées de l'application des règles
3. **Créer un « chez-soi ».** Faire le possible dans un cadre où l'un est largement à la merci des décisions et du contrôle de l'autre. Il peut s'agir du lancement d'activités de loisirs pratiquées auparavant ou de l'utilisation de nouvelles offres, mais aussi de la capacité des familles à créer une habitabilité dans un nouveau contexte face à de nouveaux défis, en utilisant des connaissances, des impressions, des relations ou des idées anciennes et nouvelles.
4. **Acquérir de nouvelles connaissances et expériences.** Rechercher activement des informations à l'intérieur et à l'extérieur du centre et auprès d'autres personnes afin de comprendre et gagner prise sur le quotidien. Gagner en compréhension et donc en contrôle.

7. ŒUVRER AU BIEN-ÊTRE PSYCHOSOCIAL DES FAMILLES

5. **Se taire ou partager afin de guérir.** Recherche d'un équilibre entre silence et partage pour que l'« insupportable soit supportable » et « prendre soin les uns des autres ».
6. **Prendre soin les uns des autres en tant que membres de la famille.** Être ensemble et prendre soin les uns des autres dans et à travers des circonstances difficiles.
7. **Mise en réseau.** Développer et entretenir des relations sociales et des réseaux étendus. Le soutien social peut prendre la forme d'un soutien émotionnel, mais aussi d'une collaboration en vue d'atteindre un objectif commun, de créer quelque chose, etc. Spécifiquement pour les enfants, le maintien d'une relation de confiance avec un ou plusieurs adultes influents dans leur environnement, tels que des enseignants, des travailleurs sociaux ou des adultes de familles amies.
8. **Faire appel à une aide spécialisée.** Obtenir des ressources ainsi que le soutien dont les membres de la famille ont besoin pour faire face à ces vulnérabilités. Il s'agit également de négocier la manière dont l'aide est proposée.
9. **Réunir deux mondes.** Réussir à relier, concilier ou harmoniser les problèmes du pays d'origine et du pays d'arrivée.



EXERCICE EN ÉQUIPE

Réfléchir en équipe sur le degré de reconnaissance et de soutien des actions résilientes des résidents du centre.

- Pensez à un exemple récent d'un acte ou d'une attitude résiliente de la part d'une famille du centre. Pourquoi y avez-vous vu de la résilience?
- Comment faciliter l'émergence de ces actions/postures et comment les renforcer?
- Quels sont les comportements résilients des membres de la famille qui posent un problème aux travailleurs des centres d'accueil? Pourquoi? Comment le personnel et les familles peuvent-ils devenir des alliés?

4 SOUTIEN PSYCHOSOCIAL AUX ENFANTS ET AUX PARENTS

Vivre longtemps dans une structure d'accueil collective met le bien-être des enfants et des familles sous pression. Afin de donner aux enfants accueillis en centre d'accueil le maximum de chances, il est crucial que le personnel d'accueil, dans son encadrement quotidien, soutienne le bien-être psychosocial des enfants et des familles de diverses manières. Nous soutenons que cela devrait être fait à partir d'une approche psychosociale large qui ne se limite pas aux

traumatismes et qui ne considère pas seulement les facteurs de stress avant et pendant l'exil, mais qui accorde au moins autant d'attention aux facteurs de stress présents ici et maintenant.

De nombreux facteurs de stress post-migratoires, tels que la procédure d'asile et le type d'infrastructures, échappent au contrôle et à la compétence du personnel d'accueil. Il ne peut pas les changer radicalement, mais il peut en discuter avec les familles de manière diversifiée et sensible et écouter ce qui est difficile pour elles et comment elles donnent elles-mêmes un sens à ces difficultés. Le personnel d'accueil peut détecter des signes indiquant que les enfants et/ou les parents ne vont pas très bien. Il peut travailler avec les familles sur une demande d'aide commune ou les orienter de manière ciblée et chaleureuse.

Pour cela, le personnel d'accueil doit avoir le courage de travailler avec les obstacles et les tabous existants autour de la santé mentale. Cela signifie qu'il faut travailler avec les résidents, mais aussi oser porter un regard critique sur les obstacles et les procédures internes qui peuvent faire que les résidents ne reçoivent pas les soins appropriés. Les obstacles externes, qu'il s'agisse de listes d'attente ou de résistances à travailler avec le groupe cible et le travail avec des interprètes, sont très persistants.

Le personnel d'accueil ne peut pas supprimer ces barrières ne dépendant pas d'eux. Cependant, il peut essayer de mettre les familles en contact aussi chaleureusement que possible avec les services externes et de sensibiliser les autres acteurs aux besoins des enfants et des parents en centre d'accueil.

Soutenir le bien-être psychosocial, c'est aussi écouter, reconnaître et soutenir les actions et attitudes résilientes que les enfants et leurs parents adoptent chaque jour sous toutes ses formes.