

PERSONNES VULNÉRABLES AVEC DES BESOINS D'ACCUEIL SPÉCIFIQUES. Définition, identification, prise en charge.

Rapport Final



fedasil
AGENCE FEDERALE POUR
L'ACCUEIL DES DEMANDEURS D'ASILE

6 Décembre 2018

Direction Appui à la Politique, Service Etude et Politique

PERSONNES VULNÉRABLES AVEC DES BESOINS D'ACCUEIL SPÉCIFIQUES.

Définition, identification, prise en charge.

Rapport Final

REMERCIEMENTS	2
ABRÉVIATIONS UTILISÉES	3
EXECUTIVE SUMMARY	4
INTRODUCTION	8
1. CONTEXTE	10
1.1. CONTEXTE JURIDIQUE.....	10
1.2. CONTEXTE POLITIQUE	13
1.3. CONTEXTE INSTITUTIONNEL	14
1.4. CONCLUSION	18
2. LA VULNÉRABILITÉ DANS L'ACCUEIL	20
2.1. MÉTHODOLOGIE	22
2.2. DÉFINITION	24
DÉSIGNATION: UNE APPROCHE CATÉGORIELLE	24
ACCUEIL: LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	26
CONCLUSION	31
2.3. IDENTIFICATION	32
DÉSIGNATION: ÉVALUATION IMMÉDIATE.....	32
OFFICE DES ÉTRANGERS	32
SERVICE DISPATCHING DE FEDASIL	33
RÉGION NORD ET RÉGION SUD DE FEDASIL.....	36
ACCUEIL: ÉVALUATION PERMANENTE	38
CENTRES D'ACCUEIL COLLECTIFS	38
INITIATIVES LOCALES D'ACCUEIL	52
CONCLUSION	55
2.4. PRISE EN CHARGE	57
DÉSIGNATION: MATCHING SUR BASE DE LABELS	58
SERVICE DISPATCHING DE FEDASIL	58
RÉGION NORD ET RÉGION SUD DE FEDASIL.....	59
ACCUEIL: UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ	60
PRÉ-ACCUEIL.....	60
CENTRES D'ACCUEIL COLLECTIFS	61
INITIATIVES LOCALES D'ACCUEIL	78
PARTENAIRES D'ACCUEIL SPÉCIFIQUES.....	83
ORIENTATIONS EXTERNES: UN SOUTIEN COMPLÉMENTAIRE	87
CONCLUSION.....	96
3. CONSIDÉRATIONS FINALES: LA PRISE EN COMPTE DES VULNÉRABILITÉS, ENTRE GESTION ET ACCOMPAGNEMENT	99

REMERCIEMENTS

L'étude 'Personnes vulnérables avec des besoins d'accueil spécifiques' a été réalisée par le service Étude et Politique (Aaricia Boudart, Helene De Clerck, Abdel El Abbassi, Martine Hendrickx, Anne Kestemont, Bieke Machiels, Sophie Merlevede, Nicolas Van Puymbroeck et Ellen Van Vooren) de la Direction Appui à la politique de Fedasil, l'Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile.

Le Service Étude et Politique remercie sincèrement l'ensemble des participants ayant contribué à la réalisation de cette étude, entre autres l'Office des étrangers (Cellule Vulnérabilité), le service Juridique et le service Dispatching de Fedasil, les collaborateurs du siège de Fedasil, les Régions Nord et Sud de Fedasil, les collaborateurs des structures d'accueil fédérales et les partenaires de l'accueil (en particulier le Samusocial, Caritas International, Carda Croix-Rouge, le Ciré et Vluchtelingenwerk Vlaanderen) et les différentes organisations externes (en particulier Solentra, TABANE, Clinique de l'Exil, L'autre sens, Woman do, Tejo Ronse, Ulysse, Constats, Initiative spécifique santé en exil, Auxilia, Nasci, Brussel Onthaal, SeTIS Wallon, Çavaria, Sensoa, Why me, Centre d'action interculturelle, CIMB, Intact, Convivial, Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk, SPF Santé publique et PraxisP).

Contact: bieke.machiels@fedasil.be

Le rapport original de cette étude est en néerlandais. La présente version est une traduction.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

Carda	Centre d'Accueil Rapproché pour Demandeurs d'Asile
CAW	Centra voor Algemeen Welzijnswerk (Centres de bien-être général)
CEE	Conseil du Contentieux des Etrangers
CGRA	Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides
CPAS	Centre public d'action sociale
DPI	Demande de protection internationale
EMD	Equipe multidisciplinaire
GAMS	Groupe pour l'Abolition des mutilations sexuelles féminines
HCR	l'Agence des Nations Unies pour les Réfugiés
ILA	Initiative Locale d'Accueil
LGBTI	Lesbienne, gay, bisexuelle, transgenre, intersexe
MINTEH	Mineurs Victimes de la Traite des Etres Humains
OE	l'Office des étrangers
ONG	Organisation non gouvernementale
PAI	Plan d'Accompagnement Individuel
PIIS	Projet individualisé pour l'intégration sociale
PRO	Place retour ouverte
SESO	Service Social de Solidarité Socialiste
SOI	Stedelijk opvanginitiatief (initiative de secours en milieu urbain)
SPOC	Single Point of Contact

EXECUTIVE SUMMARY

Le présent rapport final traite de l'accueil des demandeurs de protection internationale vulnérables avec des besoins spécifiques. Il analyse comment les collaborateurs de terrain définissent la vulnérabilité dans la pratique de l'accueil, comment ils l'identifient et quelle est leur réaction à celle-ci. L'objectif est une meilleure compréhension de la manière dont Fedasil et ses partenaires répondent concrètement aux exigences des législations belge et européenne en vue de satisfaire les besoins spécifiques des demandeurs de protection internationale. Vu que la législation sur l'accueil reste très vague dans sa description du traitement devant être réservé aux personnes vulnérables, il est indéniable que les collaborateurs de terrain sont amenés à jouer un rôle primordial dans la concrétisation de l'accueil de ces personnes. Cependant, la vulnérabilité n'est pas une nouvelle thématique au sein de l'accueil. L'exigence de satisfaire les besoins spécifiques dans l'accueil a été définie pour la première fois dans la 'Directive européenne 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative à des normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres'. Les autorités fédérales ont permis à la Belgique de compter parmi les premiers États membres à avoir transposé cette exigence dans la législation nationale en 2007, via la loi accueil. Force est de constater que, ces dernières années, le politique accorde davantage d'attention à la vulnérabilité et, qu'en conséquence, de nouvelles initiatives réglementaires voient le jour. Il en est de même au sein du réseau d'accueil où des instruments, procédures et conventions à l'attention des personnes vulnérables sont mis en place.

Ce rapport final confirme et réitère les résultats du précédent rapport intermédiaire qui, grâce à des entretiens exploratoires, des observations faites dans un certain nombre de structures d'accueil et une enquête, a mis en évidence les principaux points d'attention de l'accueil des personnes vulnérables. Ce rapport approfondit les connaissances déjà acquises, au moyen d'une étude complémentaire incluant dix-sept groupes de discussion avec des collaborateurs de terrain, des entretiens en profondeur et ciblés avec quelques services et partenaires d'accueil ainsi qu'une enquête destinée aux organisations externes qui offrent une aide aux bénéficiaires de l'accueil. L'information obtenue a été regroupée sur base de trois thèmes, que sont (1) la définition de la vulnérabilité, (2) l'identification des besoins spécifiques et (3) le soutien adapté. Trois chapitres composent ce rapport. Le premier chapitre est introductif et présente les cadres juridique, politique et institutionnel qui ont donné forme à la politique effective des personnes vulnérables. Le deuxième chapitre constitue le noyau de l'analyse empirique et consiste en une présentation des trois thèmes principaux de la vulnérabilité (définition, identification, soutien). À ce niveau, l'accent est mis sur la perception des collaborateurs de terrain, celle-ci étant illustrée par des citations. Le troisième chapitre conclut l'étude en partant d'une confrontation entre deux perspectives, *la gestion de la vulnérabilité et l'accompagnement de la vulnérabilité*.

Le chapitre 1 s'arrête sur les exigences juridiques de l'accueil des personnes vulnérables et constate que la législation ne propose aucune définition de la vulnérabilité, mais donne, en revanche, une liste non exhaustive d'exemples de personnes vulnérables, dont notamment des personnes avec un handicap, des femmes enceintes ou des victimes de viol. L'élaboration de procédures d'identification concrètes fait défaut et la correspondance entre soutien approprié et type de besoins d'accueil spécifiques est confuse. Au niveau politique, on constate que plusieurs approches circulent sur la manière dont le thème est abordé, à savoir un accent sur les groupes cibles vulnérables et un *mainstreaming* des besoins d'accueil spécifiques. D'un point de vue institutionnel, de profonds changements du réseau d'accueil ont eu lieu et ont (eu) directement et indirectement un impact sur l'attention portée aux personnes vulnérables dont, en particulier, une pression sur la capacité d'accueil et le développement d'un nouveau découpage des phases du trajet d'accueil.

Le chapitre 2 détaille la façon dont la vulnérabilité est définie, identifiée et prise en considération par les collaborateurs de terrain. En guise de fil rouge, une distinction est faite entre deux types d'acteurs qui, avec un rôle distinct, sont impliqués dans le trajet d'accueil. D'une part, sont repris les acteurs impliqués dans la désignation d'une place d'accueil (l'OE, le service Dispatching de Fedasil, la Région Nord et la Région Sud de Fedasil). D'autre part, sont répertoriés les acteurs qui pourvoient concrètement l'accueil (le pré-accueil du Samusocial, les centres d'accueil collectifs, les structures d'accueil individuelles, les initiatives locales d'accueil, les organisations externes). Malgré l'existence de différences nuancées au sein de chaque type, ainsi que de chevauchements entre les deux types, il semble néanmoins exister des différences nettes qui peuvent être synthétisées dans le tableau ci-dessous.

DÉSIGNATION		ACCUEIL
<p>Définition catégorielle</p> <p>distinction entre groupes cibles « vulnérables » et « non vulnérables »</p>	Définition	<p>Définition factorielle</p> <p>distinction entre facteurs de protection et de risque pour tous les demandeurs</p>
<p>Identification immédiate</p> <p>procédures rapides, courtes et formelles pour attribuer et contrôler les labels</p>	Identification	<p>Evaluation permanente</p> <p>procédures étendues, sur le long terme, (in)formelles menées en équipe</p>
<p>Matching</p> <p>correspondance, au sein de la capacité d'accueil existante, entre les labels des personnes et des places</p>	Prise en charge	<p>Sur mesure</p> <p>infrastructure et accompagnement adaptés prévus, ou demande de transfert</p>

Les acteurs impliqués dans la désignation utilisent une définition catégorielle de la vulnérabilité et distinguent, pour ce faire, quatre groupes cibles vulnérables: mineurs non-accompagnés, personnes atteintes d'une problématique médicale (y compris les besoins psychologiques), mères célibataires vulnérables et personnes vulnérables pendant la transition qui suit immédiatement l'octroi d'un statut de protection. Dans l'étude, le groupe cible des mineurs non-accompagnés n'est pas pris en considération¹. Les acteurs impliqués dans l'accueil effectif ne répartissent cependant pas les personnes en catégories de groupes cibles, mais analysent leur situation individuelle en essayant de détecter les facteurs de risque qui peuvent les rendre vulnérables et les facteurs pouvant les protéger contre la vulnérabilité. De manière générale, une définition factorielle compte davantage de personnes comme vulnérables que ne le fait une définition catégorielle comme, par exemple, des personnes analphabètes ou avec une famille nombreuse. En ce qui concerne l'identification des vulnérabilités, les acteurs impliqués dans la désignation disposent généralement de procédures rapides leur permettant, via de brefs entretiens ou via des fiches d'enregistrement formelles, de décider qui appartient à un groupe vulnérable. En revanche, l'identification par les acteurs de l'accueil est un processus complexe et permanent, utilisant aussi bien des observations formelles qu'informelles, et faisant

¹ Vu la spécificité du trajet d'accueil des mineurs non-accompagnés, il a été décidé de les exclure de ce rapport. Pour une discussion sur l'accueil de ce groupe cible spécifique, nous nous référons à l'étude effectuée par le Réseau Européen des Migrations 'Approaches to Unaccompanied Minors Following Status Determination' (2017). Mis à part cela nous avons choisi de ne pas accorder une attention explicite à la vulnérabilité des mineurs accompagnés, malgré que l'article 37 de la Loi accueil les considère explicitement comme vulnérable.

fréquemment l'objet de concertations en équipe. Alors que les acteurs de désignation accordent principalement une attention aux vulnérabilités évidentes, ceux de l'accueil, par contre, dévoilent des problèmes plus profonds et très souvent invisibles (tels que des mutilations génitales féminines). La stratégie de soutien des acteurs de désignation consiste à chercher la place d'accueil la plus adaptée possible qui satisfait les besoins spécifiques constatés. Dans la recherche de cette concordance, on dispose de la capacité d'accueil existante, divisée en places génériques et en places pour groupes cibles spécifiques, parmi laquelle on cherche la place qui correspond le mieux aux labels attribués à la personne. Les structures d'accueil essaient, de leur côté, de proposer un accompagnement et une infrastructure sur mesure aux personnes vulnérables. Des spécialistes internes à la structure d'accueil sont ainsi nommés (tels que les SPOC), les personnes sont renvoyées vers des organisations externes spécialisées ou transférées vers une autre place d'accueil. A la base des différences constatées aux niveaux de la définition, de l'identification et du soutien existe une perspective plus fondamentale de la vulnérabilité. Les acteurs impliqués dans la désignation sont influencés par ce que nous décrivons comme une 'perspective de gestion' de la vulnérabilité. Elle la conçoit plutôt comme un défi logistique. De par la subdivision des demandeurs en groupes cibles distincts, on tente de contrôler cette problématique complexe. Elle permet une identification rapide et, sur cette base, une anticipation de la stratégie de soutien. Par contre, les acteurs impliqués dans l'accueil sont influencés par ce que nous pouvons appeler une 'perspective d'accompagnement'. La vulnérabilité est avant tout un défi professionnel. La complexité est analysée au lieu d'être réduite, obligeant une évaluation multidisciplinaire permanente et une stratégie de soutien sur mesure.

Le chapitre 3 porte sur la manière dont les différents acteurs impliqués interagissent dans le trajet d'accueil. Trois points sensibles se dégagent. Ils ont trait à la délimitation de la vulnérabilité individuelle, à la compétence d'identifier la vulnérabilité et à l'approche de la stratégie de soutien. La 'perspective de gestion' semble toujours dominante car les acteurs impliqués dans la désignation ont la compétence de déterminer qui est accueilli en quel lieu. L'interaction concrète entre les acteurs impliqués dans la désignation et dans l'accueil peut se résumer en cinq étapes.

ÉTAPE 1: L'évaluation rudimentaire de la vulnérabilité au commencement du trajet d'accueil

Pendant le processus de demande de protection internationale, l'OE, le service médical du Dispatching et son service des désignations effectuent immédiatement une évaluation de la vulnérabilité de la personne. Cette évaluation est rudimentaire et cible principalement l'identification de deux groupes cibles vulnérables (visibles), c'est-à-dire que la désignation tient compte, d'une part, des personnes atteintes d'une problématique médicale (y compris les besoins psychologiques) et, d'autre part, des femmes/mères vulnérables. Au sein du réseau d'accueil, une distinction a été faite entre les places génériques et les places pour les groupes cibles spécifiques. Les personnes auxquelles un label « groupe cible » a été attribué doivent en principe être désignées à une place réservée aux groupes cibles spécifiques.

ÉTAPE 2: Désignation prioritaire à un lieu d'accueil collectif

Lors de la désignation d'une place d'accueil, abstraction faite du groupe cible générique ou spécifique auquel appartient la personne, la priorité est toujours donnée à une structure d'accueil collective. Une désignation peut se faire dans une place d'accueil individuelle lorsque les places spécifiques prévues dans l'accueil collectif viennent à manquer. Lors de la désignation d'une place individuelle, la priorité est accordée aux places structurelles prévues par les ONG. Fedasil a conclu des conventions spécifiques avec ces dernières pour un nombre fixe de places individuelles réservées aux groupes cibles spécifiques. Ce n'est que lorsque les ONG sont dans l'incapacité de fournir une place adaptée qu'une place au sein d'une ILA peut être désignée. En principe, elles disposent de places

individuelles génériques. Cependant, sur la base d'un tarif individualisé, elles peuvent adapter leurs prestations de soutien.

ÉTAPE 3: Evaluation approfondie et permanente de la vulnérabilité pendant le trajet d'accueil

Pendant le séjour dans une structure d'accueil, la vulnérabilité et les besoins d'accueil spécifiques de la personne sont soumis à une évaluation permanente, avec notamment une évaluation obligatoire à l'issue des 30 premiers jours. À cet égard, il est fait appel à un concept plus large de la vulnérabilité que les deux groupes cibles spécifiques. Les travailleurs sociaux, le service médical et les autres acteurs de la structure d'accueil tiennent compte des facteurs - individuels, sociaux et contextuels – de risque et de protection, ce qui révèle un plus large spectre de personnes vulnérables. Certaines d'entre-elles sont aussi mentionnées dans la loi accueil (par exemple, les victimes des mutilations génitales féminines), tandis que d'autres n'y sont pas reprises explicitement (les personnes analphabètes ou LGBTI).

ÉTAPE 4: Accompagnement adapté et modification de la place d'accueil comme mesure d'exception

L'accompagnement des structures d'accueil est supposé répondre à toutes sortes de vulnérabilités identifiées. Il existe également, et de manière exceptionnelle, la possibilité de modifier la place d'accueil d'une personne via un transfert vers une place adaptée. Cette possibilité est étroitement contrôlée et les adaptations internes et externes doivent rester prioritaires. Les personnes dont la perspective d'obtenir un statut de protection est peu probable (AR 2004, Dublin, pays sûr) n'entrent pas en ligne de compte pour le transfert vers une place adaptée. Aucun transfert n'est accordé s'il a pour seul objectif de limiter les dommages que provoque l'accueil chez des personnes qui séjournent depuis plus de six mois dans une structure d'accueil collective. Si le taux d'occupation est élevé, les transferts vers un lieu adapté peuvent être provisoirement restreints.

ÉTAPE 5: Accueil individuel lors de la transition après l'obtention d'un statut de protection avec un délai adapté

Lorsqu'une personne se voit octroyer un permis de séjour de plus de trois mois, un transfert est en principe réalisé vers une place d'accueil individuelle à moins que la personne y séjourne déjà. Une procédure spécifique est mise en œuvre en vue d'octroyer un label en plus aux groupes cibles pour lesquels on estime qu'une aide supplémentaire à la transition sera nécessaire. En plus de cette catégorie, le groupe cible médical et celui des mères vulnérables bénéficient d'une période de transition adaptée de trois mois, pouvant être prolongée de trois mois à une reprise (au lieu des deux mois pouvant être prolongés à deux reprises d'un mois).

Les collaborateurs de terrain signalent que le mode de travail actuel montre des limites, parmi lesquelles : les premières désignations sont inadaptées vu le manque de temps consacré à la première identification, une attention exagérée est accordée au collectif sans tenir compte de l'accueil qui répondrait le mieux aux besoins spécifiques, les moyens manquent pour diversifier l'accompagnement et l'infrastructure au niveau des places d'accueil, trop peu de possibilités de transfert vers une place adaptée et une période de transition trop courte pour les personnes vulnérables. La perception existe que ces problèmes pourraient être partiellement résolus en amenant au même niveau la perspective de gestion et la perspective d'accompagnement. En même temps, les collaborateurs de terrain attirent notre attention sur le fait que les attentes vis-à-vis de la vulnérabilité doivent rester réalistes car certains demandeurs dissimulent sciemment leurs vulnérabilités ou refusent de se faire aider.

INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats d'une étude triennale qui recense la manière dont Fedasil et les partenaires d'accueil abordent, en pratique, la « vulnérabilité » et les « besoins spécifiques ». Tant la loi accueil belge que les directives d'accueil européennes déclarent avant tout que les personnes vulnérables sont prises en compte lors de l'accueil. À ce jour, il n'y a pas eu d'analyse approfondie de la façon dont cette obligation est exécutée dans la pratique de l'accueil. Cette étude tente de combler cette lacune et répond à trois questions de recherche :

- 
- Comment la vulnérabilité est-elle **définie** en pratique?
 - Comment la vulnérabilité est-elle **identifiée** en pratique?
 - Comment la **prise en charge** est-elle, en pratique, adaptée aux besoins d'accueil spécifiques des personnes vulnérables?

Selon le HCR, tous les demandeurs de protection internationale (appelés ultérieurement 'demandeurs') sont des personnes vulnérables². Ceux qui ont quitté leur chez-soi et leur environnement familial sont confrontés à un certain nombre de défis difficiles, aussi bien pendant la fuite qu'à l'issue de leur arrivée dans le pays hôte. Ces défis peuvent notamment prendre racine dans la situation du pays d'origine, les circonstances pendant la fuite, la situation personnelle ou encore dans les expériences avec le système d'accueil dans le pays hôte. En outre, le HCR note que, parmi ces demandeurs, se trouve un certain nombre de personnes confrontées à des difficultés additionnelles nécessitant, dès lors, un support spécifique. La loi accueil belge énumère quelques exemples de personnes vulnérables regroupées en catégories, lesquelles comptant notamment les mineurs, les victimes de la traite des êtres humains et les personnes avec un handicap.

Publié en 2016³, le rapport intermédiaire de cette étude comportait une enquête auprès des collaborateurs de terrain. Il en est ressorti que ceux-ci ne conçoivent pas obligatoirement la vulnérabilité en fonction des catégories prévues par la loi accueil. Dans l'enquête, ils revenaient sur des facteurs additionnels susceptibles de pousser certaines personnes dans la vulnérabilité. Ce sont des facteurs de risque pluriels qui dépendent de la situation personnelle et contextuelle de la personne, dont le fait d'être un jeune adulte, la situation familiale (famille nombreuse), l'analphabétisme ou encore la longueur du séjour dans une structure d'accueil. L'identification de la vulnérabilité est un processus, où plusieurs intervenants mettant en place différentes procédures et instruments d'identification sont impliqués. Au cours de cette identification, les collaborateurs de terrain semblent être confrontés à différents obstacles, dont le manque de temps (à savoir, en 2015, suite à une hausse soudaine du nombre de primo-arrivants demandant une protection internationale), les barrières linguistiques et de communication, le manque d'interprètes qualifiés, la nécessité de devoir aborder des sujets sensibles, les difficultés à construire une

² UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), Response to Vulnerability in Asylum - Project Report, December 2013

³ Cf. « Étude sur les personnes vulnérables avec des besoins d'accueil spécifiques ». Synthèse des principales constatations. Phase 1» https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport_synthese_personnes_vulnérables_2016_1.pdf

relation de confiance, le défaut de transmission d'informations lors du transfert, le manque de connaissance ou d'expérience en matière de vulnérabilité(s) et du caractère multidimensionnel de celle-ci. Par rapport à l'accompagnement des personnes vulnérables, le premier rapport a mis en évidence, et ce malgré un nombre important d'initiatives, l'insuffisance des possibilités pour répondre aux multiples besoins individuels des personnes vulnérables. Les limites se rapportent aux possibilités au sein des structures d'accueil mais aussi à la connaissance, l'accès et l'offre de services externes.

Alors que le premier rapport reprenait les principaux points d'attention dans l'approche avec les personnes vulnérables au sein de l'accueil, ces résultats provisoires sont non seulement confirmés et réitérés dans le présent rapport, mais aussi approfondis et enrichis au moyen d'une étude complémentaire. Ce rapport final est divisé en trois chapitres. Le premier donne le contexte juridique, politique et institutionnel des trois grandes thématiques de cette étude, que sont la définition, l'identification et l'accompagnement octroyé aux personnes vulnérables. Le deuxième présente les résultats de l'étude. Pour finir, le troisième synthétise les résultats, formule les conclusions générales et indique les champs de tension fondamentaux qui caractérisent, dans la pratique, les différentes approches des vulnérabilités et des besoins spécifiques.

En guise de fil conducteur du rapport, une distinction est posée entre les acteurs qui désignent une place d'accueil aux personnes vulnérables et ceux qui offrent effectivement l'accueil. En fonction du rôle que les acteurs impliqués jouent, nous constatons que la vulnérabilité et les besoins d'accueil spécifiques sont définis, identifiés et traités de manière différente. Bien que cette différenciation ne soit pas absolue, les acteurs de la désignation gèrent autant que possible la vulnérabilité en définissant des catégories des groupes cibles vulnérables et en instituant des procédures d'identification formelles via la création de places et de trajets séparés pour les personnes vulnérables. En revanche, l'accueil proprement dit laisse davantage de temps et d'opportunités pour les contacts réguliers, permettant de développer une connaissance plus individualisée de la vulnérabilité, sur base de procédures formelles et informelles et d'un accompagnement sur mesure. Afin de bien appréhender comment l'approche de la vulnérabilité dans la pratique de l'accueil prend forme, il est primordial de comprendre l'interaction entre la désignation et l'accueil. Cette interaction se joue au niveau de trois champs de tension fondamentaux qui se rapportent à la délimitation substantielle de qui est vulnérable, à la compétence d'identifier la vulnérabilité et les besoins d'accueil spécifiques et à la manière d'organiser la prise en charge.

1. Contexte

L'étude vise à exposer la manière dont Fedasil et les partenaires d'accueil abordent la vulnérabilité dans la pratique quotidienne, identifient les bénéficiaires de l'accueil comme vulnérables en indiquant ensuite leurs besoins d'accueil spécifiques et prévoient éventuellement une prise en charge adaptée en ce qui concerne la place d'accueil ou l'accompagnement. Cette pratique de l'accueil est façonnée par un contexte où toute une série de paramètres sont prédéterminés. Ce premier chapitre ébauche l'environnement au sein duquel la pratique de l'accueil voit le jour. A ce niveau, nous faisons la distinction entre le contexte juridique ancré dans les législations nationale et européenne, le contexte politique inscrit dans l'accord gouvernemental et les notes politiques du secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, Theo Francken, et pour finir, le contexte institutionnel établi par les instructions et conventions de Fedasil.

1.1. Contexte juridique

Les personnes qui introduisent une DPI obtiennent un droit de séjour temporaire tant que leur procédure est en cours. Les législations européennes et belges prévoient qu'il soit tenu compte de la situation spécifique des personnes vulnérables qui introduisent une DPI, portant aussi bien sur le déroulement de la procédure⁴ que sur les conditions d'accueil. Dans le présent rapport, nous nous limiterons aux mesures prises pour adapter l'accueil à la situation des personnes vulnérables. L'accueil des demandeurs en Belgique est réglé par la 'Loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers'⁵. Cette loi, dite « loi accueil », a été créée dans le cadre de la transposition de la 'Directive européenne 2003/9/CE du Conseil du 27 janvier 2003 relative aux normes minimales pour l'accueil des demandeurs d'asile dans les États membres'⁶ dans la législation belge. La Belgique était l'un des premiers pays européens à avoir explicitement transposé la législation européenne dans la législation nationale. Depuis lors, la directive européenne a été substantiellement modifiée à différents niveaux et une refonte a été effectuée dans le but d'apporter davantage de clarté. Cette refonte s'est concrétisée par une nouvelle 'Directive 2013/33/CE du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 établissant des normes pour l'accueil des personnes demandant la protection internationale (refonte)'⁷, qui, à son tour, modifie, bien que de manière limitée, la loi accueil belge. Le cadre législatif évoque aussi bien la définition des personnes vulnérables, l'identification de leurs besoins spécifiques que l'accompagnement adapté dont ils ont besoin.

Sur le plan de la *définition*, nous trouvons dans l'article 17 de la directive accueil européenne de 2003 une première référence à la « situation spécifique des personnes vulnérables ». Au lieu de proposer une définition substantielle de la vulnérabilité, la directive se limite à énumérer des catégories qui relèvent du dénominateur commun « personne vulnérable ». Il s'agit, par exemple, des mineurs, des mineurs non accompagnés, des personnes handicapées, des

⁴ La directive qualification 2011/95/CE (concernant les normes relatives aux conditions que doivent remplir les ressortissants des pays tiers ou les apatrides pour pouvoir bénéficier d'une protection internationale, à un statut uniforme pour les réfugiés ou les personnes pouvant bénéficier de la protection subsidiaire, et au contenu de cette protection; refonte) stipule que les États membres doivent tenir compte de la situation spécifique des personnes vulnérables tels les mineurs, les mineurs non accompagnés, les personnes handicapées, les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes seules avec des enfants mineurs, les victimes de la traite des êtres humains, personnes souffrant d'une maladie mentale et les personnes ayant subi des actes de torture, les personnes qui ont été violées ou ayant subi d'autres formes de violence psychologique, physique ou sexuelle. La directive procédure 2013/32/CE (relative aux procédures communes pour l'octroi et le retrait de la protection internationale) ne réfère pas explicitement aux personnes vulnérables, mais oblige les États membres de tenir également compte de la « vulnérabilité » du demandeur de protection internationale.

⁵ http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=N&cn=2007011252&table_name=wet

⁶ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32003L0009>

⁷ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32013L0033>

personnes âgées, des femmes enceintes, des personnes seules avec des enfants mineurs, des personnes victimes d'actes de torture, des personnes qui ont été violées ou qui ont subi d'autres formes de violence psychologique, physique ou sexuelle. La loi accueil belge a repris cette liste non exhaustive d'exemples dans son article 36, en ajoutant toutefois une catégorie spécifique supplémentaire, c'est-à-dire les victimes de la traite des êtres humains. Lors de la refonte de la directive accueil européenne de 2013, trois catégories ont été rajoutées, à savoir les personnes souffrant de maladies graves, les personnes avec des troubles mentaux et les victimes de mutilations génitales féminines. Ces catégories ont été reprises dans la loi accueil belge le 22 mars 2018⁸. Pour les mineurs d'âge, l'article 39 renchérit que sont concernés toutes « les victimes ayant subi quelconque forme d'abus, de négligence, d'exploitation, de torture, de traitement cruels, inhumains et dégradants ou de conflits armés ». La catégorisation de groupes spécifiques comme étant vulnérables n'est pas propre à la législation belge ou européenne. Différents traités internationaux sur les droits de l'homme reconnaissent également la vulnérabilité particulière de certains groupes au sein du contexte de la protection internationale et demandent explicitement aux États de prendre les mesures nécessaires pour satisfaire leurs besoins spécifiques. Bien que la Convention de Genève de 1951 n'identifie pas de groupes spécifiques comme vulnérables, différentes recommandations du HCR portent une attention particulière à certains groupes au sein de la population de réfugiés et reconnaissent leur vulnérabilité ainsi que la nécessité de prendre des mesures pour répondre à leurs besoins spécifiques⁹.

En ce qui concerne l'identification des personnes vulnérables, la directive accueil européenne de 2003 stipule qu'une évaluation individuelle est nécessaire et doit déterminer les besoins spécifiques des personnes vulnérables. Elle omet toutefois de spécifier comment la mettre en œuvre. La loi accueil belge est tout aussi abstraite sur l'identification des personnes vulnérables et de leurs besoins spécifiques. De manière générale, le bénéficiaire de l'accueil a droit à un accompagnement social individualisé et permanent. L'article 31 énonce que l'évaluation des besoins spécifiques du bénéficiaire de l'accueil fait partie des tâches du travailleur social. Celle-ci doit être consignée dans un dossier social qui doit être sauvegardé pour chaque bénéficiaire de l'accueil. Pour chacun d'eux, un dossier médical est constitué, rassemblant les informations de l'accompagnement médical et psychologique. Cependant, la loi accueil ne spécifie ni comment le travailleur social ou le personnel médical doit évaluer les besoins spécifiques, ni le niveau d'expertise requis. Il était à l'origine prévu qu'un Arrêté royal développerait impérativement ces détails. Cependant, la loi du 28 avril 2010 a rendu cet Arrêté royal facultatif¹⁰. Le moment de l'identification est, en revanche, davantage commenté. La refonte de la directive européenne mentionne dans son article 22 que l'évaluation de la vulnérabilité doit débuter dans un délai raisonnable après l'introduction de la DPI. De plus, la possibilité d'identification doit exister si des besoins se manifestent à un stade ultérieur de la procédure. L'article 22 de la loi accueil précise que, durant les 30 jours qui suivent la désignation d'une place d'accueil, la situation personnelle du bénéficiaire de l'accueil doit être évaluée afin de vérifier si l'accueil est adapté à ses besoins spécifiques¹¹. Cet examen doit être poursuivi pendant toute la durée de l'accueil. Une attention particulière doit être accordée aux signes d'une vulnérabilité éventuelle qui ne sont pas immédiatement perceptibles, comme pour les personnes ayant subi des actes de torture ou d'autres formes sévères de violences psychologiques, physiques ou sexuelles. Les exigences formelles de l'évaluation de la situation individuelle du bénéficiaire de l'accueil ont été fixées dans l'Arrêté royal du

⁸ Récemment, l'énumération de l'article 36 a été élargie avec des exemples additionnels de personnes vulnérables repris de la directive accueil de 2013 avec l'objectif d'accorder une attention supplémentaire sur ces personnes vulnérables. Cf.: L'article 68 de l'avant-projet du 22 juin 2017 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et de la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers; transposée via la loi du 9 novembre 2017 modifiant la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers et de la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers.

⁹ Cf.: http://www.asylumineurope.org/sites/default/files/shadow-reports/aida_vulnerability_in_asylum_procedures.pdf

¹⁰ La loi du 28 avril 2010 - Loi sur diverses dispositions, article 33

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2010042801&&caller=list&N&fromtab=wet&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=\(text+contains+\(""\)\)#Art.32](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2010042801&&caller=list&N&fromtab=wet&tri=dd+AS+RANK&rech=1&numero=1&sql=(text+contains+()

¹¹ Cet article oblige également l'Agence à étudier concomitamment à l'évaluation des besoins d'accueil spécifiques, d'examiner si des procédures particulières sont nécessaires telles visées dans l'article 48/9 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. L'Agence peut ensuite avancer des recommandations relatives à ces besoins à l'OE et au CGRA.

25 avril 2007¹², notifiant entre autres, 1) qu'en tant que personne de référence de l'évaluation, le travailleur social peut s'adresser au personnel médical ou aux experts externes en vue d'obtenir un avis, 2) que dans le délai d'un mois, au minimum un entretien entre la personne de référence et le bénéficiaire doit avoir eu lieu et 3) que l'évaluation doit faire l'objet d'un rapport écrit. L'article 5 de l'Arrêté royal renvoie au ministre compétent pour créer un formulaire standard pour le rapport d'évaluation. Mais, à ce jour, aucun arrêté ministériel n'a vu le jour, par conséquent aucune instruction concrète n'est donnée dans le cas où une place d'accueil n'est pas adaptée pour des personnes vulnérables¹³.

La prise en charge qui doit être organisée pour répondre aux besoins des personnes identifiées comme vulnérables n'est pas plus détaillée. La directive accueil européenne de 2003 indique que les États membres « doivent tenir compte » des besoins particuliers, tant au niveau des dispositions de l'accueil qu'au niveau des soins de santé. La refonte de 2013 apporte davantage de précision sur l'accompagnement devant être apporté aux demandeurs vulnérables. Les deux directives mentionnent clairement l'accompagnement devant être fourni pour trois catégories de personnes à savoir, les mineurs, les mineurs non accompagnés et les victimes d'actes de torture et de violence¹⁴. Par rapport à l'accompagnement des résidents vulnérables, la loi accueil belge mentionne le caractère « adapté » de la place d'accueil. L'article 11, qui précise le critère de désignation d'un lieu obligatoire d'inscription, indique que la place d'accueil doit être adaptée au bénéficiaire de l'accueil, et ce, dans la limite du nombre de places disponibles. Mis à part la situation familiale et de santé, ceci concerne aussi explicitement la situation des personnes vulnérables. Selon l'article 36 de la loi accueil, Fedasil peut recourir à des institutions ou des associations spécialisées pour obtenir des places d'accueil adaptées. La norme ancrée dans l'article 3 et à laquelle l'accueil doit invariablement répondre est la dignité humaine. À défaut de pouvoir offrir un accueil adapté, il faut en principe procéder à une modification du lieu obligatoire d'inscription.

Nous constatons que l'ancrage de la vulnérabilité et des besoins spécifiques dans les législations nationale et européenne comporte beaucoup d'imprécisions. Dans un premier temps, il n'y a pas de définition substantielle de la vulnérabilité. En conséquence, la liste non exhaustive de catégories de personnes vulnérables telle que reprise dans la législation change fréquemment. Ensuite, elle ne donne pas de cadre explicite spécifiant comment identifier concrètement la vulnérabilité. Finalement, pour ce qui est de la prise en charge, seules certaines catégories bénéficient d'une description concrète de la manière dont la place d'accueil et l'accompagnement doivent être adaptés. Pour les autres catégories, la définition concrète de « la prise en compte » des besoins spécifiques n'est pas claire, tout comme la signification d'un accueil « adapté » respectant la dignité humaine. Bien que le cadre juridique détermine les lignes directrices, il importe d'examiner en pratique qui sont les personnes identifiées comme vulnérables et quelles dispositions adaptées sont prises à leur égard.

¹² L'arrêté royal du 25 avril 2007 déterminant les modalités de l'évaluation de la situation individuelle du bénéficiaire de l'accueil.

(http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2007042548&table_name=wet)

¹³ Dans l'attente qu'un Arrêté ministériel voie le jour, Fedasil a émis le 11 juin 2007 une instruction relative au 'Formulaire standard pour l'évaluation de la situation individuelle du bénéficiaire de l'accueil'. Les centres d'accueil fédéraux étaient censés utiliser ce formulaire d'évaluation rédigé par l'Agence, mais les partenaires d'accueil se sont réservés le droit d'utiliser des instruments différents.

¹⁴ Ainsi selon l'article 18 de la directive accueil de 2003, il faut garantir aux enfants l'accès aux services de réhabilitation, aux soins de santé mentale adaptés et à l'accompagnement qualifié. L'article 18 présente également d'autres formes de vulnérabilité justifiant l'accompagnement des enfants, telles avoir été "victime de quelque forme de traitement d'abus, de négligence, d'exploitation, de torture, de traitement cruels, inhumains et dégradants ou de conflits armés". Quant aux victimes de tortures ou de violences, l'article 20 stipule uniquement que des soins nécessaires doivent être offerts. Les articles 23, 24 et 25 de la refonte de la directive accueil européenne de 2013 réitérent à nouveau les mêmes groupes cibles spécifiques, à savoir les mineurs, mineurs non accompagnés et les victimes de tortures ou de violences. Pour les mineurs, l'accent est davantage mis sur le développement physique, mental, spirituel, moral et social. Ainsi, une attention particulière est demandée aux possibilités de regroupement familial et à l'accès aux activités de loisirs. Mis à part cela, la directive stipule aujourd'hui aussi que les personnes chargées des victimes de tortures, de viol ou d'autres formes de violences doivent avoir suivi un 'enseignement approprié' et doivent suivre des cours de recyclage.

1.2. Contexte politique

Bien que le contexte juridique indique que l'attention accordée aux demandeurs vulnérables et à leurs besoins spécifiques au sein de l'accueil n'est pas nouvelle, nous constatons néanmoins un regain d'intérêt politique à ce sujet. Lors des préparatifs parlementaires de la loi accueil, les articles relatifs à la vulnérabilité n'ont pas fait l'objet d'un débat approfondi. De nos jours, la thématique est par contre devenue prioritaire dans l'agenda politique, aux niveaux européen et belge. De nouvelles initiatives, également de nature législative, sont d'ailleurs en préparation.

Lorsque le gouvernement Michel a pris ses fonctions en octobre 2014, il a été annoncé dans l'accord gouvernemental « l'importance de tenir compte des profils spécifiques »¹⁵, avec une mention explicite pour les personnes handicapées, les femmes enceintes, les personnes seules avec enfants et les mineurs étrangers non accompagnés. Dans sa note politique générale de 2014, le secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, Theo Francken, avance que « le gouvernement accordera une attention maximale aux groupes de candidats-réfugiés les plus vulnérables. »¹⁶ Ainsi, « il convient d'élaborer une procédure en vue de l'identification des groupes et personnes vulnérables (en fournissant également un soutien aux personnes appartenant à ces groupes) ». L'augmentation du nombre de demandeurs en 2015-2016 (voir infra) a temporairement modifié les priorités politiques, mettant en suspens les ambitions en matière d'identification et de prise en charge des profils vulnérables. Dans le courant de l'année 2016, le thème a refait surface, politiquement parlant. En ce qui concerne l'identification par exemple, des efforts ont été accomplis pour améliorer l'identification des vulnérabilités au moment de l'arrivée du demandeur de protection internationale, et ce notamment moyennant un renforcement de l'effectif de l'équipe médicale du Dispatching¹⁷. En même temps, une attention a été demandée pour « un certain nombre de formations spécifiques afin d'aider les collaborateurs de l'accueil à mieux détecter certaines personnes vulnérables [...] telles les victimes de la traite des êtres humains et les victimes de la violence sexiste ou sexuelle »¹⁸. Les discussions sur le futur centre d'arrivée font également allusion au fait d'accorder une attention particulière à l'identification des besoins d'accompagnement du demandeur¹⁹. De plus, un investissement conséquent a été réalisé dans un système de gestion de bases de données « Match-It », qui devrait également labelliser les places et les bénéficiaires du réseau d'accueil afin de permettre une désignation appropriée. A propos de l'accompagnement, au début du quinquennat du gouvernement, il avait été convenu d'accueillir les groupes cibles vulnérables principalement dans des places d'accueil individuelles. Spécifiant ce choix, la note politique de 2017 prévoit l'accueil des personnes vulnérables dans des places individuelles organisées par des ONG : « Enfin, des places pour des groupes cibles pour des profils très spécifiques (MENA, profils médicaux, mères célibataires, etc.) doivent de préférence être attribuées à des ONG spécialisées. »²⁰. Par ailleurs, une attention a été demandée pour « l'ancrage structurel du travail avec des femmes et des mères célibataires, qui sont la plupart du temps plus vulnérables que les autres demandeurs de protection internationale », ainsi que pour les projets pour les demandeurs LGBTI (parmi lesquels s'inscrit le projet Safe Havens, comme successeur du projet en lien avec une prise en charge adaptée pour les demandeurs de protection internationale).

La ligne politique actuelle du gouvernement belge peut être décrite comme « une identification rapide et un accueil spécifique ». Le point de départ réside dans l'existence de certains groupes cibles clairement définis (en particulier, les personnes avec des problèmes médicaux, les femmes vulnérables, les LGBTI) pour lesquels il s'agit de trouver dans les meilleurs délais un accueil distinct et/ou un accompagnement adapté. À ce niveau, des places d'accueil

¹⁵ Accord du gouvernement Michel (9 octobre 2014), p.157

¹⁶ Chambre belge des représentants, Document de politique générale sur l'asile et la migration, 2014, p.15

¹⁷ Chambre belge des représentants, Document de politique générale sur l'asile et la migration, 2017, p.18

¹⁸ Chambre belge des représentants, Document de politique générale sur l'asile et la migration, 2016, p.18

¹⁹ Chambre belge des représentants, Document de politique générale sur l'asile et la migration, 2017, p.24

²⁰ Chambre belge des représentants, Document de politique générale sur l'asile et la migration, 2017, p.26

individuelles sont recherchées, notamment au sein d'ONG spécialisées, et un accompagnement adapté au sein d'associations spécialisées est souhaité, telles des organisations LGBTI, celles-ci étant mieux placées pour répondre aux besoins de ces groupes cibles. Les personnes qui n'appartiennent pas à ces groupes cibles spécifiques sont accueillies dans un centre collectif et reçoivent uniquement le gîte, le couvert et l'encadrement pendant la procédure. L'attention de l'agenda politique européen pour les demandeurs vulnérables semble prendre une autre direction. En juillet 2016, la Commission européenne proposait une deuxième et nouvelle refonte de la directive accueil²¹. Contrairement aux directives antérieures, la description « personnes vulnérables avec des besoins spécifiques » a été supprimée. Dorénavant, les termes employés sont « demandeurs avec des besoins d'accueil particuliers »²². L'idée sous-jacente est que les personnes peuvent avoir des besoins d'accueil sans être vulnérables. Par conséquent, l'accueil doit satisfaire les besoins d'accueil de chacun et non uniquement les besoins des « groupes cibles vulnérables »²³. De plus, l'identification des besoins spécifiques doit être effectuée le plus rapidement possible, des formations doivent être prévues pour faciliter la détection des premiers signes de besoins d'accueil spécifiques et une orientation vers des experts doit être garantie (vers des médecins ou des psychologues). Bien que les politiques européennes restent convaincues de la nécessité d'une identification rapide, un *mainstreaming* des besoins d'accueil spécifiques semble privilégié par rapport à un traitement catégoriel²⁴.

Nous constatons que, malgré l'attention partagée pour la thématique de la vulnérabilité, une divergence s'est installée entre les niveaux politiques belge et européen. Alors que la Belgique avance que les personnes vulnérables sont un ensemble de groupes cibles distincts pour l'accueil, l'Europe semble évoluer vers un *mainstreaming* des besoins d'accueil spécifiques qui délaisse la notion de vulnérabilité.

1.3. Contexte institutionnel

Le niveau institutionnel se situe entre les grandes lignes juridiques consacrées par la loi accueil et les priorités politiques actuelles. Depuis 2002, Fedasil met en œuvre le modèle d'accueil, à la fois comme régisseur et comme pourvoyeur de places d'accueil. Les centres d'accueil fédéraux et les organisations partenaires utilisent des instructions et des conventions. Celles-ci spécifient où, comment, par qui, pour qui et jusque quand l'accueil doit être offert. Dans ce cadre, nous abordons deux processus institutionnels importants qui se sont manifestés au cours de cette étude.

Dès l'été 2015, le nombre de demandes de protection internationale a augmenté. Une limitation du nombre de demandes journalières a été imposée par l'OE, qui est compétent pour l'enregistrement et la délivrance du document qui vaut preuve d'une DPI (annexe 26). En conséquence, il n'était plus possible d'introduire immédiatement une DPI. Celui qui se présentait à l'OE recevait initialement une convocation le priant de revenir à une date ultérieure. Afin d'éviter que des personnes ne se retrouvent sans hébergement, en attendant, un pré-accueil était organisé par la Rode Kruis et la Croix-Rouge. Malgré une réduction du nombre de demandes en 2016, un système d'enregistrement graduel a été mis en place par la suite. Depuis mars 2016, toute personne qui souhaite introduire une DPI reçoit une convocation à l'issue de l'enregistrement. Le pré-accueil a déménagé en juillet 2016

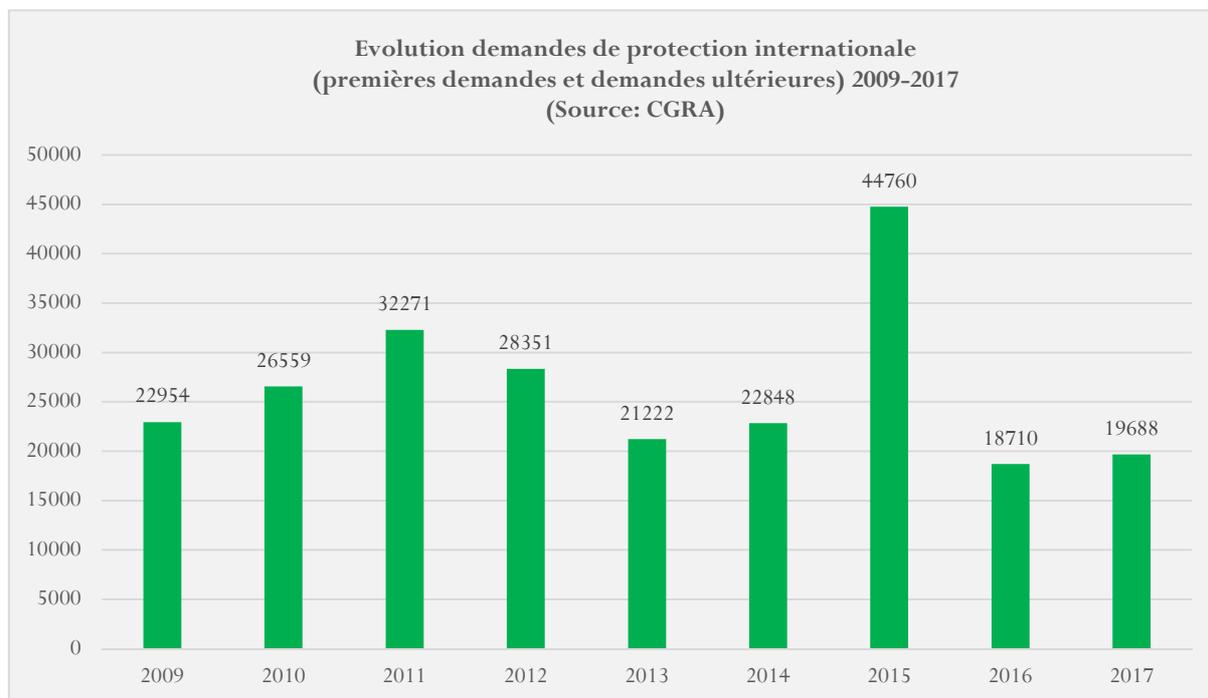
²¹ COM (2016) 465 Final 'Proposal for a directive of the European Parliament and of the Council laying down standards for the reception of applicants for international protection (recast)'. Cf.: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/PDF/?uri=CELEX:52016PC0465&from=EN>

²² Ibidem

²³ La liste non exhaustive de personnes censées avoir des besoins d'accueil spécifiques a été glissée dans la définition se trouvant au début du texte de la directive.

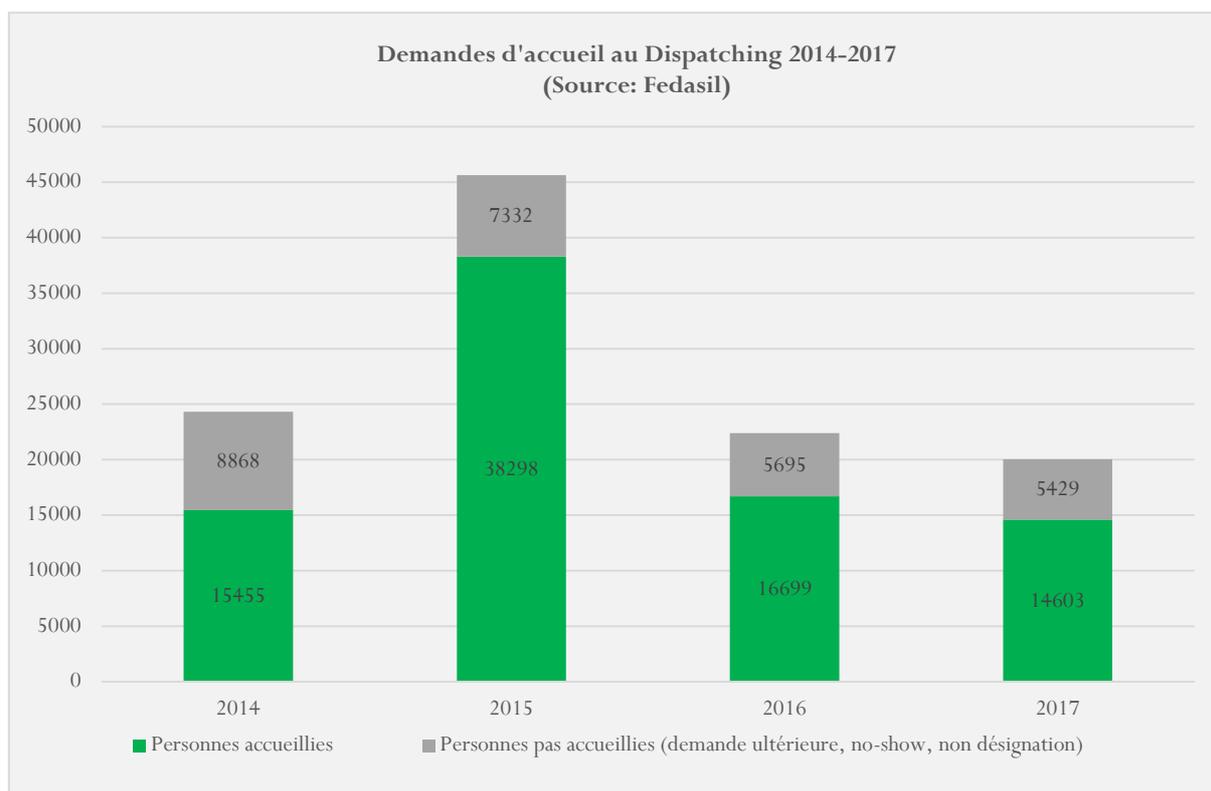
²⁴ Cf. également AIDA, The concept of vulnerability in European Asylum Procedures (2017).

vers un centre d'accueil du Samusocial à Neder-Over-Heembeek. À terme, ce centre sera remplacé par un nouveau centre d'arrivée, au sein duquel l'introduction d'une DPI auprès de l'OE, la désignation d'une place d'accueil par le Dispatching de Fedasil et le premier accueil seront centralisés.



Lors de la hausse des demandes de protection, en 2015, le nombre de personnes pour lesquelles Fedasil a dû mettre une place d'accueil à disposition a également augmenté. En moins de six mois, le nombre de places d'accueil a doublé: fin 2015, la Belgique disposait de 33.408 places d'accueil, comparées aux 16.000 places d'accueil structurelles au début du mois de juillet. Il s'agissait souvent de places d'accueil d'urgence créées provisoirement, compromettant l'identification des personnes vulnérables avec des besoins spécifiques et l'offre d'un accompagnement adapté. Pour compenser le manque de places d'accueil, le gouvernement fédéral a décidé de confier une partie de l'accueil à des acteurs privés. Entre-temps, la capacité d'accueil d'urgence a été réduite en raison d'une diminution du nombre de demandes de protection internationale. La période 2015-2017 a également compté une croissance du nombre de personnes accueillies par la Belgique dans le cadre du programme de réinstallation. En 2015, la Belgique a réinstallé 276 personnes, en 2016, le nombre s'est élevé à 452 personnes et, en 2017, 1.309 réfugiés sont arrivés via ce programme²⁵.

²⁵ Par ailleurs, depuis 2013, la Belgique dispose d'un programme de réinstallation structurel et s'est engagée d'accueillir chaque année un quota de personnes qui nécessitent la protection. Chaque année l'HCR établit un aperçu des besoins existants de réinstallation. Pour la réinstallation, ce sont principalement les personnes identifiées comme « vulnérables » qui entrent en ligne de compte. Les critères de réinstallation utilisés par le HCR sont les suivants : les besoins de protection juridiques et physiques, les survivants de violence ou de torture, les besoins médicaux, les femmes en danger, le regroupement familial, les enfants et les adolescents, les réfugiés plus âgés et le manque de perspectives d'intégration locales. Les personnes qui entrent en ligne de compte pour la Belgique sont identifiées en fonction des priorités européennes. En raison de leur procédure spéciale, ce groupe bénéficie d'un trajet d'accueil distinct en Belgique. Dans un premier temps, ils reçoivent une place d'accueil dans les centres d'accueil fédéraux à Saint-Trond, Pondrôme, Florennes ou Kapellen, où un trajet d'accompagnement leur est offert. Ce premier séjour dure entre 6 et 7 semaines, ensuite, ils déménagent dans une ILA pour une période de transition de 6 mois. Dans la suite du présent rapport, ce groupe cible spécial ne sera pas abordé. Cf.: <https://www.fedasil.be/nl/hervestiging>; <http://www.unhcr.org/protection/resettlement/558c015e9/resettlement-criteria.html>.



A côté de cela, une modification profonde a été apportée au phasage et à la structure du modèle d'accueil. Conformément à la loi accueil, les pouvoirs publics belges prévoient une aide matérielle aux demandeurs. Cette aide matérielle peut être offerte aussi bien dans des structures individuelles que collectives. Depuis 2007, l'accueil était divisé en deux phases, une phase collective pendant les quatre premiers mois suivie d'un transfert vers une phase individuelle. Le transfert vers un accueil individuel était rendu possible par l'article 12 de la loi accueil²⁶. L'instruction de juillet 2016 « Transition de l'aide matérielle vers l'aide sociale – Mesures pour les résidents des structures d'accueil collectives et accompagnement à la transition » stipule que l'accueil doit, en principe, avoir lieu dans un centre collectif pendant toute la durée de la procédure. Le législateur n'a pas supprimé la possibilité d'effectuer un transfert vers une place individuelle, en revanche la durée du séjour dans l'accueil collectif précédant une demande a été ajustée à six mois. L'ambition existe de limiter également le délai du traitement de la DPI à six mois également. Cette division en phases est sujette à quelques exceptions. Les personnes bénéficiant d'un taux de protection élevé peuvent être transférées de manière anticipée²⁷ dans une ILA. Les personnes pour lesquelles les pouvoirs publics belges ne sont pas compétents en fonction du règlement Dublin sont, dans l'attente de leur transfert, accueillies dans des places Dublin spécifiques. Les personnes mineures qui séjournent avec leurs parents illégalement sur le territoire mais qui peuvent néanmoins prétendre à l'accueil conformément à l'Arrêté royal du 24 juin 2004, ne peuvent pas bénéficier de cette phase²⁸. Cependant, ces situations exceptionnelles ne font pas l'objet explicite du présent rapport. Selon le « nouveau » modèle d'accueil, une fois le statut de protection accordé, le bénéficiaire de l'accueil peut choisir entre deux options. Soit, il opte pour un départ anticipé et reçoit des chèques-repas pour subvenir à ses besoins pendant un mois, en restant par exemple chez des amis ou de la famille. Soit, il effectue la transition dans une place d'accueil individuelle pour une période minimale de deux mois. Ce délai peut

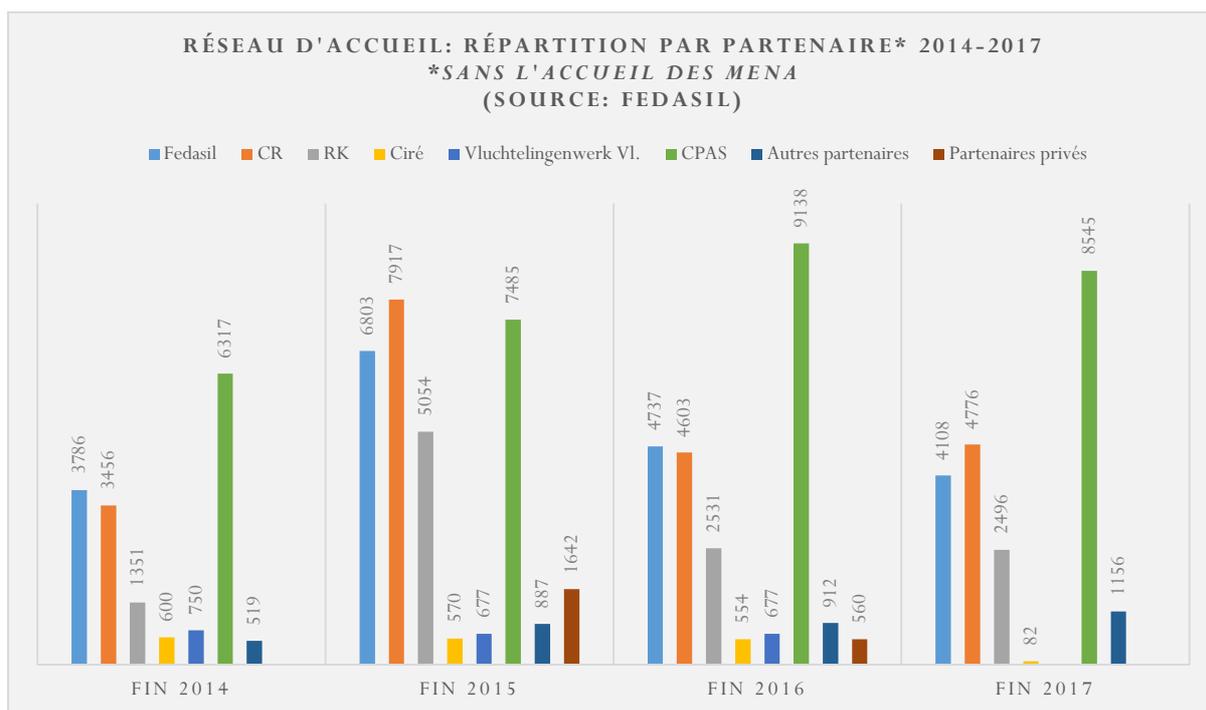
²⁶ L'article 12 prévoit que le transfert vers l'accueil individuel ne peut avoir lieu que dans la limite des places disponibles. En pratique, cela signifiait que dans l'ancien modèle d'accueil les personnes devaient rester dans l'accueil collectif pendant toute leur procédure et qu'il y avait des listes d'attente pour certaines catégories, telles que les personnes isolées ou les personnes ayant des problèmes de santé.

²⁷ L'instruction 'Transfert de l'accueil collectif vers une Initiative Locale d'Accueil (ILA) – Désignation pour les demandeurs de protection internationale à haut taux de protection'. Initialement, cela ne pouvait se faire qu'après quatre mois, mais dans le cadre de la gestion du réseau d'accueil, il a été décidé de réduire cette période à deux mois.

²⁸ 24 JUIN 2004. - Arrêté royal visant à fixer les conditions et modalités pour l'octroi d'une aide matérielle à un étranger mineur qui séjourne avec ses parents illégalement dans le Royaume.

être prolongé d'un mois, à deux reprises, en fonction des résultats de la recherche d'un premier logement en dehors de l'accueil. Lors de la désignation d'une place d'accueil après l'octroi d'un statut de protection, la vulnérabilité des personnes doit être prise en compte et, le cas échéant, un accueil spécialisé doit être prévu. Les demandeurs déboutés, qui ont reçu une décision négative du CGRA et/ou du CEE, peuvent séjourner pendant 30 jours dans une place de retour ouverte au sein de laquelle ils sont encadrés en vue de préparer leur retour volontaire. Ces places de retour se trouvent dans les centres d'accueil de Fedasil (Arendonk, Jodoigne, Poelkapelle, Saint-Trond et le Petit-Château à Bruxelles).

La modification du phasage du modèle d'accueil allait de pair avec une restructuration profonde des places d'accueil. C'est ainsi que le Conseil des Ministres du 3 juin 2016 a décidé de réduire la capacité d'accueil individuelle offerte par le Ciré et Vluchtelingenwerk Vlaanderen. Les deux coupoles non gouvernementales offraient depuis 1999, en collaboration d'autres organisations, des places d'accueil individuelles. La révision du trajet d'accueil menait à la réduction de leur capacité d'accueil générique²⁹. Dans le cadre de la restructuration du réseau d'accueil, il a été suggéré de conserver une partie des places individuelles des ONG et de les transformer en places spécifiques réservées aux profils labellisés comme vulnérables. Cependant, Vluchtelingenwerk Vlaanderen a décidé de ne pas accepter l'offre de Fedasil. Ultérieurement dans ce rapport, nous reviendrons plus en détail sur les places spécifiques pour les personnes vulnérables gérées par le Ciré.



²⁹ Lors de la réduction de la capacité d'accueil individuelle du Ciré et de Vluchtelingenwerk Vlaanderen, les personnes dont la procédure de protection internationale était en cours ont été désignées principalement à un accueil collectif. Cette politique de désignation a fait l'objet de plusieurs procès, en conséquence le tribunal du travail a été largement impliqué dans la définition de ce qu'est une place d'accueil adaptée.

Les deux évolutions institutionnelles, aussi bien l'augmentation du nombre de demandes de protection internationale que la révision du modèle d'accueil, ont formé la trame des possibilités pour identifier les personnes vulnérables et leurs besoins spécifiques ainsi que leur proposer un accompagnement adapté. Parallèlement à ces évolutions au sein du réseau d'accueil, Fedasil a effectué des démarches pour développer une approche spécifique pour les personnes vulnérables, qui distinguent les « groupes cibles vulnérables » du « groupe générique ». Cette approche trouve son expression au travers de la spécialisation au sein des structures d'accueil fédérales et de la création de places d'accueil spécifiques au sein du réseau l'accueil, moyennant le financement d'organisations partenaires, ou encore de quelques directives et instructions internes spécifiques. Leur mise en œuvre concrète est largement développée dans le chapitre suivant.

Nous constatons que le réseau d'accueil a subi de profondes modifications ces dernières années, causées tantôt par la hausse des arrivées des demandeurs de protection internationale en 2015-2016, tantôt par l'introduction d'un nouveau phasage et d'une restructuration du modèle d'accueil. Ces éléments ont eu des répercussions sur l'identification et la prise en charge des personnes vulnérables dans l'accueil notamment en raison d'une surcharge de travail, de l'instauration d'un pré-accueil et de la disparition de partenaires de l'accueil individuel. En revanche, de nombreux développements sont en cours. La création d'un centre d'arrivée devrait permettre, à terme, de détecter plus rapidement les besoins d'accueil spécifiques des bénéficiaires de l'accueil en vue de désigner la place d'accueil la mieux adaptée. Fedasil a aussi procédé à une approche groupes cibles, qui utilise une combinaison de différents instruments, tels que la création de places d'accueil spécifiques, les prestations de services externes et de nouvelles procédures internes pour le réseau d'accueil.

1.4. Conclusion

Ce premier chapitre décrit le cadre général dans lequel les collaborateurs de terrain évoluent dans la définition, l'identification et la prise en charge des personnes vulnérables avec des besoins d'accueil spécifiques. Ce cadre est divisé en un contexte juridique, un contexte politique avec des priorités politiques et une mise en œuvre opérationnelle par Fedasil. Nous constatons que le cadre juridique reste très général à ce jour, mais que les niveaux politiques et institutionnels sont plus concrets. Cela prend la forme d'une approche groupes cibles, partant d'une distinction entre personnes « vulnérables » et « non vulnérables ». Le tableau ci-dessous résume les principaux éléments des cadres juridique, politique et institutionnel.

	DÉFINITION	IDENTIFICATION	PRISE EN CHARGE
Cadre juridique	<p>Article 36 Les besoins spécifiques des personnes vulnérables tels que les :</p> <p>1. mineurs ; 2. mineurs non accompagnés ; 3. parents célibataires accompagnés de mineurs ; 4. femmes enceintes ; 5. personnes handicapées ; 6. victimes de la traite des êtres humains ; 7. personnes âgées ; 8. personnes atteintes de maladies graves ; 9. personnes atteintes de troubles mentaux ; 10. personnes ayant subi des actes de tortures, qui ont été violées ou qui ont subi d'autres formes graves de violences psychologiques, physiques ou sexuelles telles que les victimes de mutilations génitales féminines.</p>	<p>Article 22 Dans les trente jours qui suivent l'attribution d'un lieu obligatoire d'inscription, la situation personnelle du bénéficiaire de l'accueil est analysée afin d'évaluer si l'accueil répond à ses besoins spécifiques. L'évaluation de la situation individuelle du bénéficiaire de l'accueil se poursuit tout au long de son séjour au sein de la structure d'accueil. A cette fin, l'évaluation de la situation personnelle du bénéficiaire de l'accueil porte notamment sur les signes non détectables d'une éventuelle vulnérabilité, comme c'est le cas pour les personnes ayant subi des actes de torture ou d'autres formes graves de violences psychologiques, physiques ou sexuelles.</p> <p>Article 31 Les tâches du travailleur social comprennent également l'évaluation des besoins spécifiques du bénéficiaire de l'accueil.</p>	<p>Article 3 Tout demandeur d'asile a droit à un accueil pouvant lui permettre de vivre une vie qui respecte la dignité humaine.</p> <p>Article 11 Lors de l'attribution d'un lieu obligatoire d'inscription, l'Agence veille à ce que ce lieu soit adapté au 'bénéficiaire de l'accueil' [...]. L'évaluation de l'adéquation de ce lieu repose notamment sur des critères tels que la situation familiale du bénéficiaire de l'accueil, son état de santé, sa connaissance de l'une des langues nationales ou de la langue dans laquelle se déroule la procédure. Dans ce contexte, l'Agence porte une attention particulière à la situation des personnes vulnérables visées à l'article 36.</p> <p>Article 36 Afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes vulnérables [...], l'Agence ou le partenaire conclut des accords avec des institutions ou des associations spécialisées.</p>
Cadre politique	Groupes cibles spécifiques	Futur centre d'arrivée Match-IT	Accueil individuel offert par les ONG Projets spécifiques externes
Cadre institutionnel	Groupes cibles spécifiques	Futur centre d'arrivée Match-IT	Places d'accueil spécifiques Financement des organisations partenaires Directives et instructions internes spécifiques

2. La vulnérabilité dans l'accueil

Tant au niveau juridique, politique qu'institutionnel, nous constatons que davantage d'attention est accordée ces dernières années aux demandeurs vulnérables avec des besoins spécifiques. Cependant, à ce jour, aucun aperçu n'a encore été réalisé ni sur la manière dont la vulnérabilité est définie et identifiée dans la pratique de l'accueil, ni sur la manière de satisfaire les besoins d'accueil spécifiques des personnes vulnérables. La pratique de l'accueil en Belgique se caractérise par la grande diversification des acteurs impliqués.

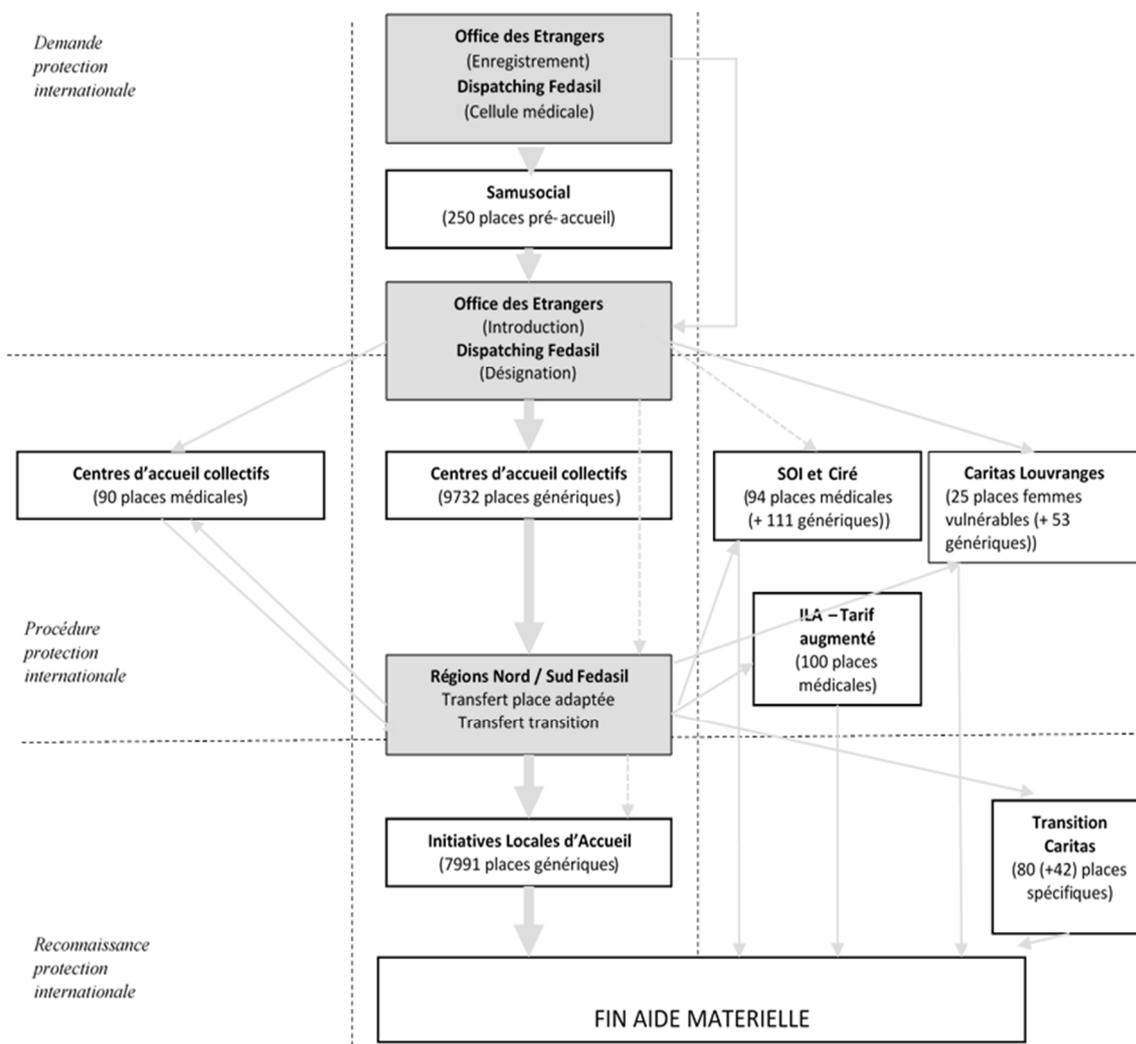
L'organigramme sur la page suivante expose schématiquement les principaux acteurs³⁰ actifs au sein du trajet d'accueil des demandeurs majeurs³¹ avec une indication de leur capacité d'accueil respective en juillet 2018³². Au centre de l'organigramme se trouve le trajet standard d'un demandeur. Ce trajet est structuré en trois phases, impliquant aussi bien les acteurs responsables de la désignation d'une place d'accueil que les acteurs qui offrent effectivement un accueil. Dans un premier temps, la DPI est enregistrée par l'OE et un examen médical est réalisé par le service médical du Dispatching de Fedasil. En attendant l'introduction de la demande, un accueil est prévu dans le pré-accueil du Samusocial. Dès que la demande a été introduite, le Dispatching se charge de la désignation. Pendant l'examen de la demande, selon le schéma classique, une place générique est désignée dans un centre d'accueil collectif. À l'issue de l'octroi d'un permis de séjour de plus de trois mois (ou dans le cas d'un haut taux de protection), il revient au service accueil de la Région Nord ou de la Région Sud de désigner une structure individuelle, en principe une ILA. De part et d'autre de ce trajet standard, des adaptations peuvent être apportées à l'accueil des personnes vulnérables, tant dans les centres d'accueil collectifs que dans les structures d'accueil individuelles³³. Aussi bien le Dispatching que les Régions Nord et Sud sont autorisés à approuver des adaptations à l'égard du trajet général via une désignation directe ou via une procédure de transfert.

³⁰ Au centre du diagramme se trouve la capacité d'accueil dans les centres d'accueil collectifs. Mi-2018, les centres collectifs sont gérés par Fedasil (appelés ci-après centres fédéraux), la Croix-Rouge, la Rode Kruis, le Samusocial et Caritas International. Au moment de la hausse des arrivées en 2015-2016, des centres collectifs étaient aussi gérés par des partenaires privés, néanmoins ceux-ci ont été réduits et fermés. Depuis 2013, les places d'accueil au sein des centres fédéraux sont réparties en places génériques et places médicales spécifiques. Cette labellisation fait provisoire défaut chez les autres partenaires. Ils ont conclu avec Fedasil une convention générique générale. Néanmoins, ils accueillent aussi des personnes avec un profil médical. Ils ont développé leurs propres structures de gestion en lien avec les chambres médicales. Cela signifie que le nombre de places médicales collectives dans cet organigramme est sous-estimé, tandis que le nombre de places génériques est surestimé. Comme indiqué dans la section méthodologique, les centres collectifs des autres opérateurs d'accueil n'ont pas participé, c'est pourquoi seuls les centres fédéraux sont abordés dans ce rapport.

³¹ Cf. note de bas de page 1.

³² Les demandeurs ont toujours la possibilité de refuser l'accueil offert. Ce refus peut être exprimé à différents moments du trajet d'accueil : (1) après l'enregistrement d'une DPI, (2) après l'introduction d'une DPI, et (3) lors d'un départ anticipé à l'issue de l'octroi d'un permis de séjour de plus de trois mois. Ces possibilités n'ont pas été reprises dans l'organigramme.

³³ La capacité d'accueil des ONG se compose toujours de places spécifiques et de places pour les membres de la famille qui accompagnent, qui ont été placées entre parenthèses.



Dans le deuxième chapitre, nous chercherons à examiner la manière dont la vulnérabilité est prise en compte tout au long du trajet d'accueil. Nous nous attarderons sur les définitions de la vulnérabilité qui sont en vigueur, les pratiques pour identifier la vulnérabilité et les besoins spécifiques, ainsi que la manière dont la prise en charge est adaptée. Mais avant, il convient de donner une description et une justification de la méthodologie utilisée.

2.1. Méthodologie

Cette étude ne part délibérément pas d'une définition théorique de la vulnérabilité et ne cherche pas non plus à tester certaines hypothèses concernant l'identification ou l'accompagnement prodigué. Vu le caractère relativement inexploité de la thématique, le dispositif expérimental était de nature exploratoire et une méthode inductive a été utilisée. L'étude a été conduite en deux phases. La première phase visait à développer un spectre 'étendu' par rapport à la thématique. Moyennant un mode de recherche appelé méthode mixte, des discussions exploratoires avec différents acteurs ont été menées (OE, Dispatching de Fedasil, Ciré, Caritas International, Vluchtelingenwerk Vlaanderen), en combinaison avec des observations effectuées dans un certain nombre de structures d'accueil et une enquête auprès de collaborateurs de terrain des structures d'accueil, pour obtenir une idée générale des principaux points d'attention en lien avec la vulnérabilité dans l'accueil. Une description détaillée de la méthodologie et des résultats de cette première phase sont disponibles dans le rapport intermédiaire publié en décembre 2016³⁴.

Cette seconde phase a tenté d'exposer les couches plus « profondes » de la thématique. L'accent a été mis sur l'approfondissement du vécu et des expériences des collaborateurs de terrain dans les structures d'accueil. Le choix a été fait de travailler avec des groupes de discussions constitués de collaborateurs de terrain. Cette méthode offrait l'opportunité d'évaluer le vécu via des questions ouvertes, mais également de confronter les différentes opinions et de générer de nouvelles idées. Tandis qu'un entretien reflète très souvent des points de vue et la réalité d'une seule personne, cette manière de recueillir les données s'avère appropriée pour refléter la réalité sociale des différents intervenants. Les groupes de discussions sont précieux pour obtenir une image vivante, actuelle et riche des motivations, des intérêts, des convictions, des expériences, des questions et des idées des participants d'un groupe. Bien plus que pour les entretiens individuels, les groupes de discussions permettent également aux participants de déterminer l'agenda, de sorte que l'influence du chercheur reste limitée³⁵. Au total, 17 groupes de discussions ont été organisés, ciblés à chaque fois sur un thème spécifique. Les thèmes ont été déterminés en fonction des résultats de la première phase de l'étude, à savoir : le processus d'identification, l'accueil adapté et les transferts, les points de focalisation pendant l'accompagnement, les conditions pour un accompagnement de qualité, l'approche multidisciplinaire, l'accompagnement des personnes vulnérables, la collaboration avec les services externes et l'utilisation des instruments et des outils pour l'identification et l'accompagnement. Les groupes de discussions ont été menés en deux parties : une discussion en groupe, suivie d'une séance collective de réflexion sur les recommandations politiques inspirées de la technique de groupe nominale. Cette technique offre à chaque intervenant la possibilité de prendre la parole et d'exprimer son opinion³⁶. L'invitation à participer aux groupes de discussions a été transmise à tous les collaborateurs des services sociaux et médicaux du réseau d'accueil. Finalement, 111 collaborateurs de terrain y ont pris part. La plupart travaillait dans des centres d'accueil fédéraux et dans des ILA. Les autres partenaires d'accueil, dont la Rode Kruis et la Croix-Rouge, étaient fortement sous-représentés. Par conséquent, leurs expériences avec des personnes vulnérables n'ont pas pu être reprises dans ce rapport. Ainsi, les résultats ayant trait aux centres d'accueil collectifs se limitent aux centres fédéraux. Pour les participants aux groupes de discussions, une analyse au niveau du groupe a été étudiée. Nous avons reconstitué les interprétations et les pratiques qui circulent en lien avec la vulnérabilité, sans pour autant nous prononcer ni sur leur importance, ni sur la vision des différents opérateurs d'accueil. Mis à part le vécu et les expériences des collaborateurs de terrain, une enquête a également été effectuée auprès des organisations externes mandatées ou non par l'Agence et connues pour avoir une certaine expertise en matière de vulnérabilité. À cette fin, nous avons utilisé une enquête par questionnaire. L'accent a été mis sur la prise en charge proposée par ces organisations aux personnes vulnérables qui leur sont orientées par le réseau d'accueil. De cette manière, nous souhaitions également

³⁴ Cf. « Étude sur les personnes vulnérables avec des besoins d'accueil spécifiques'. Synthèse des principales constatations. Phase 1 »

https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport_synthese_personnes_vulnerables_2016_1.pdf

³⁵ Wilkinson, S. (1999). Focus groups: A feminist method. *Psychology of Women Quarterly*, 23, 221–244.

³⁶ Vander Laenen, F. (2015). Not just another focus group: making the case for the nominal group technique in criminology. *Crime Science*, 4(5).

mettre en lumière la perspective des acteurs qui « orientent » pour la comparer à celle des acteurs qui « reçoivent ». Les réponses des 23 organisations qui ont intégralement complété le questionnaire ont été traitées : Solentra, TABANE, Clinique de l'Exil, L'autre sens, Woman do, Tejo Ronse, Ulysse, Constans, Initiative spécifique santé en exil, Auxilia, Nasci, Bruxelles Accueil, SeTIS Wallon, Çavaria, Sensoa, Why me, Centre d'action interculturelle, CIMB, Intact, Convivial, Vlaams Steunpunt Vrijwilligerswerk, SPF Santé Publique et PraxisP. Ces organisations offrent au groupe cible soit un accompagnement médical ou un accompagnement psychologique, soit une autre forme d'accompagnement (notamment au niveau de la scolarité, de l'emploi, du genre, de la sexualité, du logement, etc.). Pour conclure, les résultats des groupes de discussions et de l'enquête par questionnaire ont été complétés par des entretiens approfondis avec l'OE, le Dispatching de Fedasil, les responsables des Régions et de la cellule Gestion des processus de Fedasil, le coordinateur psychosocial de Fedasil et un certain nombre de structures d'accueil spécifiques, telles que le Samusocial, Caritas International, Carda – Croix-Rouge et le Ciré. Ceci nous a permis par la suite de cadrer le vécu des collaborateurs de terrain et des organisations externes.

Finally, the data from the two phases of the research have been gathered and triangulated to form a global image of the treatment reserved for vulnerability and specific needs in the practice of reception. In order to explore the lived experience and experiences, we opted for a thematic analysis and a presentation of the collected data. Thematic analysis is a method more focused on the description of what has been said rather than on the development of a theory³⁷. In addition, we chose to transcribe the authentic experiences of the interviewed actors via numerous testimonies³⁸. As indicated above, this report seeks to understand the lived experience and experiences of the involved actors, without for as much as to issue any judgement on the « justness » of their opinion. Given the exploratory nature of the analysis and the methodology used, we do not pretend to be representative of the lived experiences of the numerous actors of the practice of reception.

However, an important perspective is missing from this report: that of the beneficiaries of reception themselves. Despite the fact that they are at the center of the initial methodology (cf. intermediate report³⁹), during the preparation of the interviews with the beneficiaries, it was considered infeasible to include this activity in the planned schedule. The challenges were related to the development of a relationship of sufficient trust with the interviewed persons to guarantee the quality of the interviews. This element would increase the chances that the interviewed person shares important information with the researcher and that these last ones are based on their real lived experience. The other challenges were of a procedural, relational and ethical nature. While the ethics of research at the level of the human sciences has for a long time been a point of attention, we progressively recognize the importance of the ethics of research that targets refugees and vulnerable persons. Several authors estimate that researchers who study this target group face ethical challenges to add value to the lives of the persons they study, to consider them not only as sources of data but also as subjects of the process. The literature states that the study of refugees faces the following ethical challenges: power and agreement, confidentiality and trust, gender, culture, human rights and social justice⁴⁰. It proved impossible to offer a response to all these challenges within the limits of the planning of this study. However, we continue to recognize the importance of identifying, via a participatory approach, the point of view of the beneficiaries of reception. Further research is required in order to know their perspective concerning vulnerability and the needs of reception.

³⁷ Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

³⁸ Dans ce rapport, une traduction libre en français est donnée pour les citations exprimées en néerlandais.

³⁹ Cf. « Étude sur les personnes vulnérables avec des besoins d'accueil spécifiques'. Synthèse des principales constatations. Phase 1 » https://www.fedasil.be/sites/default/files/content/download/files/rapport_synthese_personnes_vulnerables_2016_1.pdf

⁴⁰ Pittaway, E., Bartolomei, L. & Hugman, R. (2010). Stop Stealing Our Stories: The Ethics of Research with Vulnerable Groups. *Journal of Human Rights Practice*, 2(2), 229–51.

2.2. Définition

Au cours de l'étude, il a été constaté que, dans la pratique, le terme « vulnérabilité » n'est pas communément utilisé par tous les intervenants. À la question de savoir comment les collaborateurs de terrain décriraient la vulnérabilité, les réponses ont été divergentes. Comme remarqué lors de la première phase de l'étude, la définition de la vulnérabilité donnée par le collaborateur de terrain est fortement influencée par ses propres expériences pratiques. Nous constatons également qu'il existe un fort contraste entre les acteurs qui sont impliqués dans la désignation des places d'accueil des demandeurs (OE, Dispatching et les Régions) et les acteurs chargés de l'accueil et de l'accompagnement des demandeurs (pré-accueil, centres d'accueil collectifs, initiatives locales d'accueil, partenaires non gouvernementaux et organisations externes). À la fois, (1) une définition différente est donnée de la vulnérabilité et (2) un classement différent est effectué au sein du groupe des personnes vulnérables. Alors que, lors de la désignation, les personnes sont plutôt réparties en groupes cibles ou en catégories, mettant l'accent sur leurs besoins spécifiques, lors de l'accueil effectif, davantage de liberté est attribuée à l'approche individuelle, accordant une attention aux besoins mais aussi aux compétences des personnes. Cette différence dépend étroitement des pratiques d'identification qui seront discutées dans la section suivante.

Désignation: une approche catégorielle

Le trajet d'accueil des demandeurs de protection internationale réserve un rôle très important aux acteurs impliqués dans la désignation d'une place d'accueil. Une grande partie de leurs tâches consiste à enregistrer et à traiter un ensemble de données personnelles, sur base duquel une place d'accueil effective peut être désignée. Ci-dessous, nous détaillerons comment les acteurs impliqués dans la désignation, à savoir l'OE, le Dispatching et les Régions de Fedasil, définissent la vulnérabilité. Leurs définitions de la vulnérabilité sont très similaires (définition catégorielle), bien qu'elles diffèrent au niveau de la subdivision faite au sein du groupe des personnes vulnérables.

Les personnes qui souhaitent introduire une DPI doivent d'abord s'adresser à l'OE. Dans le passé, les besoins visibles étaient notés au moment de l'enregistrement de la DPI sur le formulaire d'enregistrement ad hoc. En août 2016, il a été mis fin à cette pratique, l'OE ayant créé un nouveau formulaire demandant non seulement une série de données démographiques mais mesurant également des éléments relatifs à la « vulnérabilité ». L'objectif est de formaliser et d'accélérer l'enregistrement de la vulnérabilité, et par conséquent, d'aider le service Dispatching dans la désignation concrète d'une place d'accueil. Il a été décidé d'utiliser une notion plus large de la vulnérabilité lors de l'enregistrement de la DPI que celle inscrite dans le droit des étrangers. La loi sur les étrangers utilise la notion de vulnérabilité uniquement lorsqu'une référence est faite aux mineurs étrangers⁴¹. En outre, la loi mentionne aussi le besoin de procédures particulières⁴², notamment en raison d'actes de torture, de viols et d'autres formes de violences psychologiques, physiques ou sexuelles graves. Le formulaire d'enregistrement présente beaucoup plus de possibilités. Les collaborateurs de l'OE et les interprètes ont la possibilité de cocher dix catégories : 'mineur d'âge', '+65 ans', 'grossesse', 'problèmes médicaux', 'problèmes psychologiques', 'accompagné d'enfant(s) mineur(s)', 'femme seule', 'victime de la traite des êtres humains', 'LGBTI', 'victime de violence (physique, psychologique, sexuelle)'. Par conséquent, une définition catégorielle de la vulnérabilité est employée, catégorisant les personnes en groupes cibles.

⁴¹ Cf. Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. Art. 57/1, § 3

⁴² Cf. : Loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. Art. 48/9, § 5

En ce qui concerne la division en catégories, le formulaire d'inscription de l'OE s'écarte partiellement des catégories reprises dans la loi accueil. C'est ainsi que les femmes seules et les personnes LGBTI sont désignées comme des catégories vulnérables, alors qu'elles ne sont pas mentionnées explicitement dans la loi accueil. Par ailleurs, le formulaire d'inscription réserve un espace pour ajouter des informations éventuelles. Dans la pratique, il semble que cet espace soit utilisé pour souligner que la personne doit être considérée comme 'très vulnérable'. Le haut degré de vulnérabilité est évalué sur base de besoins aigus. Les femmes enceintes qui sont dans leurs derniers mois de grossesse ou qui présentent des besoins médicaux évidents peuvent bénéficier d'une priorité dans le traitement de la procédure d'enregistrement et ne seront pas accueillies dans le pré-accueil du Samusocial.

À l'issue de l'introduction de la DPI, l'OE fait passer un premier entretien au demandeur. L'article 48/9 de la loi sur les étrangers stipule que le demandeur doit avoir la possibilité d'apporter des éléments circonstanciés et précis dans le questionnaire, prouvant ses besoins procéduraux spécifiques. Au début de l'entretien, le demandeur est interrogé sur l'existence de circonstances médicales ou psychologiques pouvant perturber l'entretien au CGRA ou la procédure de demande. De plus, sa préférence par rapport au genre de l'intervieweur (officier de protection) et de l'interprète est demandée ainsi que par rapport à la présence de l'époux/épouse pendant l'entretien au CGRA. L'impact d'une éventuelle grossesse est également sondé. Ce questionnaire est beaucoup plus restreint que la catégorisation qui a lieu lors de l'enregistrement et il n'a pas de répercussion sur la désignation ultérieure d'une place d'accueil.

Après l'enregistrement d'une DPI, il revient au Dispatching de Fedasil d'organiser la désignation effective d'une place d'accueil. Le formulaire d'enregistrement complété, mentionnant la vulnérabilité telle qu'évaluée par l'OE, est transféré au Dispatching. Malgré le travail préparatoire, le Dispatching procède à son tour à une nouvelle catégorisation des personnes. Tout comme pour l'OE, une catégorisation a lieu, mais la subdivision effectuée par le Dispatching est toutefois différente. En principe, chacun appartient au groupe cible générique, sauf si le Dispatching désigne des demandeurs majeurs et les membres de leur famille⁴³ à un groupe cible spécifique, en particulier le groupe cible médical ou le groupe cible des femmes vulnérables. La désignation à un groupe cible spécifique s'effectue lorsque plusieurs besoins spécifiques sont constatés et exigeraient, selon le Dispatching, un accueil adapté. L'identification des besoins spécifiques sera traitée plus loin dans ce rapport. De manière générale, le groupe cible médical comprend les personnes handicapées, les personnes avec des problèmes psychologiques, des problèmes de mobilité et les femmes enceintes. Les mères célibataires pour qui le Dispatching craint qu'elles ne pourront s'intégrer dans une structure d'accueil collective appartiennent au groupe cible des femmes vulnérables. En comparaison à la répartition de l'OE, le Dispatching utilise une catégorisation généralisée. Bien que de nombreuses vulnérabilités catégorisées par l'OE puissent coïncider avec le classement du Dispatching, il n'y a pas de correspondance exact. Par exemple, les catégories générales du Dispatching ne réfèrent pas à l'âge avancé (+65 ans), à la présence d'enfants mineurs ou au fait d'appartenir à un groupe sexuel minoritaire.

Au cours du trajet d'accueil, un troisième acteur intervient dans la désignation. Les Régions Nord et Sud de Fedasil sont compétentes pour l'octroi d'une nouvelle place d'accueil en cas de transfert. Plusieurs raisons peuvent motiver un transfert au sein même du réseau d'accueil. Un transfert peut, par exemple, faire office de mesure disciplinaire ou peut avoir lieu dans le cadre de l'obtention d'un statut de séjour. Il peut aussi être effectué pour chercher une place d'accueil mieux adaptée aux besoins spécifiques d'une personne. Quelle que soit la motivation, les structures d'accueil qui souhaitent demander un transfert doivent utiliser le formulaire standard 'annexe B – demande de

⁴³ Comme indiqué préalablement, la présente étude ne concerne pas les demandeurs de protection internationale qui sont mineurs non accompagnés. Ils suivent un trajet d'accueil distinct, au sein duquel leurs vulnérabilités spécifiques sont, dans une première phase, évaluées par les centres d'observation et d'orientation.

modification/suppression du lieu obligatoire d'inscription'. Ce document montre la définition de la vulnérabilité par les Régions et sa répartition des personnes vulnérables. Initialement, le formulaire ne faisait pas référence de manière explicite à la notion générale de la vulnérabilité et seuls les besoins médicaux étaient repris. Une demande de transfert pour raisons médicales doit toujours être accompagnée d'une check-list complémentaire. La check-list utilise différents labels qui identifient les besoins médicaux et psychologiques de la personne, allant de sa mobilité à sa capacité à vivre de manière autonome⁴⁴. Les besoins spécifiques non médicaux peuvent être indiqués dans un espace réservé aux remarques. En 2016, un volet a été ajouté à l'annexe B, qui mesure explicitement la vulnérabilité. En principe, ce volet est uniquement complété lors d'un transfert effectué à l'issue de l'octroi d'un permis de séjour. Celui-ci a été conçu au moment de la mise en place du projet spécifique pour la transition des personnes vulnérables de Caritas International, abordé dans la section relative à la prise en charge. Les structures d'accueil peuvent cocher différentes catégories, qui sont réparties en deux types. Une personne est considérée comme vulnérable si une catégorie de 'type 1' s'applique, comme dans le cas d'un handicap (problématique médicale, psychologique ou sociale très grave), ou deux catégories de 'type 2' (problématiques sociales), par exemple l'isolement social ou l'analphabétisme. Bien que certaines catégories de vulnérabilité prévues dans la loi accueil ne sont pas mentionnées (par exemple les victimes de la traite des êtres humains), il est intéressant de constater que ces catégories s'élargissent. Ainsi, comme catégories de vulnérabilité, il est fait référence à un isolement linguistique, à l'absence de réseau social, à l'analphabétisme, à une reconnaissance accélérée et au manque d'expérience de vie⁴⁵. Sur base de la check-list médicale ou de la rubrique sur la vulnérabilité de l'annexe B, une distinction est posée entre les personnes qui ont des besoins d'accueil spécifiques et celles pour qui un accueil générique suffit. Une fois de plus, les personnes « vulnérables » spécifiques et les personnes « non vulnérables » génériques sont distinguées.

Concrètement, nous constatons que l'approche catégorielle qui définit une personne comme vulnérable ou non fait office de fil conducteur reliant les acteurs impliqués dans la désignation d'une place d'accueil. Néanmoins, les personnes vulnérables et non vulnérables ne sont pas réparties de manière identique par les différents acteurs. L'OE utilise dix catégories différentes tandis que le Dispatching et les Régions se limitent principalement à une catégorisation dichotomique générale, à savoir générique et spécifique. La subdivision met surtout l'accent sur les besoins médicaux (définition large) pour la désignation d'une catégorie de vulnérabilité spécifique. Dans le paragraphe suivant, nous opposons la manière dont les acteurs qui pourvoient un accueil effectif définissent à leur tour la vulnérabilité et comment ils la concrétisent. Il en ressort que l'approche réservée à la vulnérabilité est différente, ayant des conséquences importantes pour les personnes identifiées comme vulnérables et celles qui ne le sont pas.

Accueil: les facteurs de risque et de protection

Cette étude nous a permis de constater que le terme « vulnérabilité » n'est pas utilisé avec la même régularité. Certains collaborateurs de terrain évitent d'utiliser le terme. Ils estiment en effet qu'il a une connotation négative stigmatisant l'estime de soi.

⁴⁴ Avec l'introduction de Match-It, les labels de la check-list médicale ont été modifiés. La labellisation de Match-It travaille uniquement avec des besoins d'accueil spécifiques (par exemple la mobilité limitée), alors que certains labels plus anciens enregistraient également des conditions médicales (spécialement des handicaps particuliers, tels que les malvoyants, les malentendants, etc.). Par conséquent, les acteurs chargés de la labellisation doivent reformuler la condition d'une personne en spécifiant les besoins d'accueil spécifiques qui en découlent.

⁴⁵ Cela concerne des jeunes entre 18 et 21 ans, des anciens demandeurs de protection internationale mineurs non-accompagnés, des mères mineures.

« SI TU DIS QUE CETTE PERSONNE EST VULNÉRABLE, DANS CE CAS TU DOIS FAIRE QUELQUE CHOSE. QUI SAIT, CETTE PERSONNE VA SE SENTIR TRÈS FAIBLE, ET QUI SAIT, PEUT-ÊTRE VA-T-ELLE SE SENTIR DAVANTAGE VULNÉRABLE. À CE MOMENT-LÀ, TU ES CONFRONTÉ À UNE PERSONNE QUI SE TROUVE DANS UNE SITUATION TRÈS RISQUÉE. CECI A UN IMPACT TRÈS NÉGATIF SUR LA PERSONNE [...]. ET ELLE LE RESSENT ÉGALEMENT. 'POUR QUI ME PRENNENT-ILS'. »

D'autres collaborateurs de terrain estiment que, dans la pratique, il est très difficile de séparer ceux qui sont vulnérables de ceux qui ne le sont pas. A plusieurs reprises, les collaborateurs de terrain ont signalé que, dans un certain sens, les demandeurs sont tous vulnérables.

« COMBIEN DE DOSSIERS SONT VULNÉRABLES? OUI, TOUS. LES UNS FONT MIEUX ET SONT CAPABLES D'Y FAIRE FACE TANDIS QUE D'AUTRES ONT DES DIFFICULTÉS MAIS, EN FIN DU COMPTE, ILS SONT TOUS VULNÉRABLES. TOUS ONT UN RÉCIT DE FUITE. TOUS ONT UNE RAISON QUI LES A POUSSÉS À PRENDRE LA FUITE ET ONT UNE RAISON DE SE TROUVER ICI. »

Cette opinion rejoint la vision du HCR qui estime que les demandeurs de protection internationale sont, par définition, des personnes vulnérables, car ils ont quitté leur domicile, leur environnement familial et qu'ils doivent faire face à de nombreux défis. En même temps, les collaborateurs de terrain soulignent régulièrement la « résilience » des demandeurs, leur capacité à effectuer le voyage vers la Belgique témoignant justement de leur capacité à rebondir.

« LE FAIT D'AVOIR RÉUSSI À FAIRE UN TEL VOYAGE PROUVE QUE CES PERSONNES NE SONT PAS FAIBLES. BIEN AU CONTRAIRE, CELA PROUVE QU'ELLES SONT FORTES ET DONC IL NE FAUT PAS LES TRAITER COMME DES ENFANTS. »

Bien que certains collaborateurs de terrain évitent le terme « vulnérabilité », cela ne signifie pas que tous les bénéficiaires de l'accueil partagent les mêmes caractéristiques. Nous remarquons effectivement des différences entre eux, mais à ce moment, ces dossiers sont qualifiés de « difficiles » et non de « vulnérables ». L'approche individuelle des personnes devient prioritaire. Il n'est pas vérifié dans quelle mesure certaines personnes correspondent aux groupes cibles vulnérables distingués par la loi accueil. Cependant, en pratique, l'observation de la situation individuelle d'une personne pour évaluer ce qui pose problème est privilégiée.

« J'AI TRÈS SOUVENT L'IMPRESSON QUE LES PERSONNES SONT MISES DANS DES CASES ALORS QUE CELA N'EST PAS SI SIMPLE. DANS CE CAS, ON NOUS REPROCHE RÉGULIÈREMENT: 'TU CONSIDÈRES TOUT LE MONDE COMME SPÉCIAL, MAIS CE N'EST PAS DE CETTE FAÇON QU'ON TRAVAILLE'. »

« JE NE SAIS PAS SI NOUS DEVONS FAIRE UNE SÉLECTION ENTRE LES PERSONNES VULNÉRABLES OU NON CAR [...] NOUS TRAVAILLONS AVEC UNE POPULATION QUI A FORCÉMENT ENDURÉ BEAUCOUP DE CHOSES. »

Les collaborateurs de terrains essaient de détecter les « facteurs » qui rendent les personnes vulnérables plutôt que de retenir l'approche catégorielle de la vulnérabilité. Mis à part les facteurs de risque, les collaborateurs de terrain ont également identifié des facteurs qui peuvent « protéger » les personnes dans l'accueil contre les difficultés auxquelles elles doivent faire face. Cependant, il ne semble pas évident pour certains collaborateurs de terrain de signaler ces facteurs de protection.

« JE TROUVE QUE LORSQU'ON FAIT FACE À UNE PERSONNE TRÈS VULNÉRABLE ET QU'ON ENTAME LE SUJET DES COMPÉTENCES, ÇA NE CONVIENT PAS VRAIMENT. »

Les collaborateurs de terrain ont donné plusieurs facteurs qui peuvent rendre vulnérables les personnes au sein de l'accueil. Dans la majorité des cas, il est fait référence à des facteurs personnels pouvant devenir un risque pour la santé physique et mentale d'une personne. Comme mentionné plus haut, la situation médicale est un facteur clef pour les personnes chargées des désignations, et ce spécialement dans le cas d'un handicap ou d'une maladie grave. Cependant, les collaborateurs de terrain tiennent aussi compte, dans leur évaluation de la situation individuelle des personnes, de facteurs tels que : jeunes adultes, analphabétisme, esclavage et différents facteurs sociaux.

« UNE VULNÉRABILITÉ À LAQUELLE JE DOIS ACTUELLEMENT FAIRE FACE, C'EST UNE FAMILLE OÙ LE PÈRE EST ANALPHABÈTE ET NE PARLE QUE L'ARABE. NOUS UTILISONS SON TÉLÉPHONE POUR COMMUNIQUER, ÇA COMMENCE À ALLER, BIEN QUE CE SOIT TRÈS DIFFICILE CAR IL Y A AUSSI UN CÔTÉ CULTUREL. SA FEMME PAR CONTRE EST PLUS CULTIVÉE, DONC JE VEILLE À CE QUE SA FEMME SOIT PRÉSENTE LORSQUE JE DONNE DES EXPLICATIONS. MAIS LA FEMME N'EST PAS TOUJOURS LÀ, ET NOUS N'AVONS PAS TOUJOURS UN INTERPRÈTE À PORTÉE DE MAIN. »

« TOUT DEMANDEUR DE PROTECTION INTERNATIONALE EST VULNÉRABLE À SA FAÇON. PAR EXEMPLE, LES HOMMES SEULS SONT SOCIALEMENT MOINS VITE INTÉGRÉS ET SEMBLANT AUSSI ÊTRE DAVANTAGE SEULS. ILS RECHERCHENT TRÈS SOUVENT LA COMPAGNIE DE COMPATRIOTES, DE PERSONNES ORIGINAIRES DE LA MÊME RÉGION OU PARTIE DU MONDE POUR ÉVITER DE SE RETROUVER SEULS. CECI EMPÊCHE LA VÉRITABLE INTÉGRATION. EN REVANCHE, CELA APORTE DU SOUTIEN AU DEMANDEUR DE PROTECTION INTERNATIONAL. QUANT AUX FAMILLES, ON CONSTATE QUE L'ÉCOLE, LES ENFANTS, LES VOISINS ENCOURAGENT ET ACCÉLÈRENT DAVANTAGE L'INTÉGRATION. CERTES, CECI EST UNE GRANDE FAIBLESSE POUR LES PERSONNES SEULES/FORCE POUR LES FAMILLES. LA MÉCONNAISSANCE DU NÉERLANDAIS EST COMMUNÉMENT VUE COMME UNE GRANDE VULNÉRABILITÉ, AUSSI BIEN DANS LE CAS DES PERSONNES SEULES QUE DES FAMILLES. À CAUSE DE CELA, ILS MANQUENT PAS MAL D'INFORMATIONS IMPORTANTES SUR LES ÉTUDES DES ENFANTS ET SUR L'AIDE À L'EMPLOI ET ILS PASSENT PLUS VITE ENTRE LES MAILLES DE NOTRE SOCIÉTÉ. CELA ENTRAVE LEUR CONTACT QUOTIDIEN ET ENGENDRE UN CERCLE VICIEUX. »

Les collaborateurs de terrain interrogés insistent aussi sur la nécessité de contextualiser la vulnérabilité d'une personne. Celle-ci peut être évaluée, « à la lumière » ou « dans le contexte » d'une situation spécifique dans laquelle elle se trouve. Autrement dit, la vulnérabilité n'est pas une simple caractéristique permettant d'identifier une personne. Une même personne dans des circonstances différentes peut tout à coup s'avérer vulnérable. Par exemple, un changement de contexte lors du transfert d'un centre d'accueil collectif vers une ILA peut provoquer, selon les collaborateurs de terrain, une plus grande vulnérabilité.

« LA VULNÉRABILITÉ EST INÉVITABLE PENDANT LE TRANSFERT VERS UNE PLUS GRANDE AUTONOMIE [...] »

« JE PENSE QU'IL EXISTE UNE DOUBLE VULNÉRABILITÉ, DANS LE SENS OÙ UNE PERSONNE EST VULNÉRABLE DANS LE CENTRE ET LORSQU'ELLE QUITTE LE CENTRE, QU'ELLE SOIT RECONNUE COMME RÉFUGIÉE OU QU'ELLE SE RETROUVE DANS L'ILLÉGALITÉ. IL N'EXISTE PAS DE MESURES, OU TRÈS PEU. UNE FAMILLE SYRIENNE QUI A SÉJOURNÉ QUATRE MOIS DANS UN CENTRE ET QUI VIT DEUX MOIS DANS UNE ILA ET QUI DÉMÉNAGE ENSUITE DANS UNE

MAISON À SCHAERBEEK, DEVIENT LA PROIE DE TOUS LES MAUX, À SAVOIR : DU TRAVAIL AU NOIR, DE LA TRAITE DES ÊTRES HUMAINS, À VRAI DIRE DE BEAUCOUP DE CHOSES. ELLE EST BEAUCOUP PLUS VULNÉRABLE LORSQU'ELLE QUITTE LE CENTRE QUE DANS LE CENTRE. »

Le fait qu'une personne soit vulnérable ou non dépend en grande partie de la situation dans laquelle elle se trouve. Par exemple, d'autres facteurs matériels en lien avec la procédure de l'accueil peuvent influencer la vulnérabilité d'une personne. Quant à la procédure, il est très souvent fait allusion à son caractère interminable et à la grande insécurité qu'elle engendre. Par rapport à la manière dont l'accueil est organisé, les collaborateurs de terrain signalaient aussi la situation géographique de la structure d'accueil, sa taille et les installations dans les environs. Certaines structures d'accueil se trouvent dans une région isolée et éloignée des villes, de certaines installations et de certains services tels que le transport public ou les services d'aide externes. Ceci peut avoir une influence négative sur les possibilités des résidents de se constituer un réseau social. De plus, le manque de possibilités de vie privée dans les grandes structures d'accueil collectives, accordant peu d'espace individuel et très bruyantes, peuvent par exemple aggraver la vulnérabilité de certains résidents affectés par des troubles mentaux.

« JE LE RÉPÈTE SOUVENT AUX RÉSIDENTS, AUSSI LONGTEMPS QUE CELA DURE, IL FAUT SE DIRE QUE C'EST TEMPORAIRE. CECI N'EST PAS VOTRE VIE. VOTRE VIE ACTUELLE EST UNE SITUATION EN STAND-BY ET CELA CHANGERA UN JOUR. »

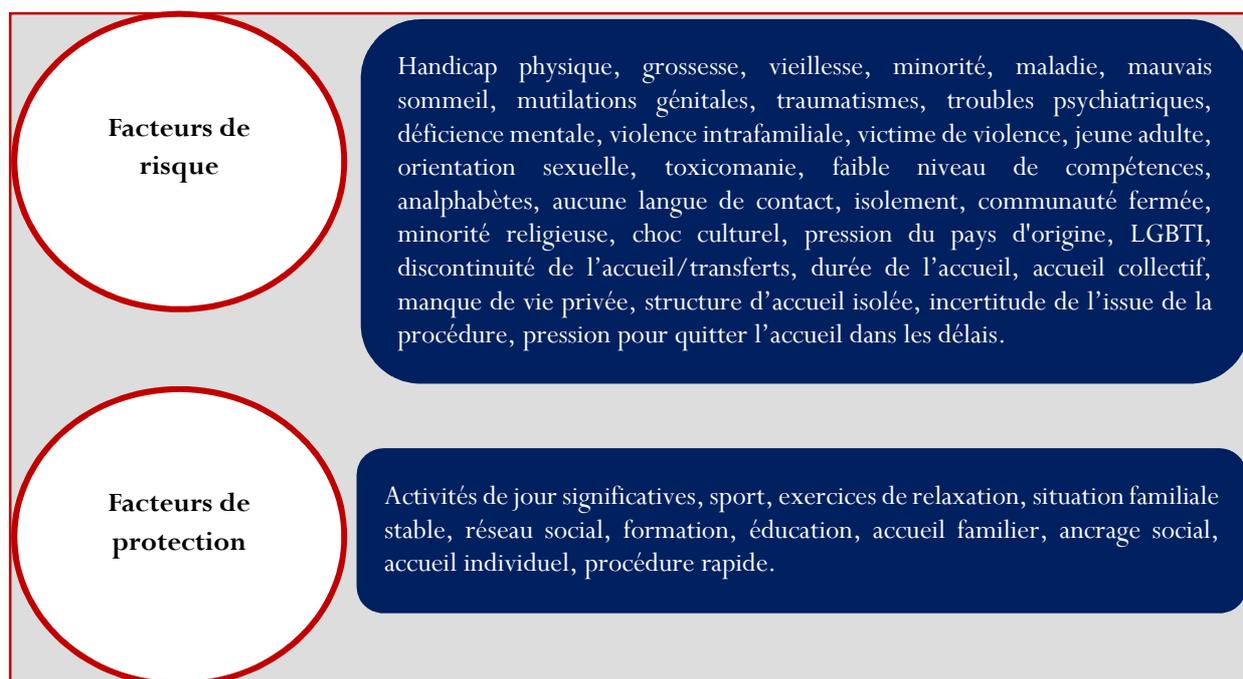
« ILS NE SONT PAS CONSIDÉRÉS COMME DES CITOYENS À PART ENTIÈRE. C'EST AINSI. ET ILS LE SENTENT AUSSI, S'ILS DOIVENT ENDURER CETTE SITUATION PENDANT DEUX ANS. N'IMPORTE QUI DEVIENDRAIT INÉVITABLEMENT VULNÉRABLE. »

« OUI ET EFFECTIVEMENT, À CHAQUE FOIS QU'ILS DOIVENT CHANGER D'ENDROIT, ILS PERDENT À NOUVEAU LEUR IDENTITÉ. »

Selon la manière dont les collaborateurs de terrain interprètent la vulnérabilité d'une personne, celle-ci semble graduelle et changeante. En fonction de l'équilibre entre les facteurs de risque et de protection, la vulnérabilité d'une personne peut s'accroître, tout comme elle peut régresser pendant l'accueil. En outre, la vulnérabilité apparaît comme une situation multidimensionnelle et complexe durant laquelle une série de risques peuvent se renforcer mutuellement. Par exemple, une personne peut être simultanément enceinte, disposer d'un réseau social très limité et devoir subvenir à l'éducation de très jeunes enfants. De telles situations sont tellement individuelles au point que les collaborateurs de terrain interrogés éprouvent des difficultés à parler des personnes vulnérables en général.

« POUR CHAQUE VULNÉRABILITÉ DIFFÉRENTE, IL EXISTE DES GRADATIONS DIFFÉRENTES. CELA DÉPEND DONC DU CAS LE PLUS URGENT OU DE LA DIFFICULTÉ LA PLUS ÉPINEUSE À TRAITER. JE NE SAIS PAS, IL EST DIFFICILE DE TENIR UN DISCOURS GÉNÉRAL SUR LA CATÉGORIE QUI NÉCESSITE LE PLUS D'ATTENTION, CELA DÉPEND DE BEAUCOUP DE CHOSES. »

La figure ci-dessous est la synthèse des facteurs mentionnés par les collaborateurs de terrain interrogés comme pouvant impacter la vie des personnes au sein de l'accueil, aussi bien au sens positif (facteurs de protection) qu'au sens négatif (facteurs de risque). Certains de ces facteurs ont plutôt trait à la santé physique et mentale d'une personne, d'autres visent plutôt un bien-être général, ou encore, ont trait à l'organisation matérielle de l'accueil et de la procédure. Il s'agit ici non pas d'une liste des différents groupes cibles vulnérables, mais bien des facteurs qui peuvent pousser les personnes dans une situation personnelle de vulnérabilité ou les protéger contre la vulnérabilité. Ainsi, le fait d'appartenir à une minorité de genre ou religieuse ne conduit pas automatiquement à la vulnérabilité, mais les collaborateurs de terrain estiment que ce facteur pourrait y contribuer. Il ne s'agit pas non plus d'une liste de besoins spécifiques de l'accueil, car une réponse aux vulnérabilités qui se manifestent peut être offerte de plusieurs manières différentes.



Conclusion

Ce paragraphe a cherché à examiner la manière dont la vulnérabilité est définie en pratique. En résumé, nous pouvons conclure que, dans la pratique de l'accueil, la vulnérabilité est définie de plusieurs manières.

	ENREGISTREMENT ET DÉSIGNATION			ACCUEIL
	OE	Service Dispatching Fedasil	Régions Fedasil	
Définition	Catégorielle – Groupes cibles Besoins procéduraux spécifiques	Catégorielle – Groupes cibles	Catégorielle – Groupes cibles	Multidimensionnelle - Individus
Répartition	'minorité', '+65 ans', 'grossesse', 'problèmes médicaux', 'problèmes psychologiques', 'accompagné d'enfant(s) mineur(s)', 'femme seule', 'victime traite des êtres humains', 'LGBTI' 'victime violence (physique, psychologique, sexuelle)' 'Personnes très vulnérables'	Groupe cible médical Femmes vulnérables Groupe cible générique	Groupe cible médical Femmes vulnérables Transition vulnérable Groupe cible générique	Individus avec des facteurs de risque et de protection

Les acteurs impliqués dans la désignation d'une place d'accueil semblent essentiellement utiliser une notion catégorielle où une distinction est faite entre les différents groupes vulnérables. Ceci correspond à la manière dont les personnes vulnérables sont décrites dans la loi accueil. En revanche, sur le terrain, la vulnérabilité suit une approche prenant en compte la situation individuelle qui résulte d'un équilibre entre les facteurs de risque et de protection. Cette approche implique que les individus ne sont pas répartis en groupes cibles et que la vulnérabilité de chaque personne est traitée différemment.

La différence au niveau de la définition a des conséquences très importantes pour la personne considérée comme vulnérable. L'utilisation de définitions catégorielles ne signifie pas qu'une répartition identique soit pratiquée pour les groupes cibles vulnérables. L'OE considère par exemple une personne de plus de 65 ans comme vulnérable, alors que ceci n'est pas le cas pour la catégorisation appliquée par le Dispatching. De plus, il y a des personnes qui sont considérées comme vulnérables au sein du réseau d'accueil, mais qui ne correspondent pas aux catégories énumérées dans la loi accueil, telles que les analphabètes, les LGBTI ou les personnes appartenant à une minorité religieuse.

2.3. Identification

Différents acteurs de l'accueil utilisent non seulement une interprétation différente de la vulnérabilité, mais maintiennent également leurs propres pratiques d'identification. Pour qu'une personne soit considérée comme vulnérable, cela dépend non seulement de sa situation personnelle mais aussi de l'évaluation effectuée par les acteurs de l'accueil. Savoir constater une vulnérabilité exige une certaine capacité d'interprétation et par conséquent, il peut y avoir des différences d'opinions sur qui est vulnérable et pourquoi cette personne est vulnérable. C'est la raison pour laquelle nous étudions le processus d'identification de la vulnérabilité en pratique. Ci-dessous, nous expliquons la manière respective utilisée par les différents acteurs pour identifier la vulnérabilité. Pour ce faire, nous reprenons la différenciation entre les acteurs impliqués dans la désignation des places d'accueil et les acteurs qui dispensent effectivement l'aide et l'accueil.

Les pratiques d'identification constatées diffèrent à trois niveaux. Tout d'abord, le « moment » de l'évaluation de la vulnérabilité n'est pas le même. Par exemple, il est possible d'effectuer une évaluation à un ou plusieurs moments fixes pour évaluer une vulnérabilité permanente. Ensuite, il s'agit de savoir qui décide de cette vulnérabilité. Il arrive qu'une seule personne en décide (accompagnateur social, travailleur social, médecin ou psychologue), mais il se peut également que plusieurs personnes se concertent pour prendre une décision (multidisciplinaire). Finalement, reste à savoir comment la vulnérabilité est évaluée et la manière dont elle est communiquée. Ceci peut se faire via des procédures formalisées aboutissant à un résultat standard (identique aux labels) ou il peut être question d'une évaluation informelle et d'un rapportage relativement discontinu.

Désignation: évaluation immédiate

Ci-dessous, nous expliquons comment les acteurs impliqués dans la désignation des places d'accueil aux demandeurs de protection internationale mettent en œuvre la définition catégorielle de la vulnérabilité. Dans un intervalle très court, ils effectuent une évaluation immédiate des besoins d'accueil spécifiques éventuels.

Office des étrangers

En pratique, l'identification de la vulnérabilité et des besoins spécifiques commence dès l'OE. Outre les procédures administratives et de sécurité, un formulaire d'enregistrement est complété donnant les informations de base sur la personne, telles que la famille en Belgique et les informations sur les problèmes ou plaintes de santé, ainsi que sur les catégories de vulnérabilité décrites plus haut. Quant aux questions relatives aux problèmes sur la santé, l'OE mentionne que les personnes signalent elles-mêmes s'il y a des problèmes psychologiques ou soumettent les attestations/certificats médicaux dont elles disposent. Pendant l'enregistrement, si nécessaire, l'aide d'un interprète est possible. Lorsque le formulaire d'enregistrement est complété, en général, seuls les besoins et vulnérabilités physiques évidents d'une personne ou ceux mentionnés par la personne en question peuvent être notés. L'enregistrement se déroule de manière rapide et prend tout au plus dix minutes. Dans le cas où une personne est considérée comme « très vulnérable », l'OE essaie de finaliser la DPI en un seul jour. Dans le cas contraire, les personnes séjournent provisoirement dans le centre d'accueil « Béjar » du Samusocial et elles sont invitées à se présenter à une date ultérieure pour compléter et introduire la DPI.

Mis à part l'enregistrement, l'OE interviewe également les demandeurs et leur famille. La cellule vulnérabilité de l'OE se charge d'interviewer les personnes qui sont identifiées comme vulnérables sur base de l'enregistrement. À

ce niveau, il est tenu compte du genre de l'interprète et de l'intervieweur, et de la mobilité du demandeur (par exemple l'accès au local). Les personnes très vulnérables bénéficient d'un traitement prioritaire; leur DPI et l'enregistrement de celle-ci ainsi que leur première interview sont en principe finalisés le jour de leur première présentation. Pour les autres personnes, une période plus ou moins longue peut s'écouler avant qu'un entretien n'ait lieu. Comme mentionné plus haut, avant l'entretien, les éventuels besoins procéduraux sont évalués. L'entretien comprend deux parties : d'une part l'identification d'une personne, sa famille en Europe et son récit de fuite et d'autre part, un questionnaire préparatoire pour le CGRA, notamment sur la crainte du demandeur et sur les problèmes avec les autorités. Les collaborateurs de la Cellule vulnérabilité sont formés aux techniques d'entretien pour interroger les mineurs et les personnes vulnérables. Si un intervieweur ne faisant pas partie de cette cellule constate néanmoins pendant l'interview que le demandeur concerné s'avère vulnérable, la cellule vulnérabilité sera contactée. Si on constate des besoins d'accueil qui n'ont pas été enregistrés pendant l'entretien, l'OE informera Fedasil. Des brochures d'information sont distribuées aux demandeurs avec des besoins spécifiques (ou susceptibles d'en avoir), notamment en lien avec la traite des êtres humains, le genre et la minorité d'âge. Pour la traite des êtres humains, la cellule vulnérabilité contacte le service spécialisé MINTEH⁴⁶ de l'OE, qui peut expliquer les possibilités juridiques au demandeur.

Service Dispatching de Fedasil

Le Dispatching de Fedasil reçoit le formulaire d'enregistrement de l'OE qui donne les informations sur la vulnérabilité soupçonnée ou prouvée. Ces informations peuvent être retenues pour la désignation d'une place d'accueil. Mis à part cela, le Dispatching dispose également de ses propres canaux pour identifier la vulnérabilité.

Premièrement, au moment de son enregistrement, chaque demandeur passe un premier examen de dépistage auprès du service médical du Dispatching. En principe, une radiographie des poumons est prise de toutes les personnes (radiographie du thorax) afin de pouvoir contrôler si elles ne sont pas atteintes de la tuberculose⁴⁷ et si elles sont vaccinées⁴⁸. Des exceptions peuvent être faites pour les femmes qui se disent enceintes ou les personnes pouvant démontrer que des radiographies ont été prises récemment ou qu'elles ont été vaccinées. Cet examen de dépistage s'effectue dans le cadre de la protection de la santé publique. Pour les demandeurs qui sont identifiés par l'OE comme vulnérables, un examen médical sommaire est effectué. Même si l'OE ne signale aucune vulnérabilité, le service médical peut procéder à un examen médical du demandeur, par exemple s'il y a des indications visibles de sa vulnérabilité ou lorsque le demandeur signale lui-même des informations médicales qui n'ont pas encore été enregistrées. Pendant cet examen médical sommaire, le personnel médical rassemble « toutes les informations disponibles ». Aucune check-list fixe n'est employée. Les besoins médicaux nécessitant une intervention médicale immédiate et qui peuvent être pris en charge par le personnel médical sont examinés, tels que la glycémie (taux de sucre) et la tension artérielle. L'espace pour procéder à cet examen est seulement séparé du public par un paravent de chambre déplaçable, ce qui rend l'examen médical très difficile, selon le personnel médical. Pendant l'examen médical, des questions relatives aux problèmes psychologiques sont aussi posées. Il n'y a pas non plus de questionnaire standard. Les collaborateurs du service médical estiment également que l'espace réservé aux examens médicaux est insuffisamment séparé pour pouvoir répondre aux questions privées. Par manque de temps, aucune question n'est posée sur des thèmes sensibles. Le manque d'interprètes pendant l'examen médical et la rapidité avec laquelle il doit être effectué sont également considérés par l'équipe médicale comme très problématiques. Si, à l'issue d'un examen médical, il s'avère qu'une personne présente d'importants besoins médicaux que l'OE n'a pas

⁴⁶ Le service MINTEH dépend du Bureau Asile de l'OE. Ce service est responsable de la recherche et du suivi des dossiers des MENA qui n'introduisent pas de DPI. Il rédige aussi les fiches signalétiques pour tous les MENA qui se présentent spontanément à l'OE dans le cadre d'une DPI.

⁴⁷ Aucune radiographie n'est prise des femmes enceintes, des personnes en fauteuil roulant et des enfants de moins de 5 ans.

⁴⁸ Les vaccinations contre la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DiTePer). Les demandeurs originaires d'Afghanistan, du Pakistan, du Congo, du Nigeria et de la Syrie étaient aussi vaccinés, au moment de la recherche, contre la polio.

remarqués, la finalisation de l'enregistrement et l'introduction d'une DPI peuvent cependant être effectuées le jour où la personne se présente pour la première fois. Autrement, la personne sera accueillie temporairement dans le pré-accueil. Il arrive régulièrement que le service médical conseille sur base de son examen de procéder à une introduction de la DPI le jour même de sa présentation, par exemple à cause des besoins psychologiques, d'un cancer ou d'un cas d'urgence⁴⁹. Dans la plupart des cas, l'OE suit l'avis du service médical. Le service médical note les problèmes de santé, le traitement et les résultats des tests (tels que la tension artérielle) sur la fiche médicale qui sera communiquée à la structure du (pré)accueil. Le service médical est également chargé de transposer les informations personnelles reçues en labels à prendre en compte lors de la désignation d'une place d'accueil. Avec l'introduction de Match-It, une liste de 12 types de labels est entrée en vigueur, dont 5 ont trait à l'infrastructure de la place d'accueil et 7 à la prestation de services. Les labels doivent exprimer le caractère adapté de l'infrastructure et des prestations de services. Le tableau ci-dessous offre un aperçu avec quelques exemples concrets. La situation médicale et psychologique de la personne est clairement mise en évidence⁵⁰.

LABEL	EXEMPLE
Type d'infrastructure (TYP)	TYP 7 = chambre individuelle
Infrastructure du centre et/ou chambre (INFRA)	INFRA 2 = WC individuel (pour une personne seule ou une famille)
Cuisine (KIT)	KIT 4 = possibilité de livrer des repas à domicile
Localisation des places d'accueil vs. hôpital (spécialisé) / soins (LOC)	LOC 5 = accès rapide à la clinique avec département dialyse
Mobilité (MOB)	MOB 1 = mobilité réduite
Autonomie (AUT)	AUT 2 = aide-ménagère nécessaire 1 x par jour
Aide quotidienne (CARE)	CARE 2 = besoin d'aide pour sa toilette et pour s'habiller 1 à 2 x/jour
Soins médicaux (MEDCARE)	MEDCARE 2 = soins à domicile 2 x/semaine
Permanence médicale (MEDPER)	MEDPER 1 = présence d'un infirmier/une infirmière pendant les heures d'ouverture
Permanence générale (PER)	PER 1 = permanence téléphonique pendant les heures d'ouverture
Problèmes psychologiques avec un dysfonctionnement grave (PSY)	PSY 1 = encadrement psychique ambulante externe
Encadrement social (SOC)	SOC 3 = visite quotidienne du travailleur social

L'octroi d'un label exige que le personnel soignant traduise les informations personnelles obtenues dans un des labels prédéterminés (par exemple des maux de tête chroniques). Le service médical du Dispatching signale que la spécificité de ces labels est insuffisante dans certains cas. Ainsi, le label désignant la mobilité réduite (label MOB 1) est utilisé dans de nombreuses situations, comme: béquilles, prothèses, malvoyance, incapacité de faire des efforts

⁴⁹ Les autres raisons peuvent être des raisons de mobilité ou la nécessité d'avoir une chambre séparée (à cause d'un problème immunitaire), qui ne sont pas disponibles dans le pré-accueil.

⁵⁰ La liste actuelle des labels est largement inspirée par la liste existante des labels médicaux qui était utilisée avant l'introduction de Match-It par le service médical du Dispatching. Un seul label général a été ajouté pour l'accompagnement social. L'ancienne version avait aussi un label 'handicap', tandis que la labellisation actuelle exige qu'on vérifie quels besoins spécifiques découlent d'un handicap.

physiques à cause d'une affection médicale. Toutes les structures d'accueil qui disent pouvoir accueillir des personnes avec un label MOB 1, ne sont pas capables de répondre à toutes les formes de mobilités réduites. En fonction des labels octroyés, une personne peut être désignée simultanément à deux groupes cibles spécifiques, le groupe cible médical ou le groupe cible des femmes vulnérables. Toute personne appartenant à un groupe cible spécifique reçoit un ou plusieurs labels, mais celles avec des labels spécifiques n'appartiennent pas forcément à un groupe cible spécifique. L'appartenance à un groupe cible spécifique requiert l'octroi de plusieurs labels spécifiques ou un problème grave (par exemple maladie terminale). Comme nous l'expliquerons plus loin, les places d'accueil sont classifiées en places spécifiques et génériques. Les personnes qui appartiennent à un groupe cible spécifique reçoivent la priorité lors de la désignation d'une place d'accueil spécifique.

Un deuxième canal pour l'identification de la vulnérabilité est le contact personnel que l'équipe des désignations du Dispatching entretient avec les demandeurs. Avant la désignation effective d'une place d'accueil, chaque personne est rencontrée à deux reprises. Le jour de l'introduction d'une DPI, un premier contact personnel a lieu entre un travailleur social du Dispatching et le demandeur. Ce contact se passe dans la salle d'attente, ce qui exclut toute conversation privée confidentielle. A défaut de trouver une langue de contact commune, et ce malgré le multilinguisme de nombreux collaborateurs du service, l'OE peut éventuellement mettre des interprètes à disposition et exceptionnellement avoir recours aux interprétations téléphoniques de Bruxelles Accueil. Il n'existe pas vraiment de procédure standard pour cet entretien. Pour le collaborateur du Dispatching, c'est l'occasion de donner des informations au demandeur (par exemple sur la désignation d'une place d'accueil et les conséquences dans le cas où l'accueil est refusé). En outre, le collaborateur profite de ce contact pour identifier des vulnérabilités éventuelles qui n'auraient pas été détectées par l'OE ou le service médical. Dès que le Dispatching a désigné une place d'accueil, un deuxième contact individuel est organisé. Le but principal de ce deuxième contact est de remettre les documents de désignation, de les faire signer et d'expliquer le moyen pour se rendre au centre d'accueil. Ceci fait office de contrôle final pour vérifier que rien n'a été oublié pendant la procédure de désignation. L'identification des vulnérabilités se déroule de manière ad hoc pendant ces deux moments. Si le personnel du Dispatching constate certains signes pouvant dévoiler une vulnérabilité, par exemple l'analphabétisme, cette présomption ne peut pas toujours être labellisée correctement vu que les labels sont principalement d'ordre médical. L'attention du Dispatching se focalise principalement sur les besoins médicaux et on compte sur l'examen minutieux de la vulnérabilité effectué par la structure d'accueil désignée, qui décidera ultérieurement de la nécessité d'un transfert dans une place mieux appropriée.

Les deux canaux pour identifier les vulnérabilités s'effectuent toujours à des moments différents. L'examen médical se tient le jour de l'enregistrement de la DPI, tandis que les contacts personnels ont lieu le jour de l'introduction de la demande. Il se peut que ces deux contacts aient lieu à trois semaines d'intervalle. Comme susmentionné, dans l'intervalle, les personnes peuvent être hébergées au sein du pré-accueil du Samusocial. Pendant ce bref séjour, le but n'est pas de poursuivre l'examen des vulnérabilités éventuelles. Il arrive pourtant que certains problèmes surgissent soudainement. Par exemple, il est possible qu'un problème d'accoutumance n'ait pas été constatée par le l'OE et le service médical du Dispatching, mais qu'il se manifeste pendant le séjour dans le pré-accueil. Dans ce cas, la possibilité existe depuis le service médical du Samusocial de recontacter le service médical du Dispatching afin que ce dernier en tienne compte lors de la désignation d'une place d'accueil appropriée.

Région Nord et Région Sud de Fedasil

Pendant le trajet d'accueil, il est possible de modifier ultérieurement pour différentes raisons une place d'accueil initialement désignée par le Dispatching. Pour ce faire, un transfert est nécessaire. Depuis juin 2015, la compétence de transfert relevant précédemment du service Dispatching est actuellement du ressort des Régions Nord et Sud de Fedasil. Contrairement au service Dispatching, les Régions n'ont à aucun moment un contact direct avec les bénéficiaires de l'accueil. Pour toutes les informations sur les personnes, elles dépendent des structures d'accueil. Les Régions sont compétentes pour évaluer les demandes de transfert et n'introduisent dès lors pas elles-mêmes les demandes de transfert. Chaque région dispose d'un « gestionnaire de places » qui évalue les demandes de transfert et qui cherche des places dans le réseau d'accueil. Si une demande de transfert est introduite pour des raisons médicales, l'évaluation et la recherche de la place d'accueil sont prises en charge par le personnel médical des Régions. Une demande de transfert peut être introduite par une structure d'accueil. Cependant, les bénéficiaires de l'accueil sont également en droit de demander un transfert de leur propre initiative. Pour ce faire, ils peuvent se faire assister d'un avocat⁵¹. Selon les Régions, une demande de transfert qui n'est pas appuyée par la structure d'accueil est rarement approuvée. Mais cela ne signifie cependant pas que les Régions approuvent systématiquement toutes les demandes de transfert introduites par les structures d'accueil. Les Régions doivent implémenter les lignes directrices du siège central de Fedasil et leur marge de manœuvre discrétionnaire est relativement minime dans leur fonction de contrôle. Il existe cinq types de transferts : (1) transfert pour une place adaptée, (2) transfert en raison d'un long séjour, (3) transfert disciplinaire, (4) transfert dans le cadre d'une transition et (5) transfert en raison du haut taux de protection. Les transferts pour une place adaptée et en raison d'un long séjour visent, à leur manière, à améliorer la position vulnérable des demandeurs. Les objectifs des autres options de transfert sont différents, ce qui ne signifie pas qu'ils ne peuvent impacter la vulnérabilité des demandeurs. Le transfert disciplinaire s'inscrit dans une politique de sanction plus large. Les transferts dans le cadre d'une transition et d'un haut taux de protection ont trait au nouveau modèle d'accueil et la division en phases entre l'accueil collectif et individuel. Le rôle des transferts dans le trajet d'accompagnement sera discuté en détail dans ce rapport. Ci-dessous, nous nous limiterons à la réglementation formelle et au contrôle par les Régions.

Premièrement, l'article 22 de la loi accueil rend possible les transferts pour une place adaptée, car celui-ci prévoit une évaluation permanente pendant les premiers trente jours et ensuite pendant le restant du séjour pour vérifier si une place d'accueil reste adaptée aux besoins d'accueil du demandeur. En revanche, la législation ne se prononce pas sur les raisons concrètes qui sont retenues pour changer une place d'accueil. Avant 2015, les transferts pour une place adaptée étaient possibles pour des raisons médicales et des raisons de réunification familiale (premier degré). Suite aux arrivées massives de résidents en 2015-2016, un moratoire provisoire a été instauré sur les transferts pour une place adaptée, à l'exception des transferts pour des raisons médicales urgentes. Ce moratoire a été levé via deux nouvelles instructions relatives au 'transfert vers une place adaptée pour des raisons médicales ou autres raisons' (7 mai 2018). Les nouvelles instructions permettent une fois de plus certains transferts pour une place adaptée et d'autres motifs de transfert sont abordés. Aujourd'hui, les critères pour une demande ont été élargis et dépassent le contenu communément donné aux groupes cibles vulnérables. De nos jours, hormis la réunification familiale, la langue de l'école, l'isolement, l'emploi et la formation sont également retenus comme raisons pour un transfert. Quant aux transferts pour des raisons médicales, les cellules médicales régionales respectives ont retravaillé la liste des combinaisons des labels médicaux pouvant être retenus pour un transfert médical. La nouvelle instruction stipule que les transferts pour des raisons médicales peuvent être demandés à chaque moment du trajet d'accueil sur la base d'une liste de onze critères, parmi lesquels « handicap sévère » et « toxicomanie ».

⁵¹ Les mineurs non-accompagnés peuvent se faire assister par leur tuteur.

Deuxièmement, les transferts pour cause de long séjour sont prévus à l'article 12 de la loi accueil. Dans les limites de la capacité d'accueil disponible, un demandeur peut, après six mois dans l'accueil collectif, demander un transfert vers l'accueil individuel. Les directions des Régions notent qu'elles refusent d'office ces demandes, sur instruction du siège central depuis la crise de l'accueil de 2015. Néanmoins, chaque demande introduite est étudiée par les Régions pour voir s'il n'y aurait pas d'autres raisons que celles du long séjour. Le refus systématique de ce type de demandes de transfert a conduit à seize procès devant le tribunal du travail en 2017.

Troisièmement, les transferts disciplinaires sont prévus à l'article 45 de la loi accueil⁵². Ils font partie d'une échelle plus large de neuf possibilités de sanction dont dispose la structure d'accueil, à commencer par l'avertissement formel mentionné dans le dossier social jusqu'à l'exclusion du droit à l'aide matérielle dans une structure d'accueil. Une structure d'accueil peut sanctionner un résident commettant une infraction au règlement d'ordre intérieur s'il met en péril le calme et de la sécurité du centre d'accueil. Sur cette échelle de sanctions possibles, le transfert disciplinaire se trouve à la septième place et il se trouve dans la catégorie des sanctions les plus lourdes, parce qu'il modifie le domicile du résident. C'est le directeur ou le responsable d'une structure d'accueil qui est compétent pour le transfert et les régions jouent en principe un rôle d'appui dans la recherche d'une nouvelle place d'accueil⁵³. Contrairement aux autres possibilités de transfert, pendant les arrivées massives de primo-arrivants en 2015-2016, aucun moratoire n'avait été instauré pour le transfert disciplinaire.

Quatrièmement, les transferts en vue de la transition s'inscrivent dans le cadre du nouveau modèle d'accueil entré en vigueur depuis le mois d'août 2016. Les personnes qui bénéficient d'un permis de séjour de plus trois mois peuvent quitter la place d'accueil collective pour déménager dans un établissement individuel. Pour ce faire, les centres collectifs doivent également introduire une demande de transfert. Les Régions jouent ici un rôle d'appui et cherchent la place la mieux adaptée.

Cinquièmement, les transferts dans le cadre d'un haut taux de protection ont été instaurés via l'instruction du 13 octobre 2016⁵⁴. Les personnes qui appartiennent à une nationalité qui a 90% ou plus de chances de recevoir une décision positive au moment de l'entrée en vigueur de l'instruction (Libye, Syrie et Burundi) pouvaient quitter la structure collective à l'issue des quatre premiers mois pour déménager dans une place d'accueil individuelle. Ceci ne se fait pas automatiquement : à cette fin, les centres d'accueil doivent effectivement introduire une demande de transfert. À vrai dire, ce transfert forme une exception au nouveau modèle d'accueil en permettant aux personnes de déménager dans une place d'accueil individuelle avant qu'elles n'aient obtenu le statut de protection⁵⁵. Als gevolg hiervan wijzigde de lijst van nationaliteiten die in aanmerking kwamen voor gevraagde transfer naar een LOI. En juin 2018, l'instruction est passée d'une période de résidence minimale de 4 à 2 mois et à un taux de reconnaissance de 80% au lieu de 90%. En conséquence, la liste des nationalités éligibles pour un transfert anticipé vers une ILA a changé.

⁵² L'arrêté royal du 15 mai 2004 portant sur les procédures des mesures visant à protéger l'ordre, les sanctions et le traitement des plaintes des bénéficiaires, poursuit son activité dans le développement des règles de procédures et des instances compétences en cette matière. L'instruction 'Transfert disciplinaire – critères et procédure' (du 23 juillet 2018) donne un cadre directeur pour décider d'un transfert disciplinaire.

⁵³ Les Régions peuvent aussi décider d'appliquer une sanction plus lourde que celle suggérée, comme par exemple l'exclusion temporaire.

⁵⁴ L'instruction 'Transfert de l'accueil collectif vers une Initiative Locale d'Accueil (ILA) Désignation pour les demandeurs de protection internationale à haut taux de protection (du 13 octobre 2016).

⁵⁵ L'instruction peut également être interprétée comme l'extension partielle de l'ancien modèle d'accueil. Jadis les personnes qui avaient séjourné au moins 4 mois dans un accueil collectif pouvaient introduire une demande de transfert dans un accueil individuel. Cette instruction maintient cette possibilité pour ce groupe spécifique, à savoir les personnes avec un haut taux de protection.

Accueil: évaluation permanente

Ci-dessous, nous expliquerons la manière dont les structures d'accueil décident si une personne est vulnérable et si elle présente des besoins d'accueil spécifiques. Nous ferons la distinction entre les centres d'accueil collectifs et les initiatives locales d'accueil. Bien que tous deux utilisent une définition similaire de la vulnérabilité, les pratiques d'identification sont différentes.

Centres d'accueil collectifs

Fedasil a développé un trajet d'accompagnement pour les demandeurs dans les centres d'accueil collectifs. Le trajet met d'emblée en place des étapes intermédiaires générales pour structurer l'identification des vulnérabilités éventuelles⁵⁶. Une distinction est faite entre la phase d'arrivée d'un mois et la phase de séjour, qui concerne la période restante dans le centre d'accueil. Quant à l'identification, il existe de grandes différences entre ces deux phases. Les étapes importantes de la phase d'arrivée sont l'intake et l'évaluation des besoins dans le mois qui suit l'arrivée. En principe, pendant la phase du séjour, le PAI est actualisé tous les mois, auquel s'ajoute le rapport semestriel. Nous constatons que, dans les centres d'accueil collectifs, différents collaborateurs (fonctions) et instruments interviennent dans l'identification des personnes vulnérables et de leurs besoins d'accueil spécifiques. Par ailleurs, l'identification est un processus continu et dynamique.

L'identification de la vulnérabilité et des besoins spécifiques est une matière chronophage. Le premier rapport intermédiaire notait que la hausse importante des bénéficiaires de l'accueil arrivés en 2015 a grandement pesé sur les pratiques d'identification dans les centres d'accueil. Par manque de temps, les procédures et instruments, tels que les moments de concertation multidisciplinaire mensuels et la rédaction régulière des rapports d'évaluation, ont été supprimés ou maintenus sous forme abrégée. Cette constatation est d'une importance capitale car l'arrivée des bénéficiaires de l'accueil suit un rythme très capricieux où la stabilité est exceptionnelle et est loin d'être la règle. De plus, au niveau de l'identification des vulnérabilités, de grandes différences ont été remarquées entre les centres d'accueil collectifs eux-mêmes. Nous présentons ci-dessous l'essentiel de ce qui est communément partagé par tous les centres.

Phase d'arrivée

Dans les quatre jours suivant l'arrivée d'un résident, les centres collectifs sont supposés procéder à un intake complet, qui consiste en un accueil pratique lors de l'arrivée (montrer la chambre et remettre le badge d'accès), des explications administratives, sociales et procédurales ainsi qu'entretien médical. L'objectif de l'intake est d'expliquer aux résidents les habitudes et les règles du centre, mais c'est également l'occasion de se constituer une première impression sur leur situation personnelle. En pratique, des difficultés peuvent survenir. La tenue de l'intake endéans les quatre jours est parfois considérée comme un problème par les collaborateurs de terrain interrogés, surtout en ce qui concerne l'intake social et, en particulier, les moments de pics d'affluence. Les travailleurs sociaux ou les interprètes ne sont pas toujours disponibles dans des délais si courts. Certains collaborateurs de terrain estiment qu'il est préférable de laisser une courte période « d'acclimatation » aux résidents avant de parcourir leur situation et de procéder à la détection des vulnérabilités éventuelles. Il arrive que les résidents semblent tout à fait « dépassés » ou « submergés » par la quantité d'informations, ce qui complexifie la qualité de l'entretien.

⁵⁶ Les autres partenaires de l'accueil développent leurs propres modes de travail. Dans l'éventualité que des résidents déménagent au cours de leur procédure dans des centres gérés par des acteurs opérationnels différents, des difficultés au niveau du transfert du dossier peuvent se produire ce qui met en péril le bon suivi de l'accompagnement. Puis il y a aussi l'autonomie non négligeable dont dispose chaque centre d'accueil pour concrétiser le trajet standard en fonction des possibilités et limites propres.

« NOUS PROCÉDONS PAR PHASES CAR NOUS DEVONS RENDRE NOTRE RAPPORT DANS LES QUATRE JOURS, À PARTIR DU MOMENT OÙ ILS ARRIVENT ET QU'ILS SONT AU BUREAU. C'EST AUSSI UNE NOUVEAUTÉ POUR EUX ET À CE MOMENT-LÀ JE SUIS CONTRAINT(E) DE LEUR DEMANDER 'JE VOUS EN PRIE RECOMMENCEZ VOTRE RÉCIT'. JE TROUVE CELA INACCEPTABLE. ON DONNE UN TOUR GUIDÉ ET DES EXPLICATIONS GÉNÉRALES SUR LE RÈGLEMENT D'ORDRE INTÉRIEUR. »

Beaucoup de centres utilisent des cartes pour l'intake, parfois sous la forme de pictogrammes qui reprennent les différents services où les primo-résidents peuvent se rendre de leur propre initiative les premiers jours de leur séjour. Malgré qu'ils ne parviennent pas toujours à trouver les services concernés, plusieurs collaborateurs de terrain pensent qu'il s'agit d'une bonne manière de prendre connaissance avec le centre. De plus, il semble que les différents aspects de l'intake se chevauchent (tant administratif, social que procédural) et qu'une même information soit répétée par plusieurs collaborateurs. Certains collaborateurs de terrain signalent aussi un manque de coordination centralisée de l'intake, ce qui amène une confusion chez les primo-résidents ne sachant plus les rôles respectifs des différents collaborateurs.

« CERTAINS SONT SUBMERGÉS PAR LA MASSE D'INFORMATIONS. DANS CE CAS, NOUS LEUR SUGGÉRONS DE REVENIR VERS NOUS. MAIS VOILÀ, LORS DE LEUR ARRIVÉE, ON SE REND PARFAITEMENT COMPTE QU'ILS NE RETIENNENT QUE LA MOITIÉ DE LA MASSE DES INFORMATIONS REÇUES. »

Hormis l'accueil concret, l'intake met aussi l'accent sur la consultation médicale, obligatoire pour tous les primo-résidents. Le but est de détecter immédiatement les besoins médicaux afin que le centre puisse aussitôt prendre les mesures nécessaires. Il s'agit un examen de dépistage basique et non pas d'un examen médical et psychologique approfondi. Les vaccins qui nécessitent un rappel peuvent être administrés et un suivi est assuré pour les personnes atteintes de la tuberculose (ou suspectées de l'être).

L'intake social, qui englobe fréquemment les aspects administratifs et procéduraux, s'avère être un premier contact avec le travailleur social. Ce dernier rassemble les informations de base sur le demandeur, afin par exemple de savoir s'il a des personnes de contact en Belgique pouvant être contactées en cas d'urgence. Très souvent, ce premier entretien consiste en une série de questions fixes que le travailleur social pose au nouveau résident.

« QU'EN EST-IL DE VOTRE MODE ALIMENTAIRE, DE VOTRE SOMMEIL ? PRENEZ-VOUS DES MÉDICAMENTS POUR CERTAINS MAUX? ET PUIS COMMENT VOUS SENTEZ-VOUS? CECI EST MENTIONNÉ SUR UNE MÊME LISTE LORS DE L'INTAKE. C'EST UN QUESTIONNAIRE STANDARD LORS DE L'INTAKE. »

« JE TROUVE IMPORTANT DE MIEUX VOUS CONNAÎTRE. D'APPRENDRE CERTAINES CHOSSES SUR VOUS. SERIEZ-VOUS D'ACCORD QUE JE VOUS POSE QUELQUES QUESTIONS ? À CE MOMENT-LÀ, J'ENTAME LA SÉRIE DE QUESTIONS, JE DONNE DES EXPLICATIONS ET JE TERMINE EN LEUR EXPOSANT LE RÈGLEMENT DU CENTRE. C'EST CE PAR QUOI JE CLÔTURE L'ENTRETIEN. »

Cet intake diffère en fonction du trajet d'accueil du bénéficiaire. Il arrive que des personnes viennent d'un autre centre, soit pour des raisons disciplinaires, soit dans le but de trouver une place plus adaptée à leurs besoins. Selon les collaborateurs de terrain, les transferts disciplinaires présentent de nombreux défis lors du premier entretien.

Certains jugent que les bénéficiaires qui quittent un centre vivent ce transfert comme une expérience négative. Très souvent, les travailleurs sociaux ignorent les détails de ce qui a posé problème dans le centre précédent, en revanche ils estiment être confrontés aux conséquences. Ils doivent de fait adapter l'intake, par exemple en demandant au centre précédent de leur fournir les informations contextuelles.

« ET SI LA PERSONNE COMMENCE D'EMBLÉE EN DISANT QUE 'ON VIT MAL ICI' EN PROFÉRANT QUELQUES JURONS, JE LEUR RÉPONDS, 'NOUS SOMMES DANS UN NOUVEAU CENTRE, CE QUI EST ARRIVÉ EST ARRIVÉ AILLEURS MAIS AUJOURD'HUI NOUS RECOMMENÇONS À ZÉRO.' CECI EST L'INFORMATION CONTEXTUELLE, NOUS TÉLÉPHONONS PARFOIS AU CENTRE QU'ILS ONT QUITTÉ POUR AFFINER NOTRE APPROCHE. QUELS TRUCS AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉS POUR LE CALMER? C'EST LE TYPE DE QUESTION QUE NOUS POSONS. »

Les collaborateurs de terrain considèrent en majorité que l'intake est le moment idéal pour détecter les problèmes médicaux visibles et graves. Si tout se passe correctement, cette prise de connaissance doit préparer le fondement d'une relation de confiance future et doit informer le résident sur le fonctionnement du centre. La plupart des centres ne procèdent pas immédiatement à l'identification de la vulnérabilité et accordent un temps de répit aux résidents. Cela ressemble à un exercice d'équilibriste : il s'agit de détecter rapidement la vulnérabilité sans précipiter les choses.

« IL EST QUESTION DE POUVOIR ASSURER UN SUIVI RAPIDE, SINON LA SITUATION RISQUE DE S'AGGRAVER. »

« NE PAS TROP CREUSER. SURTOUT AU DÉBUT. GARDER PROFIL BAS EN ATTENDANT QUE LES CHOSES SE DÉVOIENT. »

Dès leur arrivée et jusqu'à la fin de leur séjour, les résidents peuvent faire l'objet de discussions pendant les briefings quotidiens. Les centres d'accueil collectifs organisent la concertation du matin entre le roulement des équipes de nuit et de jour. Pendant ce briefing, les éventuels incidents de la nuit peuvent être rapportés, tels que les disputes ou les maladies, pour que les collaborateurs de l'équipe de jour en soient informés. Les incidents sont inscrits dans un carnet de bord digital comprenant les fiches individuelles des résidents dans lesquelles les collaborateurs de terrain peuvent enregistrer des remarques. Un représentant du service social et un du service médical assistent toujours au briefing. Parfois, un collaborateur de l'accueil, du service technique ou des cuisines y participent également. À l'issue du briefing, les services social et médical reçoivent systématiquement le rapport exposant les principaux incidents. L'accent est mis sur les problèmes visibles ou constatés, mais toutes les personnes ne bénéficient pas d'un suivi régulier. Le briefing journalier cherche à optimiser le fonctionnement du centre et sert de plateforme pour signaler les vulnérabilités éventuelles.

« BEAUCOUP DE CHOSES SONT MISES EN EXERGUE DANS LES RAPPORTS DE SIGNALISATION, PRINCIPALEMENT DES CHOSES QUI ONT ÉTÉ REMARQUÉES ET QUI ONT ÉTÉ NOTÉES PAR LES COLLABORATEURS. LES PARTICIPANTS AU BRIEFING SIGNALENT PARFOIS "NOUS AVONS REMARQUÉ QUE", OU ENCORE "C'EST QUAND MÊME UNE CHOSE QUI NE SE DÉROULE PAS TRÈS BIEN". À CE MOMENT-LÀ, TOUS LES SERVICES SONT INFORMÉS, ET NOUS NOUS METTONS D'ACCORD POUR NOUS CONCERTEUR AFIN D'EN PARLER POUR APPROFONDIR CE POINT. »

L'article 22 de la loi accueil prévoit que chaque résident fasse l'objet d'une évaluation à la fin de la phase d'arrivée afin de vérifier si l'accueil satisfait à ses besoins spécifiques. Comme discuté précédemment, l'Arrêté royal du 25 avril 2007 indique que le rapport d'évaluation comprend également une évaluation formelle. En juin 2007, Fedasil a distribué une note contenant un formulaire standard pour l'évaluation au sein des centres fédéraux⁵⁷. Le rapport d'évaluation est un document d'analyse dans lequel le travailleur social référent reprend, dans les 30 jours, tous les besoins spécifiques identifiés en matière de logement, d'accompagnement médical, social et psychologique, les actions concrètes qui ont été entreprises pour satisfaire les besoins et les mesures ultérieures nécessaires. Au cours du trajet d'accompagnement, il est également prévu qu'un PAI soit rédigé à la fin du premier mois. En 2015, Fedasil a introduit un nouveau modèle pour le PAI, divisé en six rubriques : l'historique, l'état d'avancement de la procédure administrative, le bien-être psychosocial, la formation/la scolarisation/les loisirs, le fonctionnement individuel et social dans le centre et les besoins objectifs spécifiques/la place adaptée. Le PAI est conçu comme un instrument de travail à actualiser en continu au cours de la phase de séjour. Vu que le PAI identifie les besoins spécifiques objectifs, par exemple la nécessité d'une place adaptée, ce dernier doit être rédigé dans les 30 jours. Mais, en raison de la hausse des arrivées des demandeurs en 2015, les centres fédéraux ont reçu l'information que le PAI pouvait remplacer le rapport d'évaluation. Ceci visait à alléger la charge administrative, sans pour autant entraîner la suppression du rapport d'évaluation, ce qui explique pourquoi certains centres utilisent les deux documents alors que d'autres rédigent uniquement le PAI. Le regroupement de toutes les informations compilées sur une personne, y compris le rapport d'évaluation et le PAI, est appelé le dossier social individuel. Très souvent, ce dossier social comprend une énumération chronologique de tous les contacts, incidents, orientations externes, etc. À la fin de la phase d'arrivée et donc, du premier mois, le travailleur social doit avoir eu au minimum un entretien avec chaque résident qu'il accompagne. Les groupes de discussions nous ont révélé que les travailleurs sociaux entretiennent très peu de contacts pendant la phase d'arrivée des primo-résidents et que les transferts demandés à l'issue de l'évaluation du premier mois sont rares.

Par rapport à l'identification de la vulnérabilité et des besoins spécifiques pendant la phase d'arrivée dans les centres d'accueil collectifs, nous constatons que les outils, tels que les formulaires standards et les procédures, ainsi que les premiers entretiens et les briefings quotidiens, servent de base à l'identification pendant la suite de l'accueil. Bien que la vulnérabilité soit interprétée au sens large, nous constatons que ce sont principalement les vulnérabilités visibles et surtout de nature médicale qui sont observées durant la phase d'arrivée. Ceci est dû à l'interaction limitée entre les travailleurs sociaux et les demandeurs durant le premier mois.

Phase de séjour

Plus tard, au cours du séjour dans le centre d'accueil, la situation individuelle des résidents est examinée pendant la concertation multidisciplinaire (EMD) mensuelle. L'objectif est de suivre l'évolution globale de la procédure à travers le bien-être psychosocial et le fonctionnement dans le centre. La combinaison des informations des différents collaborateurs de terrain livre régulièrement de nouvelles impressions sur la vulnérabilité du résident. Ils apprécient en général tous la régularité et le caractère multidisciplinaire des EMD. Ce moment permet en effet de réfléchir en équipe sur l'amélioration de l'accompagnement du bénéficiaire. Lors des EMD, le but est d'aborder le dossier de chaque résident et l'attention ne porte pas uniquement sur les personnes considérées préalablement comme vulnérables.

« C'EST POURQUOI JE CONSIDÈRE CELA TRÈS BIEN DE PASSER EN REVUE TOUTES LES PERSONNES. CAR CELLES POUR QUI NOUS PENSONS QUE TOUT SE PASSE BIEN POURRAIENT RAPIDEMENT SE PERDRE DANS LA MASSE. PENDANT CES RÉUNIONS, NOUS AVONS LA POSSIBILITÉ DE NOUS PENCHER SUR CHAQUE PERSONNE ET DE NOUS FAIRE LA RÉFLEXION : 'TIENS JE N'AI PLUS VU X DEPUIS UN BON MOMENT' OU ' OUI, EFFECTIVEMENT IL Y A UN TEMPS QUE JE NE LUI AI PLUS PARLÉ' OU 'TU LE CONNAIS?'. OUI, ET À CE MOMENT, NOUS RECHERCHONS SPÉCIALEMENT TELLE OU TELLE PERSONNE OU NOUS CONVENONS QUE QUELQU'UN PRENNE LE TEMPS DE LUI PARLER, 'TOUT VA BIEN ? JE NE T'AI PLUS VU DEPUIS QUELQUE TEMPS, EST-CE PARCE QUE TOUT SE DÉROULE À SOUHAIT OU EST-CE PARCE QU'IL Y A UN PROBLÈME, OU Y A-T-IL QUELQUE CHOSE QUE TU N'OSES PAS DIRE OU DEMANDER ?' »

Il semble toutefois que l'organisation concrète des EMD varie entre les centres. Les collaborateurs de terrain insistent pour que la réunion se déroule de manière structurée et qu'un président suive minutieusement l'agenda. Force est de constater que les discussions peuvent très facilement s'enliser, mettant en péril le temps initialement prévu pour d'autres dossiers. Fréquemment, le PAI est pris comme fil conducteur pour la concertation. Lors de la réunion, une photo du résident peut être projetée pour passer en revue les différentes rubriques du PAI, comprenant les vulnérabilités et les besoins spécifiques. Le travailleur social en charge d'un nombre de résidents doit actualiser leur PAI, ce qui occasionne une lourde charge administrative.

« ET GRÂCE AU PAI, JE RECONNAIS QUE NOUS DISCUTONS DE TEMPS EN TEMPS DES CHOSSES QUI SE SONT PASSÉES. À CE MOMENT, ON SE DIT 'IL NE FAUT PAS QUE J'OUBLIE DE PARLER DE CECI PLUS TARD PENDANT L'EMD' OU 'QUI EST CETTE PERSONNE ENCORE ?'. PUIS EN VOYANT LA PHOTO, ON SE REND COMPTE QU'ON NE L'A PLUS VUE DEPUIS UN BON BOUT DE TEMPS ET QU'ON N'A PAS BEAUCOUP D'INFORMATIONS À SON SUJET. 'IL FAUT QUE J'EN PARLE PLUS TARD, JE VAIS REVÉRIFIER OÙ CETTE PERSONNE SE TROUVE ET COMMENT ELLE VA.' CELA ATTISE NOTRE VIGILANCE. »

Comme pour les briefings, des collaborateurs de différents services internes participent aux réunions EMD. Certains centres distinguent une réunion EMD régulière réunissant les collaborateurs de tous les services (y compris l'accueil, la cuisine et le service technique) et une réunion EMD+, réunissant uniquement les travailleurs sociaux, le personnel médical et le psychologue, s'il fait partie du staff. Dans les centres où cette distinction est faite, la concertation commence généralement avec la réunion EMD et, une fois terminée, une partie des collaborateurs se retire afin de permettre que la réunion EMD+ puisse évoquer quelques dossiers spécifiques. Une des principales raisons de cette distinction est que l'apport de certains services (comme l'accueil) restait très limité pendant la concertation.

« PENDANT TOUTE UNE PÉRIODE, NOUS CONSTATONS QUE L'APPORT DES PERSONNES DE L'ACCUEIL RESTAIT TRÈS LIMITÉ. CELA AVAIT ÉTÉ RAPPORTÉ AU CHEF DU SERVICE ACCUEIL, ET MAINTENANT L'OBJECTIF EST QUE TOUT LE MONDE PUISSE AU MOINS SOULEVER UN POINT. CE POINT EST RAPPORTÉ À L'ACCOMPAGNATEUR SOCIAL QUI LE COMMUNIQUE PENDANT LA RÉUNION EMD. PAR CONSÉQUENT, L'APPORT DU SERVICE ACCUEIL S'EST QUELQUE PEU AMÉLIORÉ. CAR, À UN CERTAIN MOMENT, NOUS NOUS FAISONS LA RÉFLEXION 'MIS À PART LE SERVICE SOCIAL ET MÉDICAL, QU'EST-CE QUE L'ACCUEIL FAIT ENCORE ?' »

Une autre raison est la confidentialité des informations partagées pendant les réunions EMD. La base de l'échange est le secret professionnel. Il en existe deux types. Le secret professionnel partagé s'applique lorsque la communication de l'information est indispensable à la prestation d'aide, si c'est dans l'intérêt du résident, lorsque les collaborateurs recherchent un même objectif d'accompagnement, et à condition que l'information reste interne. Puis, il y a le secret professionnel « médical », où l'information est exclusivement échangée entre les membres du personnel médical. Le fait de maintenir les limites du secret professionnel partagé justifie l'exclusion de certains collaborateurs (par exemple le personnel de cuisine) des réunions EMD. Même au sein de la réunion EMD+, le personnel médical est tenu au secret professionnel médical et, en principe, certaines informations ne sont pas censées être partagées avec les travailleurs sociaux. Dans la pratique, il n'est pas toujours évident de déterminer quel type de secret professionnel s'applique.

« LA LIMITE SE TROUVE EN QUELQUE SORTE ENTRE 'INDISPENSABLE À SAVOIR' ET 'BON À SAVOIR' ('NEED TO KNOW' ET 'NICE TO KNOW'). SOUVENT, PAR EXEMPLE, NOUS SOMMES INFORMÉS DU FAIT QUE QUELQU'UN EST ATTEINT D'UNE MALADIE INFECTIEUSE, MAIS SANS TOUTEFOIS SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE HÉPATITE, DU SIDA OU D'UNE AUTRE MALADIE. ET JE PEUX PARFAITEMENT VIVRE AVEC CETTE PRATIQUE. OK, JE CONNAIS L'ESSENTIEL ET JE N'AI PAS BESOIN D'EN CONNAÎTRE LES DÉTAILS. ET CELA VAUT POUR LES AUTRES PERSONNES DU CENTRE. PAR EXEMPLE, C'EST TRÈS IMPORTANT DE LE SAVOIR AU NIVEAU DE LA CUISINE, POUR SE DIRE 'OK, IL FAUT ÊTRE VIGILANT. CETTE PERSONNE EST EFFECTIVEMENT ATTEINTE D'UNE MALADIE CONTAGIEUSE.' MAIS, IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE SAVOIR S'IL S'AGIT DU SIDA OU D'UNE HÉPATITE. »

« J'AI ÉTÉ EMBAUCHÉ AU DÉBUT DE CETTE ANNÉE ET JE ME SUIS POSÉ LA QUESTION POUR CHAQUE INFORMATION QUE JE RECEVAIS S'IL ÉTAIT NÉCESSAIRE QUE JE LA COMMUNIQUE, QU'EST-CE QUI ÉTAIT PRÉFÉRABLE ? À VRAI DIRE, JE N'ÉTAIS PAS VRAIMENT À L'AISE AU SERVICE SOCIAL, À CHAQUE FOIS JE ME RÉPÉTAIS LA QUESTION 'DOIS-JE COMMUNIQUER CETTE INFORMATION AU SERVICE SOCIAL OU NON ?' »

Très souvent, le secret professionnel médical est perçu par les travailleurs sociaux comme un frein au bon déroulement de l'accompagnement. Ainsi, même lors d'une réunion EMD+, toutes les informations sur un résident ne sont pas communiquées. De manière générale, les travailleurs sociaux souhaiteraient davantage d'informations sur la santé physique et mentale, pouvant avoir des répercussions sur le comportement et le bien-être d'un résident dans le centre. Inversement, il arrive que certaines plaintes physiques soient de nature psychosomatique, le suivi médical ne s'avérant donc pas nécessairement être la meilleure ou la seule forme d'accompagnement.

« IL ARRIVE QUE JE PENSE, 'OK, LE SERVICE MÉDICAL A SON SECRET PROFESSIONNEL', MAIS IL SE PASSE PARFOIS QUELQUE CHOSE LONGTEMPS APRÈS QUI ME FAIT DIRE 'SI AU MOINS ON AVAIT SU DÈS LE DÉBUT, CELA NOUS AURAIT SIMPLIFIÉ PAS MAL DE CHOSES.' PLUSIEURS MOIS PLUS TARD, CES PERSONNES FINISSENT QUAND MÊME PAR DÉVOILER DES CHOSES ET ON SE DIT 'SI AU MOINS ON L'AVAIT SU PLUS TÔT, ON AURAIT PU RÉAGIR DIFFÉREMMENT.' À CE MOMENT-LÀ, ON SE DIT [...] QUE 'FINALEMENT, NOUS TRAVAILLONS QUAND MÊME TOUS AVEC LE MÊME PUBLIC.' »

« NOUS AVONS EU UNE FILLETTE QUI AVAIT ÉTÉ COMPLÈTEMENT EXCISÉE. C'ÉTAIT COMPLÈTEMENT SUTURÉ ET LE SERVICE MÉDICAL AVAIT DÉCIDÉ DE PRATIQUER UNE RÉOUVERTURE, À VRAI DIRE DE L'OPÉRER. MAIS LA FILLETTE CRAIGNAIT TELLEMENT CETTE INTERVENTION QU'ELLE CHERCHAIT À S'ÉVADER PAR TOUS LES

MOYENS. ET À CE MOMENT JE ME SUIS DIT QUE, SI AU MOINS NOUS AVIONS ÉTÉ INFORMÉS, EN TANT QU'ACCOMPAGNATEURS, NOUS AURIONS PU LA RENVoyer À UN SERVICE ADÉQUAT ET ACCORDER DAVANTAGE D'ATTENTION À CETTE FILLETTE. JE ME DIS QUE CETTE PETITE DEVAIT AVOIR UNE FOULE DE QUESTIONS. DANS NOTRE CENTRE, NOUS N'AVONS PAS TOUJOURS L'OCCASION DE CONTACTER LE SERVICE MÉDICAL, IL FAUT PRENDRE RENDEZ-VOUS ET, À CE MOMENT, JE ME DIS QUE CE SERAIT PRATIQUE SI, DANS NOTRE ACCOMPAGNEMENT, NOUS POUVIONS EN SAVOIR PLUS SUR LES DÉCISIONS IMPORTANTES. »

« AU NIVEAU DE LA COLLABORATION ENTRE LES SERVICES, LE SERVICE MÉDICAL ET LE SERVICE SOCIAL SONT SOUVENT SOLlicitÉS. IL ARRIVE QUE LES TRAVAILLEURS SOCIAUX SOUHAITENT OBTENIR UNE INFORMATION MÉDICALE AFIN D'AMÉLIORER LA PROCÉDURE MAIS IL NOUS FAUT RESPECTER LE SECRET PROFESSIONNEL. MAIS IL ARRIVE QUE CE SOIT MAL VU ET MÊME MAL COMPRIS PAR NOTRE SERVICE. POUR MA PART, J'ESSAIE DE TOUJOURS BIEN COLLABORER AVEC LE SERVICE SOCIAL QUI FAIT BIEN SON TRAVAIL, MAIS IL ARRIVE QUE LES TRAVAILLEURS SOCIAUX AIENT BESOIN D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES POUR MENER À BIEN LEUR TRAVAIL. DE NOTRE CÔTÉ, EN TANT QUE SERVICE MÉDICAL, [...] NOUS DISONS QUE NOUS NE DEVONS PAS PARTAGER L'INFORMATION [...] MAIS C'EST DANS LE BUT D'AMÉLIORER LE TRAVAIL. »

Une des conséquences secondaires du secret professionnel médical est que le service social de certains centres se décharge/soit contraint de laisser un grand nombre de responsabilités décisionnelles au service médical. Vu que seul le service médical connaît l'intégralité de la situation d'une personne, il est dès lors aussi le seul à devoir prendre toutes les décisions, allant de petites adaptations au niveau de la chambre à une orientation vers des services externes spécialisés. Pendant les groupes de discussions, les collaborateurs de terrain des services médicaux ont mentionné que la centralisation de la compétence décisionnelle imposait une grosse pression/contrainte de temps, qui nuit souvent à l'accessibilité.

« FINALEMENT, NOTRE SERVICE EST ASSAILLI DE TOUTES PARTS. TOUT EST POUR LE SERVICE MÉDICAL. ÇA C'EST QUELQUE CHOSE POUR LE MÉDICAL, ALORS IL FAUT ALLER LÀ. TOUTES LES DÉCISIONS NOUS REVIENNENT AUSSI, D'UN CÔTÉ C'EST BIEN, MAIS D'UN AUTRE CÔTÉ NOUS NOUS DISONS "EST-CE AUSSI VRAIMENT À NOUS DE DÉCIDER QUI A BESOIN D'UN OREILLER SUPPLÉMENTAIRE OU QUI DOIT ÊTRE COUCHÉ EN PREMIER À CAUSE D'UN MAL DE DOS ?". FINALEMENT, TOUT ARRIVE CHEZ NOUS. ET LORSQUE DES RÉSIDENTS VONT VOIR LE SERVICE SOCIAL EN DISANT 'JE DORS AU SECOND MAIS JE N'EN PEUX PLUS', ON LEUR RÉPOND 'POURQUOI NE T'ADRESSES-TU PAS AU SERVICE MÉDICAL, ILS VONT BIEN POUVOIR T'AIDER POUR CELA'. »

Dans les centres d'accueil, le secret professionnel semble cependant aussi être utilisé avec un certain pragmatisme. Ainsi par exemple, le service médical peut demander l'accord du résident pour communiquer certaines informations.

« [...] VU QUE LE SERVICE MÉDICAL S'AVÈRE RELATIVEMENT BIEN BARRICADÉ QUANT À L'INFORMATION, J'ESSAIE DE DEMANDER AU RÉSIDENT QUELLES INFORMATIONS IL CONSENT À PARTAGER OU NON. IL EST CENSÉ SAVOIR OÙ ABOUTIT L'INFORMATION AVANT DE DONNER SON APPROBATION ET SON ACCORD POUR DONNER CERTAINES INFORMATIONS [...]. »

Pour des raisons de sécurité du personnel et des résidents, il peut être nécessaire de violer le secret professionnel. Ainsi, une personne chez qui une tuberculose active a été diagnostiquée doit être immédiatement mise en quarantaine et il peut être essentiel de partager cette information. En outre, des solutions doivent être cherchées si le service médical n'est pas présent, par exemple la nuit ou pendant le week-end. Dans ce cas, il arrive qu'une liste médicale confidentielle soit communiquée pour être consultée si un cas d'urgence se présente.

Malgré qu'il ne soit pas interdit d'inviter des personnes externes à une réunion EMD, selon notre étude, il s'avère que cette pratique n'est pas habituelle. Les participants à une réunion EMD sont principalement des collaborateurs du centre. La motivation sous-jacente de ne pas inviter d'externes aux réunions EMD relève de la confidentialité. Cependant, les collaborateurs de terrain interrogés considèrent cela comme une lacune pragmatique parce qu'il arrive que des externes développent une perception plus approfondie et plus complète d'un résident. À cette fin, une concertation ad hoc est demandée. Au niveau individuel, il existe un échange entre les externes et le personnel de centre (par exemple le médecin de centre et un psychologue externe ou un travailleur social et un enseignant). À l'issue d'une réunion EMD, le travailleur social référent doit rédiger un rapport contenant les contributions des différents services, traité par la suite dans le PAI. Les travailleurs sociaux notent cependant que ce rapport n'est pas toujours complété en raison d'un manque de temps et que les adaptations sont enregistrées uniquement au moment où le résident quitte le centre. Les décisions éventuelles prises pendant la réunion EMD seront communiquées au travailleur social référent du résident. De cette manière, la confusion avec les personnes de confiance peut être évitée. Dans les grands centres, les réunions EMD sont généralement organisées par aile ou par bloc. Mis à part les EMD, certains centres organisent également des moments de concertation supplémentaires. Pour des dossiers complexes, le personnel médical organise parfois des moments de concertation ad hoc au sein desquels le secret professionnel médical partagé est appliqué. Pour les primo-résidents, certains centres l'instaurent systématiquement à l'issue de deux semaines.

Nous constatons que les collaborateurs de terrain considèrent ces réunions EMD comme des moments de concertation primordiales qui, malgré les défis qu'elles posent au sujet du secret professionnel, offrent cependant une garantie importante dans l'identification des vulnérabilités des résidents et des options d'accompagnement. L'importante plus-value des réunions EMD est la possibilité de rassembler périodiquement des informations sur le résident. Pendant la phase de séjour, la réunion EMD permet de poursuivre l'évaluation de la situation d'accueil d'un résident. Jadis, cela se faisait à l'issue des quatre premiers mois, puisqu'à ce moment-là, le résident pouvait introduire une demande pour une place ILA. Une modification de la loi a postposé cette possibilité à six mois. Si la procédure se prolonge, cette évaluation peut être mentionnée à l'issue des douze premiers mois lors d'une réunion EMD.

Une évaluation permanente des résidents a également lieu tout au long du séjour. Quant au contrôle médical de la santé des résidents, aucune régularité n'a été instaurée. Auparavant, il y avait un examen de dépistage systématique de la tuberculose, impliquant de nouvelles radiographies tous les six mois. Mais vu le faible nombre de cas diagnostiqués, il a été décidé, en plus de la vigilance permanente, d'organiser également un examen de dépistage tous les six mois sur base des symptômes cliniques et d'une simple check-list. Si la santé physique s'évalue aisément sur la base de check-lists, les collaborateurs de terrain estiment qu'il en va différemment pour la santé mentale. Il existe bien quelques check-lists, notamment sur le bien-être. Mais, généralement, ces instruments font l'objet d'une certaine suspicion, certains collaborateurs de terrain les considérant trop 'protoculaires'. Autrement dit, le fait de poser toutes ces questions dans l'accueil se fait de manière trop formelle et ne tient que peu compte de la réalité de la structure d'accueil.

« QUANT AUX 'PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES', AUCUNE CHECK-LIST NE S'AVÈRE ADÉQUATE CAR IL Y A TOUJOURS UNE CHOSE BIEN SPÉCIFIQUE ET QUE CETTE CHOSE SE RÉVÈLE UNIQUEMENT AU COURS D'UNE CONVERSATION. »

« INSTRUMENTS ? N'EST-CE PAS LÀ LE SENS OU LE BUT DU TRAVAIL SOCIAL ? JE NE SAIS PAS TRÈS BIEN COMMENT L'EXPLIQUER, MAIS C'EST L'EXPÉRIENCE QUI NOUS GUIDE, NOUS SOMMES LA PREMIÈRE LIGNE QUI DÉTECTE LES VULNÉRABILITÉS, LES FAIBLESSES, LES BESOINS DES PERSONNES, [...] »

« JE DIRAIS QUE CE SERAIT INTÉRESSANT ENTRE GUILLEMETS POUR LES PERSONNES QUI NE MAÎTRISENT PAS ENCORE COMPLÈTEMENT CE PROBLÈME, IL SE PEUT QUE CELA AIDE LES NOUVEAUX VENUS. [...] MAIS CELA NE CONVIENT PAS À 100% POUR CHAQUE TYPE DE PROBLÈME OU TYPE DE VULNÉRABILITÉ. TANT QU'ELLE NE DOIT PAS ÊTRE COMPLÉTÉE ET RENVOYÉE, MAIS QUE CE N'EST QU'UNE AIDE AFIN DE NE RIEN OMETTRE, CELA PEUT RESTER INTÉRESSANT. MAIS S'IL FAUT LA RENVOYER À CHAQUE FOIS À FEDASIL [...] POUR MOI C'EST TOUT À FAIT ININTÉRESSANT SI CELA DEVIENT UNE OBLIGATION QUI S'AVÈRE INUTILE. »

Quant à l'accompagnement social, les travailleurs sociaux sont censés s'entretenir régulièrement avec leurs résidents. Néanmoins, vu le grand nombre de dossiers à suivre par les collaborateurs de terrain, la fréquence des entretiens d'accompagnement individuel reste minimale. Par ailleurs, les collaborateurs de terrain estiment que l'entretien d'accompagnement n'est pas le moyen le plus approprié pour détecter certaines vulnérabilités. En revanche, tous étaient convaincus que les moments informels dévoilent le mieux les vulnérabilités. Ils insistent sur le fait que ce sont principalement les techniques de communication qui sont nécessaires. Par conséquent, il y a une véritable demande de formations pratiques permettant d'aborder des sujets sensibles avec l'aide d'un interprète.

« TOUTES CES LISTES ET CES OUTILS SONT TRÈS BIEN, MAIS D'APRÈS MES EXPÉRIENCES, IL EST PRÉFÉRABLE DE LAISSER LA PAROLE AUX PERSONNES AU MOMENT OÙ ILS EN ONT ENVIE/SONT PRÊTS À EN PARLER. »

La plupart des collaborateurs de terrain ont relevé que l'identification des vulnérabilités exige une vigilance constante. D'ailleurs, la vulnérabilité se déclare au cours du séjour. Les travailleurs sociaux parlent souvent de leurs « antennes » et de l'importance « de garder les yeux ouverts ». Tous reconnaissent que les vulnérabilités les plus cachées sont très difficiles à détecter et se révèlent seulement au cours des interactions informelles. Ce sont les animateurs, les éducateurs, les accompagnateurs et les autres collaborateurs de terrain qui entretiennent le plus souvent ces contacts informels et, par conséquent, ils constituent aussi une source complémentaire d'informations, compilées par le travailleur social.

« CES CONTACTS SONT TRÈS INDIVIDUELS, IMPRÉVISIBLES ET TRÈS VARIABLES AU COURS D'UN SÉJOUR. UNE PERSONNE PEUT AUSSI DEVENIR VULNÉRABLE. ALORS QUE CES PERSONNES N'ARRIVENT PAS TOUJOURS DANS UN ÉTAT DE VULNÉRABILITÉ. IL ARRIVE QU'UNE PERSONNE SOIT TRÈS FORTE À SON ARRIVÉE, MAIS QU'ELLE DEVIENNE VULNÉRABLE À CAUSE DES CONDITIONS DE SON ENVIRONNEMENT, DE SON VÉCU ET DE LA PRESSION ÉMANANT DE SON PAYS D'ORIGINE. JE PENSE QU'IL FAUT ÊTRE TRÈS VIGILANT À CELA, AUX PERSONNES, 'EH OUI', AVOIR DES ANTENNES PARTOUT ET ÊTRE PRÉSENT PARTOUT. »

« LA VULNÉRABILITÉ NE SE DÉTECTE PAS TOUJOURS DANS LES CHOSES QUI SE DISENT, MAIS IL FAUT AUSSI VÉRIFIER COMMENT LA PERSONNE SE SENT ET COMMENT ELLE S'EXPRIME. »

« LES AUTRES INSTRUMENTS SONT UTILISÉS PLUS TARD, SOUVENT POUR PLUSIEURS PROBLÈMES, ET SEULEMENT APRÈS AVOIR TISSÉ UNE RELATION DE CONFIANCE AVEC LES RÉSIDENTS. C'EST UN AVANTAGE SUR LE LONG TERME, RELATIVEMENT INFORMEL, NOUS NOUS ENTRETENONS AVEC LE RÉSIDENT, NOUS POSONS LES BONNES QUESTIONS PENDANT LA CONSULTATION AFIN DE POUVOIR DÉTECTER LES ÉVENTUELS PROBLÈMES DE VULNÉRABILITÉ. IL EXISTE DES INSTRUMENTS FORMELS ET MOINS FORMELS, PAR EXEMPLE UNE PERSONNE QUI VIENT RÉGULIÈREMENT AU SERVICE MÉDICAL ET QUE NOUS CÔTOYONS PRATIQUÉMENT TOUS LES JOURS POUR SOIGNER DIFFÉRENTS MAUX PHYSIQUES À NOS YEUX SANS IMPORTANCE MAIS QUI PEUVENT EN CACHER D'AUTRES, CE SONT LÀ DES ASPECTS QUE NOUS SOUHAITONS DÉTECTER. PAR EXEMPLE, LE LUNDI, NOUS SOIGNONS SES MAUX DE GORGE, LE JOUR SUIVANT NOUS SOIGNONS SON MAL DE DOS, SI NOUS NE FAISONS PAS LE LIEN ENTRE LES DIFFÉRENTES CONSULTATIONS QUI TOUTES CACHENT QUELQUE CHOSE, PAR EXEMPLE LE TRAUMATISME PSYCHOLOGIQUE QUI S'EXPRIME PAR SES MAUX PHYSIQUES, SI NOUS SOIGNONS UNIQUEMENT LES PLAINTES PHYSIQUES, NOUS NE RÉUSSIRONS JAMAIS À VRAIMENT L'AIDER. CE SONT DES IDENTIFICATIONS QUE NOUS DÉTECTONS SEULEMENT SUR LE LONG TERME, PAS FORCÉMENT DÈS LA PREMIÈRE CONSULTATION. »

Quelques facteurs complexifient aussi l'identification de la vulnérabilité pendant la phase séjour dans les centres collectifs. Dans un premier temps, les collaborateurs de terrain rencontrent des difficultés à interpréter correctement les comportements. Par exemple, certaines personnes dans l'accueil souffrent d'insomnies sans qu'il soit toujours possible d'en détecter les causes sous-jacentes. Ces insomnies peuvent être la conséquence d'une problématique psychologique ou la conséquence des conditions de l'accueil. Par ailleurs, tous les collaborateurs du centre ne disposent pas des mêmes compétences pour identifier les vulnérabilités. Ce qui n'est pas bien maîtrisé se détecte aussi plus difficilement. À cause de la différence d'âge, les collaborateurs de terrain disent qu'il est parfois difficile de se mettre dans la peau des personnes plus âgées ou des mineurs accompagnés. Ce sont aussi ces groupes qui expriment le moins bien oralement leurs besoins. Il semblerait également que les travailleurs sociaux aient des difficultés à établir des diagnostics (complexes) sur des problèmes pour lesquels ils ne sont pas formés, en particulier pour des problèmes psychologiques, des victimes de violence sexuelle ou intrafamiliale ou encore la traite des êtres humains. La présence d'un psychologue faisant partie de l'effectif du personnel du centre, qui connaît le fonctionnement de l'accueil et qui est connu des résidents, est considéré comme une plus-value par rapport à l'orientation vers un expert externe, tant pour l'identification des besoins psychologiques que pour le traitement effectif. Afin de pouvoir combler le manque de spécialisation dans le domaine des vulnérabilités, il serait possible de travailler avec des personnes de référence. Depuis mi-2017, un collaborateur a été désigné comme personne de contact pour les questions liées aux mutilations génitales féminines⁵⁸. Cette personne de contact doit implémenter un trajet spécifique sur les mutilations génitales féminines, notamment par la sensibilisation des collègues, la mise à disposition d'outils et l'organisation de sessions de formations. Comme indiqué par le témoignage ci-dessous, certaines personnes de référence ont non seulement la tendance de faire fonction d'appui, mais passent elles-mêmes les résidents au crible, vu qu'elles disposent d'une expertise maximale.

⁵⁸ La note de service 'Trajet mutilations génitales féminines dans le cadre du projet GAMS - étapes et tâches pour l'entrée en vigueur du trajet dans les centres fédéraux' (du 20 septembre 2017) indique comment les centres d'accueil (fédéraux) doivent identifier les victimes (éventuelles) de mutilations génitales féminines pour pouvoir les guider ensuite vers un accompagnement adapté. Ce qui est primordial est le caractère systématique et coordonné de l'attention accordée aux mutilations génitales qui devrait aboutir à un 'trajet' individuel. Les centres doivent établir un plan par étapes pour lequel une personne de référence est désignée, cette dernière sensibilise les collaborateurs et les aide dans l'identification des mutilations génitales féminines. Ensuite le service social et médical doivent tous deux sur la base d'une check-list évaluer s'il y a eu mutilation génitales. Quant aux soins et l'accompagnement on peut les renvoyer à des organisations externes spécialisées, telles GAMS et Intact.

« MA COLLÈGUE CHARGÉE DU PROJET REFUSE DE PARTAGER SA SPÉCIALISATION AVEC LES AUTRES, ELLE CONSIDÈRE SES CONNAISSANCES COMME SA CHASSE GARDÉE, EN PRÉTENDANT 'JE SUIS LÀ SPÉCIALISTE EN CETTE MATIÈRE' [...] CAR SI TOUT LE MONDE EST FORMÉ, CELA RISQUE D'ALLER UN PEU DANS TOUS LES SENS, C'EST CE QU'ELLE DIT, ELLE REFUSE QUE TOUT LE MONDE SUIVE UNE FORMATION DANS CETTE MATIÈRE. »

Un deuxième facteur qui complique l'identification de la vulnérabilité est le manque d'interaction avec les résidents. Ces derniers passent une grande partie de leur journée à l'extérieur du centre. Lorsqu'ils reviennent le soir, les travailleurs sociaux rentrent chez eux, donc ils ne font que croiser les résidents sans pouvoir les observer vraiment. Il arrive aussi que les bénéficiaires logent occasionnellement en dehors du centre, ce qui rend le suivi difficile. L'architecture des centres ne facilite pas toujours le suivi permanent. Par exemple, il manque des espaces de rencontre où les travailleurs sociaux peuvent s'entretenir avec les résidents de manière spontanée et détendue. Certains collaborateurs cherchent à rencontrer les résidents dans leur chambre car ils estiment que la véritable nature d'une personne se dévoile davantage « en coulisse ». Les travailleurs sociaux ont exprimé leurs incertitudes au sein des groupes de discussions sur la limite à ne pas dépasser pour identifier les vulnérabilités et sur ce qui relève de la loi sur la vie privée.

« NOUS SOMMES FACE À UN MANQUE DE PORTES. OUI, C'EST VRAIMENT CE DONT UN ASSISTANT SOCIAL A BESOIN : POUVOIR FERMER UNE PORTE POUR PARLER EN TOUTE QUIÉTUDE. CAR TOUT EST OUVERT. NOUS ENTENDONS TOUT CE QUI SE DIT, LA PHOTOCOPIEUSE SE TROUVE DANS NOTRE LOCAL, ET LES GENS PASSENT D'UN BUREAU À UN AUTRE. CE N'EST PAS UN PROBLÈME EN SOI, MAIS SI UNE PERSONNE EST MAL À L'AISE ET QU'ELLE A BESOIN DE SE CONFIER, CELA N'EST PAS TOUJOURS FAVORABLE POUR UN ENTRETIEN CONFIDENTIEL. »

« CHEZ NOUS, LES ASSISTANTS ET L'ACCOMPAGNEMENT SONT EN FAIT DIVISÉS. LES ACCOMPAGNATEURS S'OCCUPENT DES LOISIRS, ILS SE RENDENT TRÈS SOUVENT DANS LES AILES, ILS VOIENT AUSSI LA PROPRIÉTÉ ET L'HYGIÈNE DES CHAMBRES. NOUS FAISONS ÇA AUSSI, MAIS COMME VOUS POUVEZ LE CONSTATER, À VRAI DIRE, NOUS PASSONS D'AVANTAGE DE TEMPS DANS NOS BUREAUX. »

« JE SUIS CHARGÉ DE CERTAINES FAMILLES OU DE L'INFIRMERIE, OÙ LE CÔTÉ PRIVÉ EST PLUS GRAND, J'AI L'OCCASION D'ALLER DANS LES CHAMBRES ET JE PEUX AUSSI DÉDUIRE DES CHOSES DES OBSERVATIONS FAITES. PAR EXEMPLE, UNE MAMAN AVEC UN ENFANT, LORSQUE LA CHAMBRE EST SENS DESSUS DESSOUS ET QUE LE FRIGO N'A PLUS ÉTÉ NETTOYÉ DEPUIS DES SEMAINES, ON CONSTATE ALORS QU'ELLE EST À BOUT DE FORCES. À CAUSE DU MANQUE D'INTIMITÉ, J'ESSAIE DE VISITER CERTAINES PERSONNES SOIT DANS UN LOCAL SÉPARÉ OU DE LES RENCONTRER DANS LEUR CHAMBRE, CAR L'OUVERTURE DES BUREAUX PERMET AUX AUTRES RÉSIDENTS D'ENTENDRE MA CONVERSATION AVEC LE RÉSIDENT. »

Troisièmement, le contexte incertain de la procédure et le caractère anonyme de beaucoup de centres n'offrent pas un climat idéal pour l'identification des besoins. Les collaborateurs sont unanimes pour dire que la détection des vulnérabilités requière beaucoup de temps, de la confiance et de la stabilité. Certains collaborateurs de terrain hésitent parfois à attaquer le fond des problèmes parce que les demandeurs manquent de certitude par rapport à leur séjour. En ce qui concerne le délai dans l'accueil collectif, les collaborateurs sont partagés. D'une part, ils estiment utile que les résidents séjournent plus longtemps dans un centre d'accueil collectif car cela permet de

construire un lien de confiance plus solide. Mais, d'autre part, ils considèrent un séjour de plus de quatre mois comme un facteur négatif pour le bien-être du résident.

« OUI, TOUTES CES CHOSES CACHÉES, CE N'EST QUE GRÂCE AUX CONVERSATIONS ET AUX CONTACTS QU'ON PEUT LES LEUR SOUTIRER ET QU'ON PEUT ESPÉRER QU'ILS VOUS FASSENT CONFIANCE ET QU'ILS SOIENT OUVERTS AU SUJET. CELA DEMANDE DU TEMPS [...] IL NOUS FAUT DU TEMPS ET LEUR CONFIANCE. »

« ET DONC AU FINAL OUI, JE PENSE QU'UN SÉJOUR TROP LONG DANS UN CENTRE TE REND AUSSI VULNÉRABLE. »

Un quatrième défi dans le cadre de l'identification des vulnérabilités est lié au rôle attendu des résidents. Vu les difficultés à pouvoir observer les résidents en permanence, les collaborateurs de terrain ont tendance à reporter la responsabilité sur les résidents : il revient à ces derniers de se confier. Autrement dit, l'initiative de chercher la solution à leurs problèmes appartient également en partie aux bénéficiaires.

« OUI, JE CROIS QUE LES SYMPTÔMES DE CERTAINES PERSONNES SAUTENT AUX YEUX, ALORS QUE LES SYMPTÔMES D'AUTRES PERSONNES SONT TRÈS CACHÉS, À VRAI DIRE C'EST AUSSI UN PEU AU RÉSIDENT DE NOUS DIRE COMMENT IL SE SENT. »

Mais différents facteurs de vulnérabilité peuvent empêcher les résidents de chercher de l'aide. Des collaborateurs de terrain pensent que certaines personnes ne sont pas familiarisées avec l'aide sociale ou médicale, ce qui explique pourquoi elles se méfient et hésitent à se confier aux collaborateurs de terrain. D'autres demandeurs craignent que leur demande d'aide tombe entre de mauvaises mains. Ils hésitent, ne sachant pas comment l'information fournie sera partagée ou soit utilisée contre eux. Une des conséquences est que les personnes les plus nécessiteuses sont exclues de l'accompagnement.

« [...] NOUS DISPOSONS DE MOINS DE TEMPS POUR APPROFONDIR LE SUIVI DES PERSONNES CONSIDÉRÉES VULNÉRABLES [...]. »

« NOUS AVONS DES BÉNÉVOLES QUI DONNENT DES COURS DE FRANÇAIS. NOUS AVONS REMARQUÉ QUE LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES N'Y VONT PAS SOUVENT. ILS PENSENT À LEURS PROBLÈMES DE SANTÉ OU ILS ONT DES CONSULTATIONS MÉDICALES ETC. [...] PAR CONSÉQUENT, C'EST UN FREIN À L'AUTONOMIE. NOUS AVONS CE TYPE DE PROBLÈME. NOUS AVONS AUSSI DES PERSONNES QUI NE SAVENT NI LIRE NI ÉCRIRE, CE POURQUOI ILS REFUSENT D'ALLER AU COURS. IL Y A DES PERSONNES QUI ONT SÉJOURNÉ UN AN DANS UN CENTRE MAIS JUSQU'À LA FIN NOUS AVIONS BESOIN D'UN INTERPRÈTE POUR POUVOIR COMMUNIQUER AVEC ELLES, C'EST COMPLIQUÉ. »

Les bénéficiaires de l'accueil ne sont pas toujours très loquaces. Dans la société belge, il est parti du principe que les personnes expriment spontanément leurs besoins, exigeant non seulement un état de conscience très élevé et une

capacité d'abstraction, mais également la connaissance de la langue parlée. Concernant les informations sensibles, il n'est pas toujours évident de faire appel à des interprètes bénévoles ou professionnels.

« NOUS VIVONS DANS UNE SOCIÉTÉ VERBALE ET NOUS ATTENDONS DES RÉSIDENTS QU'ILS EXPRIMENT VERBALEMENT LEURS BESOINS. »

« TRÈS SOUVENT, ON NE PARLE PAS LA MÊME LANGUE. TRÈS SOUVENT, LES PERSONNES PARLENT DE LEURS PROBLÈMES À TRAVERS UN MAL DE JAMBE OU DES MAUX DE TÊTE, C'EST LEUR MANIÈRE D'EN PARLER. ABORDER UNIQUEMENT LES SENTIMENTS AVEC LES HOMMES EST ENCORE PLUS ÉPINEUX CAR CERTAINS HOMMES REFUSENT DE METTRE LEURS SENTIMENTS À NU. ILS VONT PAR CONTRE PLUTÔT DIRE QUE LEUR DOS LES FAIT SOUFFRIR. ET À CE MOMENT-LÀ, ON NE SAIT QUE PARLER DE LEUR MAL DE DOS CAR PAS MOYEN D'ABORDER LEURS SENTIMENTS. FINALEMENT, EUX-MÊMES ESTIMENT AVOIR PARLÉ DE LEURS SENTIMENTS MAIS D'UNE MANIÈRE QUI N'EST CEPENDANT PAS LA NÔTRE. »

Des collaborateurs de terrain estiment que certains sujets sont tabous. Dès lors, les résidents restent réfractaires à la nécessité de demander un accompagnement psychologique. Le fait de reconnaître le besoin d'une thérapie ou de médicaments, tels que des antidépresseurs, peut être interprété par certains résidents comme un échec personnel ou susciter de la honte. Les sujets sensibles, très souvent en lien avec la sexualité ou la violence familiale, restent des non-dits. Les collaborateurs de terrain insistent sur le fait que les personnes ont droit à l'autodétermination et, par conséquent, qu'elles peuvent aussi décliner toute tentative d'identification des vulnérabilités.

« DE TOUTE ÉVIDENCE IL Y A TOUJOURS DES VULNÉRABILITÉS QUE NOUS NE POURRONS PAS IDENTIFIER, PAR EXEMPLE LORSQU'IL S'AGIT D'UNE MUTILATION GÉNITALE ET QUE LA RÉSIDENTE NE DIT RIEN À CE SUJET. À CE MOMENT-LÀ, ON SUGGÈRE QU'ELLE AILLE DANS UN CENTRE SPÉCIALISÉ. JE PENSE IL Y AURA TOUJOURS DES PERSONNES QUI PASSERONT PAR LES MAILLES DU FILET, PARCE QUE NOUS NE LES INTERROGEONS PAS. »

« LORSQU'ELLES REFUSENT D'EN PARLER, NOUS RESPECTONS LEUR VOLONTÉ. ICI NOUS NE TIRONS PAS LES VERS DU NEZ. »

Les travailleurs sociaux qui suspectent une vulnérabilité chez certains résidents tentent toutefois de les convaincre de parler librement et de se confier aux collaborateurs du centre.

« TOUT DÉPEND DE LA FACULTÉ D'UNE PERSONNE À RECONNAÎTRE SON PROBLÈME ET À SE RENDRE COMPTE QU'ELLE A BESOIN D'AIDE, ÉGALEMENT DE SON APTITUDE À CHERCHER ET À TROUVER UN ASSISTANT, OU ENCORE À TROUVER UN ACCOMPAGNATEUR. NOUS DEVONS RESTER TRÈS VIGILANTS ET LES INTERROGER SI NOUS CONSTATONS LE MOINDRE SIGNE. ON NE DOIT PAS CREUSER BIEN LOIN POUR LES PERSONNES QUI VIENNENT CONSTAMMENT NOUS TROUVER POUR UN OUI OU POUR UN NON. TOUT DÉPEND DU TYPE DE PERSONNE. NOUS DEVONS ÊTRE CAPABLES DE RECONNAÎTRE NOTRE RÔLE. CE NE SONT PAS TOUJOURS LES PERSONNES LES PLUS VULNÉRABLES QUI VIENNENT NOUS TROUVER ET QUI VIENNENT SE PLAINDRE. »

« IL NE FAUT PAS S'ATTENDRE À CE QUE CERTAINES PERSONNES SE CONFIENT SPONTANÉMENT, MAIS LORSQU'ON SENT QU'ELLES ONT ENVIE DE DIRE QUELQUE CHOSE SANS DIRE QUOI QUE CE SOIT, C'EST À NOUS DE CREUSER. ALORS IL EST IMPORTANT DE DIRE 'SI VOUS VOULEZ EN PARLER PARLEZ-EN, MAIS RIEN NE VOUS Y OBLIGE. NÉANMOINS, SI VOUS VOULEZ EN PARLER, ALORS SURTOUT N'HÉSITÉS PAS.' »

En résumé, nous pouvons conclure que toute une série de défis complique l'identification des vulnérabilités pendant la phase de séjour dans les centres collectifs. Les collaborateurs de terrain affirment qu'ils disposent de tout un arsenal de possibilités pour identifier des vulnérabilités comme, par exemple, la concertation EMD et la présence du service médical. Mais il y a aussi des facteurs sur lesquels ils n'ont aucune prise, tels que le manque de coopération des résidents, communément vu comme une barrière. Ce qui explique pourquoi les collaborateurs de terrain interrogés plaident pour une évaluation réaliste de leur rôle dans la reconnaissance des facteurs de vulnérabilité. Il est primordial de ne pas surestimer les possibilités d'une identification. Mis à part cela, ils hésitent aussi à identifier les vulnérabilités lorsqu'ils ne peuvent pas offrir la prise en charge nécessaire.

« SUPPOSONS QUE JE POURRAIS ORGANISER QUELQUE CHOSE POUR LA DÉTECTER, JE NE SAIS PAS SI CELA MARCHERAIT. PARCE QUE CE QUELQUE CHOSE RESTE TRÈS PRIVÉ, ET QU'IL EST TRÈS COMPLEXE DE CONNAÎTRE L'HISTORIQUE INTÉGRAL DE LA VIE PRIVÉE D'UNE PERSONNE, VU QU'ELLE A DÉJÀ D'AUTRES IDÉES AU MOMENT DE SON ARRIVÉE ET QU'ELLE NE TIENT PAS À DIVULGUER DES CHOSE QU'ELLE A VÉCUES CHEZ ELLE OU PENDANT SA FUITE. CELA PEUT ÊTRE INTÉRESSANT, MAIS AU FINAL CE N'EST QU'UNE CONSÉQUENCE, QUELQUE CHOSE QUI SE PRODUIT A POSTERIORI. »

« [...] LE PROBLÈME N'EST PAS VRAIMENT DE DÉTECTER LES VULNÉRABILITÉS MAIS SURTOUT LE SUIVI QUE NOUS Y ACCORDONS ET LE TEMPS QUE NOUS RÉSERVONS POUR Y RÉAGIR EN FONCTION DES PLACES DISPONIBLES. DE TOUTE ÉVIDENCE, LE RÉSEAU SOUFFRE D'UNE PÉNURIE DE PLACES ADAPTÉES ET BIEN QUE NOUS METTIONS TOUT EN ŒUVRE POUR OPTIMISER LEUR UTILISATION, NOUS AVONS NOS LIMITES, ET JE PENSE QUE FEDASIL A AUSSI SES LIMITES, ET EN CE MOMENT IL N'Y A PAS ASSEZ DE PLACES ADAPTÉES POUR CE TYPE DE CAS [...]. »

« LE SOUCI NE SE LIMITE PAS À L'IDENTIFICATION, MAIS AUSSI À LA CAPACITÉ DE STRUCTURER UN BON SUIVI. JE CROIS QU'IL Y A DES VIDES À COMBLER. SI JE DOIS PARLER DU CENTRE QUE JE VIENS DE QUITTER, [...] IL N'Y A PAS DE SUIVI POUR CETTE PERSONNE. PARFOIS IL Y A DES LONGUES ATTENTES. BEAUCOUP D'ENTRE ELLES DEMANDENT UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE [...] IL EST AUSSI DIFFICILE DE S'EN OCCUPER, SOIT PAR MANQUE DE PARTENAIRES, SOIT À CAUSE DE LA NÉCESSITÉ DE FAIRE APPEL À DES INTERPRÈTES, CE QUI CASSE UN PEU LA COMMUNICATION. DONC JE PENSE QU'IL NOUS FAUT AUSSI TRAVAILLER CET ASPECT, CHERCHER COMMENT ASSURER UN BON SUIVI ET UN BON ACCOMPAGNEMENT. »

« MAIS J'AI QUAND MÊME L'IMPRESSION QUE LES POSSIBILITÉS D'AIDER LES PERSONNES RESTENT LIMITÉES. DANS UN SENS, ON EST UN PEU COINCÉS DANS LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE. DE PLUS, ON A L'IMPRESSION QUE CE N'EST PAS LA PRIORITÉ DE NOTRE HIÉRARCHIE. QUE LE FAIT D'AIDER LES PERSONNES VULNÉRABLES IMPORTE FORT PEU. ET PARFOIS, IL NOUS FAUT FAMEUSEMENT TRIMER POUR OBTENIR DE L'AIDE ALORS QU'ON NE DEMANDE RIEN D'EXTRAORDINAIRE. »

Initiatives locales d'accueil

Ces dernières années, les arrivées dans les ILA ont connu de profondes mutations. Aujourd'hui, la plupart des résidents obtiennent un statut de réfugié ou sont sur le point de l'obtenir. Leur séjour dans une ILA est la dernière phase du trajet d'accueil avant d'être aiguillés vers un logement autonome. Le délai de la transition est trop court pour faire la distinction entre la phase d'arrivée et de séjour.

Celui qui reçoit un statut de séjour de plus de trois mois doit être invité dans les trois jours par le travailleur social référent du centre d'accueil collectif pour un entretien formel au cours duquel les différentes options lui sont expliquées, à savoir aussi bien le départ anticipé que le transfert dans une ILA⁵⁹. Lors d'un second entretien formel, au plus tard dans les trois jours qui suivent, le bénéficiaire doit communiquer son choix et l'ILA correspondant le mieux à ses souhaits est recherchée. Ensuite, les Régions peuvent désigner une place et le centre d'accueil collectif organisera un rendez-vous avec l'ILA désignée. Avant le départ effectif, les travailleurs sociaux du centre d'accueil collectif essaient d'organiser un dernier entretien avec le bénéficiaire. Cependant, à cause du manque de temps, ce dernier entretien a rarement lieu. Il semblerait aussi que la communication de l'information entre les différents partenaires de l'accueil manque de fluidité. Beaucoup de collaborateurs de terrain qui travaillent dans une ILA déplorent que l'information du dossier social et médical (par exemple les accompagnements psychologiques, les données médicales et l'information sur les thèmes difficiles, etc.) ne soit pas toujours correctement communiquée lors du transfert d'un résident. Par conséquent, les ILA doivent recommencer l'identification des vulnérabilités. Quant au dossier médical, un résident qui quitte le centre collectif doit récupérer la version papier de ce dossier pour le remettre ensuite au nouvel accompagnateur de l'ILA. Vu que les ILA ne disposent pas de personnel médical formé, il leur est impossible de consulter ce dossier à cause du secret médical. Les ILA ne connaissent pas toujours la situation médicale du résident et doivent donc entreprendre de nouvelles démarches. Les personnes qui viennent d'un centre d'accueil collectif reçoivent en principe des médicaments pour au moins cinq jours ainsi qu'un document avec les rendez-vous fixés chez des services d'aide externes pour faciliter le transfert et garantir la continuité..

« LE PROBLÈME POUR LES ILA EST QUE NOUS IGNORONS BEAUCOUP DE CHOSES. TOUT A ÉTÉ FAIT DANS LES CENTRES. CES PERSONNES ÉTAIENT ENCADRÉES PAR 2 OU 3 PERSONNES OU PLUS, ELLES ÉTAIENT FORT BIEN ACCOMPAGNÉES, PUIS ELLES VONT DANS UNE ILA OÙ JE DOIS RECOMMENCER TOUT À ZÉRO. JE DOIS CONTACTER LE CENTRE D'ACCUEIL POUR TOUT RÉGLER DE A À Z ET ILS NE PEUVENT RIEN COMMUNIQUER. »

« IL VA DE SOI QUE NOUS NE POURRONS PAS PASSER AU PEIGNE FIN TOUT LE MONDE CAR NOUS N'AVONS PAS LE TEMPS [...], CEPENDANT DANS LE CAS D'UN PUBLIC VULNÉRABLE, IL EST TOUJOURS IMPORTANT DE SAVOIR S'IL Y A UN PROBLÈME SENTIMENTAL OU UNE AUTRE PROBLÉMATIQUE. EN TANT QU'ACCOMPAGNATEUR, IL EST IMPORTANT QU'ON LE SACHE, AFIN D'EN INFORMER LE MÉDECIN ET D'AVOIR LA GARANTIE QUE CETTE INFORMATION EST COMMUNIQUÉE, CAR EN PRINCIPE LE NOUVEAU GÉNÉRALISTE DOIT AVOIR DES CONTACTS AVEC LE GÉNÉRALISTE PRÉCÉDENT DU CENTRE. POURTANT CELA RESTE RARISSIME. NOUS NE RECEVONS PAS CES INFORMATIONS DU CENTRE. C'EST DÉLICAT DE CONSTATER QU'ILS ONT DÉJÀ EU CET ENTRETIEN DANS LE CENTRE. LE FAIT DE DEVOIR ABORDER UNE FOIS DE PLUS LE SUJET, CELA N'A PAS DE SENS ET C'EST PEUT-ÊTRE UN SUJET PÉNIBLE À RÉPÉTER À NOUVEAU. C'EST POURQUOI UNE COMMUNICATION CORRECTE POURRAIT NOUS ÉPARGNER CELA. »

⁵⁹ Pour les personnes avec un haut degré de protection le centre d'accueil doit introduire une demande de transfert auprès des régions qui doit leur répondre dans les cinq jours. Les personnes dont la DPI a été refusée, sont transférées dans une PRO, où elles doivent se rendre dans les 5 jours ouvrables. Si la personne refuse de s'y rendre elle reçoit un statut 'no show'. La durée du séjour d'une PRO dépend de l'ordre de quitter le territoire remis à l'issue d'une décision négative du Conseil du contentieux des étrangers et de sa coopération au trajet retour volontaire.

« POUR LES AUTRES DOSSIERS, ET SURTOUT POUR LES DOSSIERS DE TRANSFERT, JE TROUVE QUE NOUS OBTENONS TRÈS PEU D'INFORMATIONS ET POURTANT IL Y A ÉGALEMENT DES PERSONNES VULNÉRABLES PARMI CES PERSONNES. MAIS TRÈS SOUVENT, ON TOMBE DES NUES. ALORS QUE DANS LE CENTRE, ET JE PENSE MAINTENANT À UN CENTRE BIEN PARTICULIER, ILS SAVAIENT PERTINEMMENT BIEN QUE CETTE PERSONNE AVAIT UN PROBLÈME, MAIS ILS REFUSENT DE NOUS COMMUNIQUER QUOI QUE CE SOIT. C'EST REGRETTABLE CAR NOUS PERDONS UN TEMPS PRÉCIEUX ET CELA MET EN PÉRIL LA CONTINUITÉ DE LA PRESTATION D'AIDE. »

Comme discuté précédemment, un dossier social est constitué pour chaque bénéficiaire séjournant dans l'accueil collectif, y compris un PAI. L'étude a prouvé que l'intégralité du dossier social n'était pas toujours transmise à l'ILA pour des raisons pratiques. L'expérience générale des collaborateurs de terrain interrogés dans les centres d'accueil collectifs montre qu'il n'est pas facile de structurer l'information rassemblée sur un résident pour la communiquer aux travailleurs sociaux des ILA. C'est pourquoi ces derniers préfèrent téléphoner au centre d'accueil précédent.

« CERTAINS COLLÈGUES RÉDIGENT LE PAI LORSQU'ILS PARTENT, MAIS QUID DU CONTENU ? NOUS LISONS "NE RESPECTE PAS LE RÈGLEMENT", "N'A PAS DE PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX", "VA À L'ÉCOLE". CELA N'APPORTE PAS GRAND-CHOSE SI LA PERSONNE A SÉJOURNÉ UN AN DANS UN CENTRE. CELA NE VOUS APPORTE RIEN SI ON EST L'ASSISTANT QUI SUIT. »

« DANS LA PLUPART DES CAS, JE NE REÇOIS PAS DE DOSSIER SOCIAL, NI DE DOSSIER MÉDICAL, UNIQUEMENT LA PERSONNE. »

« ET DONC C'EST CE QUI EST REGRETTABLE DANS LE SUIVI QUE VOUS ASSUREZ, ET QUI EST ENVOYÉ AU CENTRE SUIVANT, LA MANIÈRE DONT LA COMMUNICATION EST FAITE. C'EST LÀ OÙ LE BÂT BLESSE. »

« NON, NOUS N'APPRENNONS JAMAIS RIEN DES CENTRES, COMMENT TOUT S'EST PASSÉ, S'IL Y A EU DES PROBLÈMES, SI LE COMPORTEMENT ÉTAIT CORRECT OU PLUTÔT DIFFICILE. C'EST NOUS QUI DEVONS TÉLÉPHONER [...] »

Lors de l'arrivée d'un résident dans une ILA, il se peut que le personnel ne dispose pas de l'information requise. À cause de cela, il se peut que les préparatifs soient incomplets et insuffisants pour garantir un bon accueil. Ceci peut occasionner des problèmes, par exemple pour une personne qui a des besoins bien spécifiques (telle qu'une mobilité réduite). Les collaborateurs de l'ILA prévoient un premier entretien dans les plus brefs délais et ce dans le but d'expliquer le fonctionnement de l'ILA mais aussi pour pouvoir détecter les besoins immédiats de la personne. Contrairement au centre d'accueil, il n'y a qu'un seul premier entretien. L'accueil est principalement organisé par les travailleurs sociaux et complété éventuellement par les accompagnateurs sociaux. Par exemple, il n'y a pas de service médical lié au CPAS qui organise l'ILA. Il est toutefois possible d'organiser une collaboration structurelle avec un groupe de généralistes.

« CONCLUSION, CHEZ NOUS IL N'Y A QU'UNE SEULE PERSONNE QUI FAIT TOUT. CETTE PERSONNE SE CHARGE AUSSI BIEN DES RENDEZ-VOUS MÉDICAUX QUE DE L'ADMINISTRATION DE LA PROCÉDURE ET DE TOUT CE QUE CELA IMPLIQUE. »

« NOUS TRAVAILLONS AVEC UN CABINET PRIVÉ, DONC NOUS SOUS-TRAITONS. MAIS CELA NE POSE AUCUN PROBLÈME. ET ILS NOUS ONT BIEN EXPLIQUÉ DANS UN ACCORD SOUS-JACENT QU'ILS AVAIENT UN SECRET PROFESSIONNEL PARTAGÉ. ET DONC C'EST BIEN PRATIQUE CAR SINON ON NE PEUT PAS SAVOIR COMMENT VA TELLE PERSONNE OU CE QUI A ÉTÉ DIT. »

Les ILA constituent également un dossier social pour chaque résident dans lequel ils notent toutes les actions. Généralement, les ILA ne poursuivent pas le travail du PAI commencé par les centres collectifs vu qu'elles ont développé leur propre système. Exceptionnellement, et seulement depuis récemment, elles travaillent avec le PIIS⁶⁰, qui est d'ores et déjà établi pour tous les clients réguliers des CPAS. Un PIIS vise les mêmes buts qu'un PAI. Cependant, les ILA rencontrent pas mal de difficultés pour une planification sur le long terme vu la courte durée de la transition. L'incertitude par rapport au futur domicile rend toute analyse minutieuse prématurée.

« NOUS AVONS REMPLACÉ LE PAI PAR UN PIIS POUR TOUS LES CLIENTS DES CPAS. SUR CETTE BASE, ON REÇOIT DES SUBVENTIONS POUR LES AUTRES CLIENTS DU CPAS. C'EST UN TYPE DE FORMULAIRE D'ÉVALUATION MAIS QUI PEUT ÊTRE VU COMME UN PLAN PAR ÉTAPES, AGENCÉ EN FONCTION DU RAISONNEMENT : QUEL EST NOTRE BUT, COMMENT LE VOYONS-NOUS ET COMMENT SOUHAITONS NOUS L'ATTEINDRE. NOUS FAISONS CELA AUSSI POUR NOS CLIENTS ILA. CE N'EST PAS VRAIMENT UN TRAVAIL À LA CARTE, MAIS BON CELA DONNE L'OCCASION DE S'INTÉRESSER AUX CLIENTS, ET DE REGARDER CE QU'ILS VEULENT FAIRE, OÙ ILS VEULENT ALLER OU QUEL EST L'OBJECTIF. »

Une amélioration dans la communication des informations sur les personnes entre les centres collectifs et les ILA ne supprimerait pas d'emblée la nécessité d'identifier les vulnérabilités à l'arrivée dans une ILA. Les collaborateurs des ILA disent que la phase de transition amène des défis bien propres. Certaines personnes ne sont pas à même de fonctionner correctement dans un environnement régulé et barricadé comme les centres d'accueil mais ne semblent pas non plus capables de vivre dans un logement semi-autonome comme une ILA. Selon les collaborateurs de terrain, le stress pour trouver un logement dans le laps de temps très court de la phase de transition peut aussi accentuer la vulnérabilité des personnes pendant leur séjour dans l'ILA. Le degré de vulnérabilité et les facteurs qui les rendent vulnérables ou qui les protègent sont dès lors liés « au moment » dans le trajet d'accueil. Au sein des ILA, les briefings quotidiens et la concertation multidisciplinaire sont rarissimes, vu que l'accompagnement des résidents n'est pas réparti entre plusieurs collaborateurs de terrain qui travaillent dans des services distincts, tels que le service médical ou social. Pour se forger une idée complète de la situation de la personne, l'ILA est certainement mieux équipée que les centres qui dépendent de la collaboration des autres partenaires externes. Pour ce faire, des moments de concertation ad hoc avec les écoles, les psychologues et les médecins peuvent être organisés. Les autres collaborateurs de terrain interrogés considèrent comme un désavantage le fait que ce type de concertation ne soit pas planifié de manière structurelle, et que par conséquent, certaines vulnérabilités restent

⁶⁰ Le PIIS est un trajet fait sur mesure, qui doit stimuler l'autonomie de la personne et l'aider à renforcer son emprise sur sa vie afin que lui/elle puisse faire son propre chemin sans l'aide d'un CPAS. Avec l'aide du travailleur social des objectifs sont formulés et les démarches sont faites pour atteindre ces objectifs. Ces objectifs et ces étapes sont repris dans un contrat qui est signé par les deux parties. L'établissement d'un PIIS est obligatoire pour les personnes qui bénéficient d'un revenu d'intégration du CPAS, mais parfois il est également établi pour les personnes qui reçoivent une aide matérielle au sein d'une ILA.

ignorées. De toute façon, la transition est vue par les collaborateurs de terrain interrogés comme une période trop courte pour connaître réellement un résident et pour instaurer la confiance.

« MAIS IL ARRIVE QU'ILS NE RESTENT CHEZ NOUS QUE DEUX À TROIS SEMAINES. ON NE PEUT ALORS PAS PROPOSER D'ACCOMPAGNEMENT DIGNE DE CE NOM. NOUS VEILLONS SIMPLEMENT À CE QUE TOUT SE PASSE BIEN POUR EUX. QUE LEUR CPAS SOIT SURTOUT EN ORDRE. ON LÂCHE CES PERSONNES DANS LA SOCIÉTÉ. »

Les collaborateurs d'une ILA estiment que l'observation permanente des résidents est plus difficile en comparaison au travail de leurs homologues des centres. Dans une ILA, il y a une séparation entre le lieu de travail du personnel et le lieu d'habitation des bénéficiaires. Des moments de permanence et des consultations régulières visent à rapprocher l'accompagnateur du résident mais les collaborateurs de terrain éprouvent des difficultés à se maintenir informés. Néanmoins, ils pensent que l'ILA présente aussi une grande plus-value parce qu'elle coïncide plus à la vie réelle et représente dès lors mieux l'après-accueil. Dans la mesure de leur disponibilité, ils consacrent du temps aux visites à domicile pour capter des signes de vulnérabilité.

« EN TANT QUE TRAVAILLEUR SOCIAL, JE PENSE QU'ON APPREND DAVANTAGE PENDANT LES VISITES À DOMICILE QUE LORS D'UNE RENCONTRE DANS UN BUREAU COMME CELA SE FAIT DANS LES CENTRES. JE TROUVE, LORSQUE JE VISITE QUELQU'UN DANS SON STUDIO OÙ IL HABITE, QU'IL Y A BEAUCOUP PLUS D'OPPORTUNITÉS DE TROUVER DES POINTS DE REPÈRE. DÈS LE PREMIER COUP D'ŒIL, ON VOIT SI LA PERSONNE EST ORDONNÉE, SI ELLE ENTRETIENT BIEN SON CHEZ-SOI, ON VOIT PARFOIS DES PHOTOS DES ENFANTS À PROPOS DESQUELS ON PEUT POSER DES QUESTIONS, IL Y A BEAUCOUP PLUS DE SUJETS POUR ENTREtenir UNE CONVERSATION COMPARÉ À UNE CONVERSATION DANS UN BUREAU DONC J'ESSAIE TOUJOURS DE RENDRE UNE PETITE VISITE. MAIS CELA RESTE TOUJOURS UN TRAVAIL INTUITIF. »

Conclusion

Dans cette deuxième section relative à l'identification, nous avons abordé la manière dont les collaborateurs de terrain évaluent si une personne est vulnérable ou si elle montre des signes de besoins d'accueil spécifiques. Une constatation générale importante est l'implication des différents acteurs dans le processus d'identification. Conformément aux résultats relatifs aux différentes définitions sur la vulnérabilité qui sont en vigueur, il serait possible de répartir les pratiques d'identifications des acteurs concernés en deux groupes. D'une part, les acteurs dont la compétence est d'enregistrer les demandeurs et de leur désigner une place d'accueil. Leurs pratiques d'identification sont caractérisées par de brèves rencontres ou par une analyse des informations de seconde main. Ils doivent se faire une idée, dans un délai très court et sur base d'informations sommaires, à quelles catégories fixes de vulnérabilité appartiennent les demandeurs. D'autre part, il y a les acteurs qui prévoient effectivement un accueil. Leurs pratiques d'identification sont tout à fait différentes. Il s'agit d'une évaluation répétée et permanente, répartie sur une période plus longue avec différents instruments et procédures (les plans d'accompagnement individuels, les moments de concertation et les visites à domicile). Leur évaluation de la vulnérabilité est individualisée et ciblée sur l'identification des facteurs de protection et de risque. Le tableau ci-dessous offre un aperçu du rôle d'identification de tous les acteurs impliqués.

	DÉSIGNATION			ACCUEIL		
	OE	Dispatching	Régions	Centres d'accueil collectifs		ILA
				Phase d'arrivée	Phase du séjour	
Moment	Unique	Deux fois	Unique	Répété	Permanent	Régulier
Acteurs	Travailleurs sociaux	Travailleurs sociaux	Travailleurs sociaux	Travailleur social référent	Travailleur social référent	Travailleur social référent
	Interprètes	Service médical	Service médical	Accompagnateurs sociaux Service médical	Accompagnateurs sociaux Service médical	Accompagnateurs sociaux
Mode	Check-list Questionnaire	Contact individuel Examen médical Labellisation	Annexe B	« Intake » Briefing quotidien Rapport d'évaluation PAI Dossier social Observation permanente	Briefing quotidien Rapport d'évaluation PAI Concertation multidisciplinaire Observation permanente « Outtake »	« Intake » Visites à domicile

Le processus d'identification est conçu sous la forme d'un ensemble de phases durant lesquelles différents acteurs jouent leur rôle respectif. D'abord, une première évaluation de la vulnérabilité est réalisée par l'OE et le Dispatching. Ensuite, une identification approfondie de la vulnérabilité doit être faite au sein des centres d'accueil. En principe, la possibilité de corriger l'identification ou d'entreprendre des mesures complémentaires existe, telle que le recours à des acteurs externes ou la demande d'un transfert. Lors de la demande d'un transfert, une différence peut exister entre l'évaluation individuelle de la vulnérabilité au sein de la structure d'accueil et les critères que les Régions doivent appliquer pour un transfert. Comme mentionné ultérieurement, les collaborateurs de terrain des structures d'accueil collectives interrogés estiment que les possibilités de transfert sont trop restreintes. Enfin, une partie des bénéficiaires de l'accueil est également accueillie au sein de places d'accueil individuelles. Avec le nouveau modèle d'accueil, les possibilités de l'identification de la vulnérabilité par les ILA semblent réduites. Les

collaborateurs de terrain signalent qu'ils en déduisent que les besoins ont été détectés au préalable par les centres d'accueil collectifs, vu que les ILA ne disposent pas du temps nécessaire pour suffisamment connaître les demandeurs. Il se peut que des problèmes surviennent lors du transfert et de la communication des vulnérabilités entre les centres collectifs et les ILA. En outre, la nouvelle situation issue du transfert peut aussi créer de nouvelles situations de vulnérabilité.

Quant aux acteurs, l'implication des travailleurs sociaux lors de l'identification des vulnérabilités est clairement une constante. Cependant, leur rôle ne semble pas toujours clairement délimité. Aussi bien pendant la désignation par le Dispatching que pendant l'accueil par les centres d'accueil collectifs, le rôle du personnel médical est primordial dans l'identification de la vulnérabilité. La compétence médicale est utilisée à part entière, car elle étudie aussi bien les besoins physiques que les besoins psychologiques. Nous constatons souvent que le clivage entre les équipes sociale et médicale pose des problèmes de coordination notamment dû au secret professionnel. L'accueil individuel des ILA ne dispose pas de personnel médical propre, ce qui complique l'harmonisation des centres d'accueil collectifs. De plus, nous constatons aussi que l'identification des vulnérabilités est effectuée par de nombreux acteurs internes et externes, tels que les accompagnateurs, les psychologues ou les enseignants, ce qui exige une harmonisation et une concertation supplémentaires. Une difficulté indéniable reste le manque structurel d'interprètes professionnels, ce qui rend l'identification difficile.

Quant au mode d'identification, ce qui frappe est la dichotomie entre les instruments formels des acteurs chargés de l'enregistrement et de la désignation (comme les check-lists, l'encodage dans Match-It, l'annexe B) et l'enregistrement ouvert par les acteurs d'accueil (dossier social, dossier médical, PAI). Une fois de plus, la difficulté se pose pendant le transfert de savoir comment traduire une image globale d'une personne qui se développe dans un centre d'accueil en codes et critères pour les introduire dans Match-It. Lors des transferts effectifs se pose aussi le problème du transfert de l'information aux acteurs de l'accueil suivant, ce qui pourrait entraîner une perte de ces informations.

De manière générale, les parties concernées estiment que l'identification de la vulnérabilité et des besoins d'accueil spécifiques fonctionne relativement bien. L'identification approfondie s'effectue principalement durant la phase de séjour dans les centres d'accueil collectifs. Force est de constater que c'est une méthode qui prend beaucoup de temps et qui ne peut être réalisée correctement au moment où les arrivées des primo-arrivants sont élevées. Néanmoins il est admis qu'une certaine image relativement correcte des vulnérabilités de la personne se forge. Il va de soi que l'identification garde ses limites du fait qu'il n'est pas évident de discuter de certaines vulnérabilités avec les résidents et que certains facteurs ne se remarquent pas d'emblée (par exemple, l'orientation sexuelle ou les mutilations génitales féminines). Pour les collaborateurs de terrain interrogés, le principal n'est pas l'identification, mais bien le fait de pouvoir offrir une prise en charge adaptée. C'est cette dernière qui représente le véritable défi.

2.4. Prise en charge

L'identification de la vulnérabilité et des besoins spécifiques a finalement comme objectif d'offrir aux personnes un accompagnement adapté et une place d'accueil appropriée. Dans cette partie, nous aborderons la manière dont le réseau d'accueil essaie de prodiguer le soutien nécessaire. Nous ne prenons pas ici en considération l'OE : bien que l'OE réalise un travail préparatoire dans l'identification de la vulnérabilité, la responsabilité en matière d'accueil et de soutien incombe en effet à Fedasil et à ses partenaires de l'accueil. Le trajet d'accueil en tant que tel commence

au Dispatching qui désigne les bénéficiaires à une première place d'accueil. Les Régions agissent ensuite en tant qu'intermédiaires lors des transferts. L'accueil et l'accompagnement proprement dits sont prévus d'une part par les centres d'accueil collectifs, les ILA et les ONG et d'autre part, par de multiples acteurs externes.

Désignation: matching sur base de labels

Comme exposé précédemment, deux acteurs principaux au sein du réseau d'accueil ont la compétence de désigner les demandeurs à une place d'accueil. Le Dispatching organise la première désignation ; les Régions interviennent lors des différents transferts pendant le trajet d'accueil.

Service Dispatching de Fedasil

Lors de la désignation à une place d'accueil, le Dispatching se base sur l'identification de la vulnérabilité par l'OE et sur ses propres collaborateurs afin de rechercher la place la mieux adaptée. La désignation a ensuite lieu sur base de la situation familiale, de la connaissance d'une des langues nationales et du réseau familial en Belgique. Comme déjà mentionné, Fedasil a investi dans le système de gestion Match-IT qui doit notamment permettre une meilleure harmonisation entre besoins individuels et place adaptée. Le « labelling » des besoins d'une personne est réalisé par la cellule médicale du Dispatching. Au niveau des structures d'accueil, des labels ont également été mis en place. Dans le cas des places d'accueil, une distinction générale est faite entre les places pour groupes cibles génériques et spécifiques. Les places pour groupes cibles sont des places qui répondent à une combinaison de différents labels qui indiquent une vulnérabilité et qui sont en principe prévus pour des personnes appartenant à un groupe cible spécifique. Il s'agit des places des groupes cibles médicaux et des femmes vulnérables. De plus, toutes les places génériques sont également labélisées en fonction de l'infrastructure et des services disponibles dans la structure d'accueil. Il existe une importante variété entre les places génériques. Ce qui différencie une place d'une autre peut par exemple porter sur la présence d'un hôpital psychiatrique dans la région du centre d'accueil, la présence d'installations sanitaires individuelles, un accès aux chaises roulantes, etc.

Afin d'octroyer la place la mieux adaptée, le Dispatching se base sur le label groupes cibles, les labels spécifiques et les informations complémentaires obtenues auprès des contacts personnels. Dans les dossiers médicaux très complexes, la cellule médicale du Dispatching propose parfois elle-même une place d'accueil spécifique. Dans le cas contraire, une recherche a lieu parmi les places génériques disponibles. Le Dispatching désigne presque exclusivement les personnes à des centres d'accueil collectifs. Une désignation directe à une place d'accueil individuelle a uniquement lieu dans des cas très exceptionnels (par exemple une réunification familiale avec un mineur non accompagné). Lorsque le Dispatching veut procéder à une désignation directe à une ILA, il est fait appel aux Régions de Fedasil. Elles examinent à nouveau la demande et, en cas d'accord, elles prennent contact avec l'ILA. En cas de doute, la préférence va toujours à l'accueil collectif. L'accueil collectif est prioritaire. L'argument à l'origine de ce principe est qu'un centre d'accueil collectif permet de suivre une personne de manière plus intensive pendant la phase d'arrivée. Si la place d'accueil devait malgré tout s'avérer inadaptée, un transfert pourrait alors être demandé. Outre l'utilisation de Match-IT, nous avons constaté que lors de la désignation d'une personne vulnérable, un contact téléphonique est également presque toujours pris avec la structure d'accueil. D'après les collaborateurs de terrain interrogés, l'information disponible dans Match-It n'est pas à jour ou est trop vague que pour s'y référer⁶¹. Pour les signes de vulnérabilité qui sont plus complexes à objectiver en labels (tel que LGBTI),

⁶¹ Avant 2013, les chambres dans le réseau d'accueil fédéral n'étaient pas labélisées et les collaborateurs du Dispatching devaient procéder à des annulations individuelles en cas de présence de personnes avec un profil médical. Depuis 2013, le labelling des places médicales a été lancé. Au départ, un aperçu des places médicales était transmis manuellement tous les jours ; avec le lancement de Match-It, ces informations ont ensuite été mises à disposition via le

il n'est de toute façon pas possible de travailler avec un matching entre labels de personne et de place, et dans ce cas, les collaborateurs se basent sur leurs propres connaissances du réseau d'accueil. Certains centres sont par exemple connus pour leur expérience avec l'accueil de personnes avec des vulnérabilités spécifiques ou parce qu'ils disposent en interne de places d'accueil offrant davantage d'intimité ou de calme. Le Dispatching essaie également de tenir compte d'une répartition des personnes avec des besoins spécifiques et essaiera par exemple de répartir les personnes avec des besoins psychologiques.

Toutes les personnes qui arrivent au Dispatching ne sont pas désignées à une place d'accueil. Certaines personnes sont en effet accueillies dans leur famille, chez des amis ou des connaissances (appelées « no show ») et n'ont par conséquent pas besoin d'une place d'accueil fournie par Fedasil. Dans le cas d'une DPI ultérieure, Fedasil peut décider, sur base de la loi accueil, de limiter l'accueil uniquement à l'aide médicale. Ceci est possible pendant la période qui s'écoule entre l'introduction de la DPI et la décision du CGRA sur la recevabilité des nouveaux éléments. Souvent, une vulnérabilité chez ce groupe de demandeurs est néanmoins détectée. Dans certaines situations exceptionnelles, la décision peut être prise d'attribuer tout de même une place sur base de besoins spécifiques. Il s'agit en particulier de problèmes médicaux.

Région Nord et Région Sud de Fedasil

Pendant le trajet d'accueil, les Régions sont responsables des nouvelles désignations dans le cadre de transferts. En ce qui concerne les transferts spécifiques ayant trait à la vulnérabilité, il a toutefois été proposé que les Régions n'autorisent plus de transferts en raison de la longueur du séjour. Suite à un moratoire sur les transferts pour une place adaptée, les Régions peuvent en principe à nouveau effectuer des transferts depuis mai 2018. Lors de l'évaluation d'une demande de transfert, les Régions ne regardent pas seulement si une personne répond à certains critères. Il est aussi examiné si les centres d'accueil ont fourni suffisamment d'efforts pour pouvoir répondre aux besoins spécifiques et si un transfert pourrait réellement conduire à une amélioration de la situation du bénéficiaire. Comme abordé plus loin dans ce rapport, le réseau d'accueil dispose d'un nombre limité de places médicales adaptées. La sélection des transferts doit donc être relativement stricte étant donné que, pour reprendre les mots d'un collaborateur régional, seule la « partie émergée de l'iceberg » peut être transférée. Les structures d'accueil sont encouragées à mener une politique préventive et à examiner d'abord toutes les possibilités, y compris le recours à l'aide externe. Dans le contexte de problèmes psychologiques par exemple, les structures d'accueil doivent agir sur base de la philosophie d'une pyramide de prévention. Cela signifie qu'elles doivent rendre l'accueil et la cohabitation les plus agréables possibles, mettre en place des activités de renforcement ciblées pour les groupes cibles spécifiques et faire appel à des organisations spécialisées pour éviter les demandes de transfert. Pour pouvoir entrer en considération pour un transfert pour des raisons de problèmes psychologiques, un diagnostic doit en outre être établi par un psychologue. En l'absence d'éléments factuels suffisants ou d'une attestation, les Régions ne peuvent pas procéder à un transfert et selon les acteurs concernés par la désignation, il ne reste parfois plus d'autre option que de « laisser une situation s'aggraver ».

Après une évaluation positive d'une demande de transfert pour une place adaptée, les Régions doivent chercher la place qui répond mieux aux besoins des bénéficiaires de l'accueil. Dans ce cas, selon les Régions, le principe consiste à éviter autant que possible d'envoyer les personnes pendant leur procédure à des places d'accueil individuelles. Il est d'abord toujours examiné si un transfert entre centres d'accueil collectifs est possible. Si une place générique collective ne suffit pas, la première option consiste alors à désigner à l'une des 90 places collectives spécifiques dans

les centres d'accueil fédéraux (voir ci-après). C'est seulement lorsqu'aucune place adaptée n'est trouvée dans l'accueil collectif que des options d'accueil individuel sont envisagées. La préférence des Régions va alors d'abord aux places prévues structurellement (SOI Gand, Ciré, Caritas International). La raison est que ces dernières, indépendamment de leur taux d'occupation, sont financées par Fedasil⁶². C'est seulement lorsque ces places spécifiques sont complètes ou qu'elles n'offrent pas de solution pour un accueil adapté qu'une orientation a lieu vers les ILA (qui peuvent exceptionnellement bénéficier d'un budget majoré dit « lié à la personne »)⁶³. Pour chacune de ces places individuelles, des procédures de désignation distinctes sont d'application. Elles sont abordées en détail ci-dessous.

Les Régions doivent tenir compte de nombreux facteurs lors de la désignation d'une nouvelle place, comme la proximité du centre initial ou une région de préférence. Bien que, dans la plupart des cas, il est tenté de reloger les personnes dans la même région, la demande peut être faite de changer de région lors d'un transfert-transition. Dans ce cas, la Région où la personne séjourne provisoirement examine la demande de transfert mais la recherche d'une place adaptée sera entreprise par l'autre Région..

Accueil: un accompagnement adapté

Nous nous attardons ici sur les différents acteurs qui assurent un accueil. Après le pré-accueil, le Dispatching désigne normalement les demandeurs à un centre d'accueil collectif. Après l'obtention d'un statut de séjour, un transfert vers une ILA a ensuite lieu pour une courte période de transition. Pendant le séjour dans un centre d'accueil collectif, une demande de transfert vers une place adaptée peut être introduite et ensuite, il est éventuellement fait appel à l'un des partenaires de l'accueil individuel. Si nous comparons le fonctionnement des différentes structures d'accueil entre elles, celui-ci varie à cinq points de vue, à savoir en ce qui concerne (1) les installations générales de l'accueil, (2) la présence de places spécifiques pour les personnes vulnérables, (3) l'accompagnement spécifique, (4) le recours à des acteurs externes et (5) l'introduction de demandes de transfert afin d'adapter l'accompagnement aux besoins spécifiques des résidents.

Pré-accueil

Auparavant, la désignation à une place d'accueil avait lieu le même jour que l'introduction d'une DPI. Compte tenu du contexte de l'accueil de 2015, un phasage a été introduit, la désignation à la première place d'accueil durant ainsi jusqu'à trois semaines après l'enregistrement. En attendant, la plupart des personnes qui souhaitent introduire une DPI pour la première fois séjournent dans le pré-accueil⁶⁴. Le processus consistant à réaliser, enregistrer et introduire une DPI en seulement un jour a lieu uniquement pour les personnes jugées par l'OE comme « très vulnérables », de façon à être immédiatement désignées à une structure d'accueil. Les personnes introduisant une

⁶² Il y a une différence dans la compensation financière pour les places groupe cible vacants chez SOI et Ciré / Caritas International. Pour le SOI, l'intervention pour vacance consiste en un maximum de 40% du taux majoré de 69,14 euros par jour pour le remboursement des coûts fixes de l'installation de la place d'accueil. Pour Ciré / Caritas International, le taux groupe cible est payé quelle que soit l'occupation. Si le taux d'occupation de Ciré tombe en dessous de 94% sur une base annuelle, un mécanisme de correction sera activé, qui permettra de réduire la compensation financière pour les places inoccupées d'un montant de 21,20 euros par place vacante.

⁶³ Pour une place spécifique prévue structurellement, l'Agence paie un tarif majoré indépendamment de l'occupation. Les ILA qui offrent des places génériques pour les groupes cibles spécifiques n'obtiennent un tarif majoré que lorsque la place est réellement occupée par une personne appartenant à un groupe cible spécifique. Dès que cette personne quitte la place d'accueil, l'ILA revient à la provision générique en cas d'(in)occupation. L'Agence donne une préférence aux places d'accueil structurelles car elles sont de toute façon financées. Elle recourt aux places ILA avec un tarif personnalisé uniquement en cas de nécessité.

⁶⁴ En principe, les personnes avec une demande ultérieure (qui ont en leur possession une fiche de convocation de couleur jaune) n'ont pas droit à l'accueil jusqu'à ce que le CGRA ne l'autorise, mais le Dispatching et l'OE peuvent demander une exception (c'est uniquement à ce moment-là que l'accueil est octroyé). Il est également possible, si l'un des enfants n'a pas encore demandé l'asile mais que bien les autres membres de la famille, que toute la famille soit accueillie, ou qu'une exception soit faite en raison d'une vulnérabilité.

première demande peuvent séjourner dans le centre Béjar du Samusocial. Ceci n'est toutefois pas une obligation et les personnes peuvent également choisir d'être hébergées chez des personnes privées.

Les installations du centre Béjar sont rudimentaires. C'est une structure d'accueil collective. Les chambres sont des « chambrettes », d'une capacité modulable entre 4 et 8 places, au sein d'un hangar ouvert. En plus d'un espace restauration, certains équipements collectifs sont installés dans le hangar, comme une blanchisserie, un espace pour les enfants, un vestiaire et une salle de sport. Le centre ne propose pas d'accompagnement social et se limite à offrir « le gîte et le couvert ». En raison du caractère temporaire du séjour, le choix a délibérément été fait de ne pas commencer d'accompagnement social. Il y a toutefois un suivi médical par le personnel infirmier, avec l'aide d'un médecin présent une fois par semaine. Le centre ne dispose pas de places spécifiques adaptées pour les personnes vulnérables. C'est pourquoi les personnes « très vulnérables » sont immédiatement envoyées vers une autre structure d'accueil, collective ou individuelle. Pour les personnes catégorisées par l'OE comme « vulnérables », la règle dans le pré-accueil consiste à ne jamais les héberger seules dans une chambrette afin de pouvoir les suivre du mieux possible. Bien que toutes les places soient génériques, les chambres sont subdivisées selon le type de famille (femmes seules, familles et hommes seuls). Il n'y a pas de délimitation spatiale stricte (hormis pour les sanitaires) mais, dans la mesure du possible, les femmes et les familles sont accueillies séparément. L'accompagnement social n'est pas prévu dans le pré-accueil. Néanmoins, le service médical assume un rôle d'accompagnement psychosocial. Les personnes considérées comme « vulnérables » par l'OE peuvent être examinées en priorité par le service médical du pré-accueil. Selon les collaborateurs, de nombreuses personnes se confient au personnel médical pour raconter une première fois leurs problèmes, sans tenir compte de ce qu'il en adviendra. Bien que le lieu et la situation ne se prêtent pas à la création d'un lien de confiance, les collaborateurs obtiennent des informations utiles, permettant ainsi de commencer une anamnèse médicale. Au moyen d'un formulaire standard, les informations obtenues sont communiquées au résident dans une enveloppe fermée, qui peut ensuite être transmise au centre d'accueil suivant. Les informations utiles pour la désignation à une place d'accueil sont également transmises à la cellule médicale du Dispatching. Parfois, la structure d'accueil à laquelle une personne est désignée est également contactée par le service médical du Samusocial. La collaboration du pré-accueil avec les organisations externes est limitée. Occasionnellement, il est fait appel à des services médicaux externes (comme des hôpitaux). De plus, il y a une permanence hebdomadaire d'avocats qui fournissent des informations juridiques sur la procédure de demande de protection. Le pré-accueil ne se fixe pas l'objectif d'orienter les personnes vers des organisations spécialisées, à moins qu'il y ait un besoin urgent. Le Samusocial voit plutôt son rôle d'accueil comme le fait d'offrir un moment de calme avant la procédure et l'accueil en tant que tels, et souhaite donner les informations nécessaires sur la procédure de demande de protection internationale. Vu le délai relativement court du séjour dans le pré-accueil, l'objectif n'est pas non plus de demander des transferts vers une place d'accueil mieux adaptée. Lorsqu'une personne, en raison de sa vulnérabilité, a des difficultés à être accueillie dans le pré-accueil, le Samusocial peut introduire une demande auprès de l'OE afin de passer plus rapidement à l'introduction de la DPI. De cette manière, la durée de séjour des personnes vulnérables dans le pré-accueil est limitée au minimum.

Centres d'accueil collectifs

Après le pré-accueil, la majorité des bénéficiaires sont désignés à un centre d'accueil collectif. La loi accueil prévoit que les centres d'accueil collectifs pourvoient aux besoins matériels de chaque résident et que l'accès à un accompagnement médical, psychologique et social soit toujours garanti. En principe, l'accompagnement réalisé par les centres collectifs est générique, c'est-à-dire que les résidents y reçoivent le même accompagnement. Tous les demandeurs ont droit à un standard d'accueil de qualité équivalent pendant leur procédure.

Les équipements au sein du centre d'accueil comportent notamment un espace pour dormir, des installations sanitaires, des repas et un accompagnement médico-social. Selon les collaborateurs de terrain interrogés, le suivi et l'accompagnement des résidents se construisent sur base de la confiance, dans un environnement calme et sûr. Une des difficultés de l'accueil dans des centres collectifs est le manque de clarté sur la perspective de séjour et l'incertitude relative à la durée de l'accueil qui en découle. Les collaborateurs de terrain ne savent pas à l'avance combien de temps un bénéficiaire sera accueilli dans le centre, ce qui complique l'élaboration d'un plan d'accompagnement clair.

« SI NOUS DÉTECTONS QUELQUE CHOSE, AVANT MÊME D'Y DONNER SUITE, LA PERSONNE EST DÉJÀ PARTIE OU A ÉTÉ TRANSFÉRÉE OU A REÇU UNE DÉCISION [...] »

Parmi les collaborateurs de terrain interrogés, des doutes existent également par rapport à la qualité actuelle des centres d'accueil. Les inquiétudes portent surtout sur la mesure avec laquelle le caractère collectif de l'accompagnement pose problème pour répondre efficacement aux besoins de base des résidents. Le manque d'intimité et d'autonomie sont en particulier relevés comme des facteurs de risque qui peuvent rendre des personnes vulnérables. L'accompagnement dans un centre collectif ne serait pas prévu pour un séjour de plus de quatre à six mois. D'après les collaborateurs de terrain, cela peut entraîner des « dommages » dans l'accueil de certains demandeurs.

« L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE LA PLACE D'ACCUEIL VA RÉDUIRE LE BESOIN DE PLACES ADAPTÉES. MOINS DE STRESS ET D'AGRESSIVITÉ, CAR C'EST À CAUSE DE CELA, À CAUSE DE TOUTE CETTE FRUSTRATION, QUE DU STRESS APPARAÎT, CE QUI DÉCLENCHE L'ABUS D'ALCOOL, DE MARIJUANA, ET C'EST AINSI QUE DES AGRESSIONS FINISSENT PAR SE DÉCLENCHER. »

« OUI, TOUT LE MONDE A DROIT À UNE EXISTENCE DIGNE, CE À QUOI ON RÉPOND PAR LE « BED, BAD, BROOD ». C'EST LA DÉFINITION SELON FEDASIL. ÇA PART DE L'IDÉE 'TU RESTES LÀ, TU REÇOIS LE « BED, BAD, BROOD », TU ATTENDS PATIEMMENT LE TEMPS QU'IL FAUT ET ENSUITE, TU ES RELÂCHÉ DANS LA SOCIÉTÉ'. ET JE PENSE QUE SI CE MODÈLE EST POURSUIVI, DANS 30 ANS, NOUS VERRONS À NOUVEAU DES GHETTOS SE FORMER DANS LES GRANDES VILLES, QUI AURONT UNE MAUVAISE RÉPUTATION, ET JE TROUVE CELA TRÈS DOMMAGE. »

Les conditions d'accueil au sein des centres d'accueil provoqueraient des réactions en chaîne négatives selon les collaborateurs de terrain. Pour les familles avec enfants, il manque par exemple suffisamment d'intimité, ce qui peut perturber les relations parents-enfants. Certains centres sont très éloignés, ce qui isole les personnes qui y sont accueillies. Un autre exemple souvent relevé est la régression de la santé comme conséquence de repas inadaptés. Les résidents ne peuvent généralement pas cuisiner dans les centres collectifs et ils sont donc dépendants des repas proposés. S'ils mangent moins pour des raisons d'horaire ou de goût, ceci peut avoir un effet négatif sur leur santé. Un autre exemple récurrent est le sommeil perturbé durant la nuit.

« NOUS AVONS AUSSI BEAUCOUP DE CONSULTATIONS LIÉES À DES PROBLÈMES D'ESTOMAC, AU FAIT DE CUISINER SOI-MÊME, PARCE QUE LES ENFANTS NE MANGENT PAS OU NE MANGENT PAS BIEN. OUI, SI VOS

ENFANTS NE MANGENT PAS BIEN, CELA CONSTITUE DÉJÀ UN ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR DANS LA FAMILLE. ILS N'ONT PAS NON PLUS D'APPORTS EN VITAMINES CAR ILS NE MANGENT PAS DE LÉGUMES. 'JE N'AIME PAS CES LÉGUMES DONC DONNEZ-MOI DES VITAMINES.' OUI, JE NE SUIS PAS VRAIMENT SÛR DE ÇA. LA NOURRITURE N'EST PAS NON PLUS FAITE POUR LES ENFANTS. PARFOIS, IL Y A DES GENS QUI NE SAVENT VRAIMENT PLUS MANGER CERTAINS ALIMENTS, ET QUI ALORS, AVEC LE PEU D'ARGENT QU'ILS ONT, PARFOIS ILS ONT DE L'ARGENT, ACHÈTENT AUTRE CHOSE À MANGER, MAIS ALORS C'EST FROID CAR ILS NE PEUVENT CUISINER CHEZ NOUS QU'UNE FOIS PAR SEMAINE. IL Y A AUSSI DES GENS QUI DISENT 'NOUS NE MANGEONS PRESQUE PAS', QUI ONT PRESQUE PERDU VINGT KILOS. DONC NOUS LES PESONS AU MOMENT DE L'INTAKE ET NOUS POUVONS NOUS-MÊME FAIRE LE CONSTAT. CERTAINS PERDENT EFFECTIVEMENT DU POIDS, PARFOIS CE N'EST PAS NON PLUS TRÈS GRAVE MAIS CHEZ CERTAINS CELA POSE TOUTEFOIS PROBLÈME. »

« CELUI-LÀ PEUT RESTER DANS UNE CHAMBRE AVEC D'AUTRES PERSONNES ALORS QUE CES PERSONNES ONT PEUR DE LUI. IL AVAIT PAR EXEMPLE UNE MITRAILLEUSE EN PLASTIQUE QUI FAISAIT ÉNORMÉMENT DE BRUIT. EN PLEINE NUIT, IL A COMMENCÉ À JOUER AVEC, SUITE À QUOI LA FEMME QUI DORMAIT AUSSI DANS LA CHAMBRE A COMPLÈTEMENT PANIQUÉ. TOUS LES TRAUMATISMES REMONTENT À LA SURFACE. CE GENRE DE CHOSES NE DEVRAIT PAS POUVOIR ARRIVER. »

Bien que les centres d'accueil collectifs fournissent en principe un accompagnement générique, des mesures adaptées sont également prises. Ces adaptations peuvent aussi bien s'appliquer à la place d'accueil même (par exemple une chambre séparée) qu'à l'accompagnement (par exemple un suivi médical intensif). L'individualisation de l'accompagnement dans le contexte d'une structure générique et collective est toutefois considérée comme un important défi par les collaborateurs de terrain interrogés. Cela exige en effet davantage de temps et une infrastructure flexible.

« JE PENSE QUE LE PROBLÈME DANS LES CENTRES EST QUE NOUS DEVONS GÉRER UN PEU TOUTES LES SITUATIONS. »

« NOUS AVONS MOINS DE TEMPS POUR APPROFONDIR LE SUIVI DES PERSONNES QUI SERAIENT VULNÉRABLES [...] »

« [...] QUAND J'ENTENDS LE NOMBRE DE DOSSIERS, JE ME DIS QUE NOUS NE POUVONS PAS OFFRIR UN ACCUEIL DE QUALITÉ ET PRENDRE LE TEMPS DE DISCUTER DE LEUR PROJET AVEC LES PERSONNES CONCERNÉES. NOUS N'OBTENONS PAS LES MOYENS DE BIEN FAIRE LES CHOSES. NOUS SOMMES LIMITÉS AU NIVEAU DU NOMBRE DE PERSONNES, NOUS SOMMES EN SITUATION D'URGENCE ET DONC NOUS FAISONS L'IMPASSE SUR LA VULNÉRABILITÉ. MÊME SI NOUS SOMMES CONSCIENTS DES VULNÉRABILITÉS, NOUS DEVONS PROCÉDER À DES SÉLECTIONS ET NOUS NE DEVRIONS PAS EN ARRIVER LÀ. »

Sur le terrain, une place d'accueil adaptée est définie comme une place qui répond aux besoins spécifiques d'un résident. Conformément à la définition de la vulnérabilité au sens large, les collaborateurs de terrain interrogés reconnaissent de nombreux besoins différents, pas seulement médicaux. Les besoins varieraient également d'une

personne à l'autre et, par conséquent, une place adaptée devrait toujours être calquée sur la situation individuelle d'une personne.

« UNE PLACE QUI RÉPOND AUX BESOINS DU RÉSIDENT. CE DONT LES RÉSIDENTS ONT BESOIN, POUR DES RAISONS MÉDICALES, PSYCHOLOGIQUES OU AUTRES, C'EST DE SE REPOSER. JE PENSE CELA AUSSI PAR EXEMPLE. C'EST ÇA L'ACCUEIL SUR MESURE. ET CETTE MESURE VARIE BIEN SÛR UN PEU POUR CHACUN. »

Au sein des centres d'accueil fédéraux, certaines places groupes cibles spécifiques ont été déterminées. Pour les adultes, il s'agit actuellement de 90 places d'accueil médicales⁶⁵. Chaque centre d'accueil fédéral doit, sur base de sa capacité totale, répondre à un certain quota, mais peut, pour une capacité supplémentaire de 5 places, recevoir un renfort médical à mi-temps. Les places spécifiques se trouvent dans des chambres qui disposent par exemple d'un lit d'hôpital, qui offrent davantage d'intimité, qui disposent de leur propre installation sanitaire ou qui sont adaptées aux personnes à mobilité réduite. Les résidents malades ou les femmes dont la grossesse est bien avancée peuvent entre autres se retrouver dans ces chambres, éventuellement avec les membres de leur famille qui les accompagnent⁶⁶. Si la capacité des places groupes cibles est saturée, le Dispatching tentera de trouver, au moment de la désignation, une place générique qui correspond au mieux aux besoins constatés ou essaiera de procéder à une orientation vers l'accueil individuel.

« AU DISPATCHING, LES FEMMES ENCEINTES DE SIX OU SEPT MOIS SONT DIRECTEMENT DÉSIGNÉES À UNE CHAMBRE DE DEUX, DE SORTE QU'ELLES NE SE RETROUVENT PAS DANS UNE CHAMBRE POUR FEMME SEULE ET QU'ENSUITE PEUT-ÊTRE, S'IL Y A DE LA PLACE, ELLES PUISSENT ÊTRE TRANSFÉRÉES. OUI, CES PERSONNES DOIVENT POUR AINSI DIRE POUVOIR VIVRE LEUR GROSSESSE EN TOUTE TRANQUILLITÉ. ET PEUT-ÊTRE AUSSI AVOIR DU PERSONNEL QUI PUISSE UN PEU LES ACCOMPAGNER AVANT ET APRÈS L'ACCOUCHEMENT. EN CAS DE QUESTIONS, SUR LA MANIÈRE DONT ÇA FONCTIONNE, CE N'EST ÉVIDEMMENT PAS LA MÊME CHOSE QUE DANS LEUR PAYS D'ORIGINE, ELLES ONT BEAUCOUP DE CRAINTES. IL FAUT ÉGALEMENT METTRE DU MATÉRIEL À DISPOSITION DES FEMMES VENANT D'ACCOUCHER. QU'ELLES PUISSENT AU MOINS AVOIR AVEC UN LANDAU. »

Les collaborateurs des centres d'accueil collectifs n'ont aucune influence sur la désignation réalisée par le Dispatching. Selon eux, il arrive parfois que, dès le départ, la désignation ne soit pas adaptée aux besoins du bénéficiaire.

« IL Y A DES CHOSES ÉVIDENTES POUR NOUS MAIS VISIBLEMENT, IL NE S'AGIT PAS DES MÊMES ÉVIDENCES POUR LE DISPATCHING ET FEDASIL. DONC SELON MOI IL Y A CERTAINES PERSONNES QUE JE N'AURAIS JAMAIS

⁶⁵ Début 2013, Fedasil a commencé à octroyer un label médical à certaines places d'accueil. En pratique, il existait déjà auparavant des chambres pour personnes malades dans différents centres, mais il manquait une liste centralisée avec toutes les possibilités d'infrastructure et d'accompagnement de chaque chambre. L'absence d'un inventaire a entraîné des défis pratiques pour trouver la place la mieux adaptée à un demandeur lors des désignations réalisées par le Dispatching. En travaillant avec des labels, Fedasil vise à améliorer la désignation initiale et ainsi limiter indirectement un besoin ultérieur de transferts pendant le trajet d'accueil. D'autres opérateurs de l'accueil collectif ont leur propre système de contrôle des places médicales. En pratique, le nombre de places médicales collectives est donc supérieur à 90 places. Le nombre de places médicales au sein des centres fédéraux n'a pas été non plus constant et a progressivement augmenté depuis 2013. Néanmoins, la demande de places médicales collectives reste supérieure à l'offre. Par conséquent, certaines personnes avec un label groupe cible se retrouvent dans une place inappropriée.

⁶⁶ En principe, seule une personne avec un label médical est désignée à une chambre médicale. La famille qui accompagne peut éventuellement être accueillie dans la même chambre. Ceci signifie que tous les lits dans une chambre médicale ne seront pas occupés uniquement par des personnes avec un label groupe cible médical.

PLACÉES DANS TELLE OU TELLE CHAMBRE PARCE QU'ELLE NE SEMBLE PAS ADAPTÉE À DES PERSONNES AYANT DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES, NE SUPPORTANT AUCUN BRUIT. ET POURTANT, IL ARRIVE QU'ELLES SE RETROUVENT DANS UNE 'CHAMBRETTE' DE 12. IL PEUT EFFECTIVEMENT S'AGIR D'UNE FEMME SEULE AVEC DES ENFANTS AYANT PAR EXEMPLE BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT TRÈS RÉGULIER, D'ANALPHABÈTES AYANT BESOIN D'UN ACCOMPAGNEMENT DE BASE DÈS LEUR ARRIVÉE, OU DE MINEURS. »

« CE QUI RÉPOND LE MIEUX AUX BESOINS DES PERSONNES. JE PENSE À QUELQU'UN QUI PARLE PAR EXEMPLE FRANÇAIS OU NÉERLANDAIS ET QUI EST DÉSIGNÉ À UN CENTRE QUI NE CORRESPOND PAS À LA LANGUE QU'IL PARLE. OU À UNE PERSONNE OU DES ENFANTS AYANT SUIVI UN ENSEIGNEMENT PENDANT 2 ANS, QUI INTRODUISENT UNE DEUXIÈME DEMANDE, ET QUI SONT DÉSIGNÉES CHEZ NOUS ALORS QUE LES ENFANTS PARLENT PARFAITEMENT L'AUTRE LANGUE NATIONALE. JE ME DIS ALORS QU'IL Y A EU UN PROBLÈME. L'ACCUEIL N'EST SELON MOI PAS ADAPTÉ. ET ILS ONT DEMANDÉ UN TRANSFERT QUI N'A PAS ÉTÉ ACCEPTÉ [...] »

« JE PENSE QU'IL MANQUE UN CENTRE OU DES PLACES ADAPTÉES DANS LES CENTRES POUR LES 18-25 ANS. C'EST QUELQUE CHOSE QUI DEVRAIT EXISTER CAR IL Y EFFECTIVEMENT DES JEUNES QUI ONT 17 ANS OU 18 ANS ET 2 MOIS ET QUI ONT L'AIR D'EN AVOIR 30, QUI SONT HYPER AUTONOMES [...], MAIS IL Y EN A D'AUTRES QUI ONT 20 ANS ET QUI DONNENT L'IMPRESSIION D'EN AVOIR SEULEMENT 15. 18 ANS NE VEUT EN FAIT RIEN DIRE. NOUS AVONS 2 FRÈRES CHEZ NOUS, L'UN A 18 ANS ET L'AUTRE 16, POURTANT NOUS NE POUVONS VRAIMENT PAS DIRE LEQUEL EST MAJEUR ET LEQUEL EST MINEUR. »

Souvent, il s'agit de personnes n'ayant aucun problème médical mais pour lesquelles une chambre générique dans le centre d'accueil est considérée comme inadaptée. Par leur gestion interne des places, certains centres d'accueil collectifs essaient de créer eux-mêmes des places spécifiques qui devraient mieux correspondre aux besoins des résidents. Étant donné que le labelling des places est surtout axé sur les besoins médicaux, ces adaptations n'ont pas lieu via Match-It. Certaines situations sont individuelles, comme par exemple anticiper une grossesse ou de jeunes adultes qui bénéficient d'un lit à proximité des mineurs pour stimuler le contact social.

« POUR LES PARENTS SEULS AVEC DES ENFANTS, DISONS QU'IL Y A DES SOLUTIONS INTERNES, AU CAS PAR CAS. PAR EXEMPLE, NOUS AVONS DÛ TROUVER UNE SOLUTION EN INTERNE POUR UNE FEMME ENCEINTE AVEC 2 PETITES FILLES ET QUI ATTEND LA VENUE DE SON TROISIÈME ENFANT. NOUS AVONS DEMANDÉ À UNE AUTRE FAMILLE DE SURVEILLER LES ENFANTS PENDANT QUE LA MÈRE ÉTAIT HOSPITALISÉE ; OU BIEN NOUS DEMANDONS PENDANT LA RÉUNION D'ÉQUIPE À TOUT LE MONDE DE SURVEILLER LES FILLES. NOUS NOUS ADAPTONS DONC À LA SITUATION QUI SE PRÉSENTE. »

D'autres sont d'ordre structurel. Certains centres d'accueil ont des dortoirs qui sont par moments turbulents. Les résidents ayant besoin de sommeil ou qui sont psychologiquement irritables peuvent alors être accueillis dans des chambrettes de repos ou de détente. De la même manière, certains centres disposent de chambres pour personnes qui ronflent.

« C'EST UNE 'CHAMBRETTE' [...] DANS LAQUELLE 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 PERSONNES S'Y TROUVENT. [...] C'EST UNE 'CHAMBRETTE' SEMBLABLE À UNE AUTRE, QUI N'A PAS L'AIR DIFFÉRENTE MAIS NOUS SOMMES AU COURANT QUE LES GENS QUI Y VIENNENT ONT VRAIMENT BESOIN DE REPOS, ET ON Y TROUVE TOUS LES GENS CALMES QUI EN ONT BESOIN, REGROUPÉS ENSEMBLE. »

Les places qui tiennent explicitement compte du genre et de la préférence sexuelle sont un autre exemple. Étant donné que la population de résidents est essentiellement masculine, les femmes se trouvent dans une situation de minorité, ce qui peut conduire à des inégalités de pouvoir dans les centres. C'est pourquoi dans les centres d'accueil d'Arendonk et de Saint-Trond, une aile séparée pour les femmes a été créée. En plus des dortoirs et installations sanitaires distincts, les parties semi-publiques de ces ailes (par exemple les couloirs) ne sont pas accessibles aux hommes. Les personnes appartenant à des minorités sexuelles, susceptibles de rencontrer des problèmes dans la structure d'accueil (par exemple de la violence homophobe) sont accueillies, dans la mesure du possible, dans une chambre individuelle.

Les centres d'accueil collectifs peuvent également adapter leur accompagnement aux personnes vulnérables en prévoyant un accompagnement adapté. Le point de départ est que l'accueil soit ajusté sur mesure pour le résident. Bien qu'il existe des trajets d'accompagnement standards, les personnes vulnérables ont besoin d'une part, selon les collaborateurs de terrain, de « plus » d'accompagnement. Elles demandent par exemple qu'un travailleur social les accompagne en cas de déplacement et leur explique oralement les informations écrites. D'autre part, il semble parfois nécessaire de prévoir un « autre » accompagnement, comme davantage d'entretiens confidentiels, ou des soins infirmiers réguliers. Les collaborateurs de terrain insistent sur le fait qu'un accompagnement adapté est préventif ; il permet d'anticiper les problèmes et prépare les résidents à la vie après l'accueil.

« ON NE PEUT PAS IMPOSER ÇA À L'AVANCE [...]. EN EFFET, ON DOIT AVOIR UNE FEUILLE DE ROUTE, MAIS C'EST INDÉPENDAMMENT DE LA SITUATION, IL FAUT PROCÉDER À DES AJUSTEMENTS, VOIR SI C'EST OK, CE QU'ON A DANS NOTRE ARSENAL ET QUELLES PERSONNES SONT PEUT-ÊTRE PLUS ADÉQUATES POUR TELLES AUTRES PERSONNES, OU SI LE CONTACT EST PEUT-ÊTRE PLUS FACILE AVEC TEL OU TEL ASSISTANT. »

« COMME VOUS DITES, ILS SONT EN FAIT TOUS VULNÉRABLES, MAIS POUR CEUX QUE NOUS ESTIMONS 'VRAIMENT VULNÉRABLES', NOUS ALLONS ENTREPRENDRE PLUS DE CHOSSES QUE POUR LES AUTRES. PAR EXEMPLE, NOUS ALLONS PEUT-ÊTRE NOUS DIRE POUR LES GENS VULNÉRABLES QUI NE SONT PAS CAPABLES DE PRENDRE CONTACT AVEC UN AVOCAT ET QUI DOIVENT LUI ENVOYER UN MAIL 'OK, NOUS ALLONS AIDER CETTE PERSONNE À LE RÉDIGER', ALORS QUE NOUS NE FERIONS PAS ÇA POUR D'AUTRES PERSONNES. »

« PAS UNIQUEMENT TOUT DE SUITE MAIS AUSSI POUR AVOIR UNE PERSPECTIVE DE CE QU'IL FAUT FAIRE AFIN QUE CELA NE RESTE PAS SEULEMENT DANS LE CENTRE MAIS QUE CELA SOIT ÉGALEMENT POURSUIVI AU-DELÀ. PENSER ÉGALEMENT SUR LE LONG TERME ET À LA MANIÈRE DE VÉRITABLEMENT SOUTENIR LA PERSONNE SUR LE LONG TERME. ET CECI MANQUE D'APRÈS MOI. NOUS FAISONS PEUT-ÊTRE UN GESTE EN PLUS POUR CE QUI EST IMMÉDIAT, LE SUIVI DANS LE CENTRE, MAIS APRÈS CE N'EST PLUS NOTRE PROBLÈME. »

« LA PRÉVENTION. NOUS PARLONS DE MALADIES, DE PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES, C'EST LOURD. C'EST PEUT-ÊTRE TROP CHER MAIS SI NOUS POUVIONS AUSSI TRAVAILLER DE MANIÈRE PRÉVENTIVE DE SORTE QUE LES GENS NE DEVIENNENT PAS VICTIMES DE CETTE VULNÉRABILITÉ, CETTE VULNÉRABILITÉ PSYCHIATRIQUE, CE SERAIT BIEN. J'IGNORE QUELLES ACTIONS NOUS DEVONS MENER POUR ÉVITER CELA [...], CAR IL EST FACILE D'EN REDEVENIR VICTIME. PARFOIS, LORSQUE TOUS LES MEMBRES LA FAMILLE SE TROUVENT DANS UNE MÊME CHAMBRE, ILS PEUVENT FACILEMENT Y RETOMBER [...]. SI NOUS POUVIONS TRAVAILLER PRÉVENTIVEMENT [...] CELA COÛTERAIT SANS DOUTE MOINS CHER QUE DE TRAVAILLER DE MANIÈRE CURATIVE. MAIS CE N'EST PAS LE MÊME BUDGET. SI NOUS LES ENVOYONS À L'HÔPITAL, LES MÉDICAMENTS, TOUT ÇA, CELA REVIENT TRÈS CHER. »

Pendant la première phase de cette étude, nous avons constaté quelques formes d'accompagnement adapté. Par exemple, un planning postnatal et de la kinésithérapie sont prévus pour les femmes enceintes. Les parents seuls avec des enfants mineurs sont accompagnés pour l'inscription des enfants à l'école. Dans certaines structures d'accueil, un soutien à l'éducation est proposé aux parents seuls, une crèche est à disposition ou des efforts supplémentaires sont investis au niveau de l'accompagnement proactif. Pour les mineurs, cela concerne l'échange d'informations et la collaboration avec les écoles. Pour les personnes avec un handicap, la possibilité de prévoir un soutien et une prise en charge par un autre résident dans le centre d'accueil est examinée. Si une personne a une maladie, la présence d'au moins un membre de la famille auprès du malade est souhaitée. Dans certaines structures d'accueil, une permanence par un assistant psychologue (2 heures par semaine) est prévue pour les personnes avec des problèmes psychologiques ou psychiatriques, comme prise de connaissance et pour effectuer un premier screening.

Pour répondre aux différents besoins spécifiques, il est fait recours à une spécialisation interne via un « SPOC ». Depuis 2017, un SPOC pour l'accompagnement psychosocial est désigné dans chaque centre fédéral. Cette personne peut aider et conseiller les collaborateurs du centre dans le cas de dossiers individuels et d'orientation vers des services externes. De plus, cette personne dispose d'un budget annuel distinct de 2.000 € permettant l'organisation d'activités de groupe spécifiques. Un coordinateur psychosocial de Fedasil évalue les propositions et le SPOC assure l'organisation pratique. Dans certains centres d'accueil, des formations en psychoéducation sont par exemple prévues pour les femmes seules sur les stratégies d'adaptation comme le « Mindspring ». Ces activités ont un objectif préventif et visent à renforcer les capacités des personnes en question. Les centres fédéraux désignent également un SPOC pour les mutilations génitales féminines. Certains centres ont par ailleurs désigné un SPOC pour les LGBTI ou la traite des êtres humains. D'autres ont également désigné un collaborateur qui s'occupe spécifiquement des jeunes mères et de leurs besoins adaptés.

« EN DEHORS DU SERVICE MÉDICAL, IL Y A UNE PERSONNE DE RÉFÉRENCE POUR LES MÈRES SEULES ET LES ENFANTS. POUR LES RÉSIDENTS QUI ARRIVENT AVEC UN BÉBÉ ENTRE 0 ET 3 ANS, NOUS AVONS UN FICHIER EXCEL PARTAGÉ PAR CETTE PERSONNE DE RÉFÉRENCE ET LE SERVICE MÉDICAL [...]. IL S'AGIT D'UN PUBLIC VULNÉRABLE ET NOUS VOULONS DONC ÉCHANGER FACILEMENT LES INFORMATIONS ET ACCORDER DAVANTAGE D'ATTENTION À CES PERSONNES. »

Grâce aux SPOC, des compétences sont acquises afin d'avoir des connaissances et une spécialisation dans le centre pour adapter le trajet d'accompagnement en interne. La répartition du travail entre les SPOC et les autres collaborateurs de terrain est un défi majeur selon les premiers résultats de cette étude. Tous les collaborateurs de terrain ne sont pas formés pour gérer les besoins spécifiques, en particulier en cas de problèmes médicaux et psychologiques. Un SPOC n'a en principe toutefois pas la tâche de reprendre les attributions d'autres collègues.

« C'EST SOUVENT FORT DOMMAGE, NOUS ACCUSONS RAPIDEMENT DU RETARD. ON FAIT UN INTAKE ET ENSUITE, S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈMES, ON NE LE VOIT PAS JUSQU'À CE QU'IL SURVIENNE. À CE MOMENT-LÀ ON A SOUVENT BEAUCOUP DE TRAVAIL ET CE N'EST GÉNÉRALEMENT PAS BON DU TOUT, SURTOUT QUAND IL S'AGIT DE CES PERSONNES-LÀ. »

« LES MOYENS RESTENT TRÈS LIMITÉS. DANS UN TRÈS GRAND CENTRE AVEC DE NOMBREUX JEUNES, ON S'EN REND COMPTE. ET SOUVENT LORSQU'ON EST EN RÉUNION, IL NOUS ARRIVE DE NOUS POSER LA QUESTION 'QUE DEVONS-NOUS FAIRE ?' »

« DONC PAS FORCÉMENT UN SEUL PROBLÈME MAIS PLUTÔT TELLEMENT DE PROBLÈMES QUE NOUS N'ÉTIONS PAS DU TOUT FORMÉS POUR TRAVAILLER AVEC CES JEUNES. [...] LEUR COMPORTEMENT DÉGÈNÈRE SOUVENT À TEL POINT QU'ILS SONT FINALEMENT TRANSFÉRÉS. ET C'EST LE CENTRE SUIVANT QUI DOIT GÉRER LA SITUATION. C'EST VRAIMENT UN TRÈS GROS PROBLÈME. »

« NOUS AVONS QUELQUES COLLÈGUES QUI NE SONT PAS ÉDUCATEURS ET C'EST PARFOIS DIFFICILE SI VOUS N'AVEZ PAS CE BAGAGE MAIS QUE VOUS DEVEZ QUAND MÊME JOUER LE RÔLE D'ÉDUCATEUR. VOUS DEVEZ AVOIR UNE CERTAINE APPROCHE PÉDAGOGIQUE, C'EST TOUT DE MÊME UN OBSTACLE. IL Y EN A QUI ONT DE BONNES INTENTIONS MAIS QUI NE SONT PAS PÉDAGOGUES OU QUI FONT PASSER UN MESSAGE QUI N'EST PAS CORRECT ET IL FAUT ALORS LE RÉAJUSTER. C'EST AUSSI DIFFICILE. ON NE PEUT PAS FORMER LES COLLÈGUES. »

Durant cette recherche, certains obstacles importants ont également été constatés lorsqu'il s'agit d'adapter l'accompagnement. Il n'est par exemple pas aisé d'expliquer pourquoi on se donne plus de mal pour certains résidents que pour d'autres. Selon les collaborateurs de terrain, les résidents comparent entre eux l'accompagnement qu'ils reçoivent. Les résidents auraient du mal à accepter que certains d'entre eux reçoivent une aide supplémentaire et différente. Le reproche serait que certaines personnes reçoivent un traitement de faveur. Ceci explique pourquoi les collaborateurs de terrain interrogés considèrent comme un défi le fait de motiver et d'étayer le mieux possible leur identification de la vulnérabilité et leur accompagnement adapté. Certains ont relevé le fait que le nombre de facteurs personnels contribue à déterminer l'ampleur de l'accompagnement à fournir à une personne. Accompagner de manière proactive est selon eux effectivement bien plus simple si « le courant passe bien » entre le résident et l'accompagnateur et si une personne parvient à formuler ses inquiétudes et ses besoins.

« ET DONC ILS NE VONT PLUS SE COMPARER MUTUELLEMENT, DIRE 'TU REÇOIS PLUS D'AIDE QUE MOI ET TOI ILS T'ACCOMPAGNENT.' LES RÉSIDENTS NE SAVENT PAS NON PLUS LESQUELS D'ENTRE EUX VONT CHEZ UN PSYCHOLOGUE À MOINS QU'ILS NE LE DISENT EUX-MÊMES, MAIS NOUS, NOUS NE LE LEUR DIRONS JAMAIS. »

« DANS LE CAS D'UNE PERSONNE MALADE, LA FAMILLE VIENT AIDER UNE FOIS PAR SEMAINE, MAIS DONC OUI, LES AUTRES VOIENT ÇA CAR SA CHAMBRE EST NETTOYÉE ET SON LINGE EST FAIT. ILS AIMERAIENT AVOIR LE MÊME TRAITEMENT, MAIS BON. IL DOIT BIEN Y AVOIR UNE RAISON AUSSI. TOUT LE MONDE NE PEUT PAS EN BÉNÉFICIER ET IL EST DIFFICILE DE METTRE CECI SUR PAPIER CAR S'IL VOUS MANQUE QUELQUE CHOSE, VOUS LE RECEVEZ ET SI VOUS NE MANQUEZ DE RIEN, VOUS NE RECEVEZ RIEN DONC IL FAUT UN PEU POUVOIR FAIRE

PREUVE D'INTUITION. IL FAUT ÉGALEMENT VOIR SI C'EST NÉCESSAIRE OU PAS. DONC JE PENSE QUE C'EST TRÈS DIFFICILE DE METTRE CECI SOUS FORME DE PROTOCOLE. »

«AU NIVEAU DES VISITES, NOUS AVONS À NOUVEAU FIXÉ LES CHOSES [...] NOUS AVONS DE CHOUETTES RÉSIDENTS ET UN ACCOMPAGNATEUR LEUR REND VISITE. LE RÉSIDENT REÇOIT DONC 3 VISITES DE 3 ACCOMPAGNATEURS DIFFÉRENTS. UN RÉSIDENT QUI EST PLUS DIFFICILE DANS LE GROUPE NE REÇOIT ALORS PAS DE VISITE ET NOUS AVONS FIXÉ QUE SEUL L'ACCOMPAGNATEUR INDIVIDUEL VA RENDRE VISITE ET PERSONNE D'AUTRE. »

Un autre défi constaté dans le cadre de l'accompagnement est la relation avec les demandeurs. Selon les collaborateurs de terrain interrogés, la barrière de la langue empêche par exemple de développer une relation de confiance, ce qui complique l'accompagnement adapté. Les travailleurs sociaux et les résidents peuvent également avoir un avis différent sur l'accompagnement. Afin d'offrir une aide psychologique, certains collaborateurs de terrain ressentent par exemple qu'ils doivent fournir beaucoup d'efforts si le résident considère ne pas avoir besoin de cette aide. Il existerait également une compréhension différente de la notion du rôle de l'aide entre les travailleurs sociaux et les résidents. Selon les collaborateurs de terrain interrogés, il s'agit pour certaines personnes de leur tout premier contact avec un service d'aide et ils auraient tendance à avoir une attitude de refus. Pourtant, d'après leur expérience, il arrive également souvent que les résidents se mettent dans une situation de dépendance et exigent trop d'aide.

« JE PENSE QUE NOUS DEVONS DE TOUTE FAÇON ÊTRE TRÈS SENSIBLES À LA CULTURE. S'ILS COMMENCENT À PARLER DE DIABLES ET D'ESPRITS. NE PAS PENSER QU'ILS SONT FOUS MAIS QUE C'EST LEUR MANIÈRE DE S'EXPRIMER. »

« MAIS IL Y A PARFOIS ÉGALEMENT DES RÉSIDENTS D'AFRIQUE, QUI DOIVENT MARCHER PENDANT DES HEURES DANS LA JUNGLE NE SERAIT-CE QUE POUR SIMPLEMENT ATTEINDRE UN HÔPITAL. ET UNE FOIS QU'ILS Y SONT, ILS DOIVENT ENCORE ATTENDRE QUATRE JOURS AVANT DE RECEVOIR DE L'AIDE. JE PENSE MÊME PARFOIS QU'ILS NE COMPRENNENT PAS TRÈS BIEN QU'ILS DOIVENT ÊTRE QUELQUE PART À UNE CERTAINE HEURE. QU'UN RENDEZ-VOUS PEUT AVOIR LIEU À UN MOMENT DONNÉ. DONC JE PENSE QUE C'EST ÉGALEMENT TRÈS DIFFICILE POUR CES GENS. SI SEULEMENT ILS POUVAIENT DÉJÀ LIRE L'HEURE SEULS. NOUS LEUR POSONS SOUVENT CETTE QUESTION EN CE MOMENT 'QU'Y A-T-IL LÀ ?'. PARFOIS, LES GENS REÇOIVENT UN PAPIER DU SERVICE MÉDICAL SUR LEQUEL FIGURE UN TAS DE CHOSES, MAIS CES PERSONNES NE SAVENT PAS LES LIRE. OU ILS NE COMPRENNENT PAS L'HEURE INDIQUÉE. SI VOUS AVEZ DE LA CHANCE, ILS S'ADRESSERONT À UN TRAVAILLEUR SOCIAL POUR QUE CE DERNIER LEUR EXPLIQUE ENCORE UNE FOIS. »

« IL Y A A. PAR EXEMPLE, QUI REÇOIT UNE CHAMBRE SÉPARÉE PAR EXEMPLE ET UN SANITAIRE SÉPARÉ. IL EST VULNÉRABLE, MAIS APRÈS QUELQUES MOIS, C'EST LUI QUI OSE, QUI OUVRE LA PORTE ET QUI DIT DEVOIR FAIRE CECI OU CELA, VOULOIR ALLER ICI OU LÀ. QUI A DE TRÈS NOMBREUSES ATTENTES ET QUI S'EN SORT BEAUCOUP MIEUX QU'AU DÉBUT, SI ON COMPARE AVEC SES DÉBUTS. VOUS VOUS DITES ENSUITE 'OUILLE, QU'EST-CE QUI SE PASSE, QUE DEVONS-NOUS MAINTENANT FAIRE', MAIS APRÈS UN PETIT TEMPS, ON CONSTATE QUE CETTE PERSONNE EST BEAUCOUP PLUS FORTE OU RÈGLE MIEUX LES CHOSES À SON SUJET QUE

CE À QUOI ON S'ÉTAIT PRÉPARÉ. PEUT-ÊTRE CELA VIENT-IL DU FAIT QUE NOUS AVONS AGI COMME NOUS
L'AVONS FAIT. »

En résumé, nous pouvons affirmer que lorsque les équipements génériques des centres d'accueil collectifs ne suffisent pas pour répondre aux besoins des personnes vulnérables, les centres d'accueil essaieront d'adapter la place d'accueil ou l'accompagnement en interne. Les possibilités de travailler sur mesure sont toutefois limitées, aussi bien au niveau de l'infrastructure d'accueil (bâtiment, lieu, etc.) et du personnel (occupation, formation, etc.) qu'au niveau de l'interaction avec les résidents (langue, culture, etc.). Les centres ont ensuite deux stratégies pour y faire face. Soit ils essaient d'impliquer des acteurs externes dans l'accompagnement des résidents, soit ils demandent un transfert. Ces deux possibilités sont abordées ci-après.

Les centres collectifs doivent d'abord recourir aux acteurs externes s'ils ont l'impression d'avoir atteint une limite dans l'accompagnement. L'orientation externe a lieu si les besoins d'une personne vulnérable dépassent les capacités d'accompagnement au sein du centre d'accueil. Généralement, c'est au cours de la discussion du PAI pendant la concertation multidisciplinaire qu'il est décidé de faire appel à des acteurs externes.

« S'IL EST QUESTION D'UN BESOIN AUQUEL VOUS NE POUVEZ PAS PALIER. OUI, LE PROBLÈME DÉPASSE VOS
CAPACITÉS. OU BIEN VOUS N'EN AVEZ PAS LA POSSIBILITÉ, OU PAS LE TEMPS. »

« LA QUESTION EST 'VERS QUEL SERVICE SPÉCIFIQUE POUVONS-NOUS RENVOYER LES PATIENTS ?' NOUS
AVONS BIEN SÛR DES BROCHURES DE FORMATION. MA MANIÈRE DE TRAVAILLER QUAND J'ORIENTE
QUELQU'UN : J'UTILISE LES RÉUNIONS QUE NOUS AVONS LE LUNDI AVEC LE SERVICE PSYCHO-MÉDICAL ET JE
POSE LA QUESTION PENDANT LA RÉUNION, MÊME SI J'AI DÉJÀ LES INFORMATIONS AVANT L'ORIENTATION DE
LA PERSONNE OU L'ACCORD DE CE SERVICE. »

Il y a rarement des collaborations formalisées entre les centres d'accueil collectifs et les partenaires externes, ce qui fait qu'une orientation a lieu sur base individuelle. En fonction de l'organisation avec laquelle la collaboration a lieu, un formulaire d'inscription est envoyé ou un rendez-vous est pris pour un premier entretien. Il n'existe souvent pas de modèle fixe parce que chaque organisation travaille différemment et parce que chaque personne a également des besoins différents. Généralement, le service médical du centre d'accueil a une compétence importante pour approuver une orientation externe, surtout si les services d'aide externes doivent être rémunérés. D'après les collaborateurs de terrain interrogés, cela représente aussi une charge administrative dans laquelle les considérations budgétaires jouent un rôle.

« MAIS NOUS N'ALLONS PAS RENVOYER CHAQUE PERSONNE EN EXTERNE. ET SAVEZ-VOUS COMBIEN ÇA
COÛTE ? CE N'EST PAS NON PLUS LE BUT. »

« UN TELLE PAPERASSE ADMINISTRATIVE Y EST LIÉE, CAR C'EST SOUVENT CE QUI DISSUADE LES GENS. CAR
IMAGINEZ QUE VOUS AVEZ TROUVÉ UNE ORGANISATION, CELA DOIT PASSER PAR LE SERVICE MÉDICAL, CAR
TOUT CE QUI TOUCHE AUX PAIEMENTS DOIT ÊTRE APPROUVÉ VIA LE SERVICE MÉDICAL. C'EST CEPENDANT

NÉCESSAIRE, CAR VOUS NE POUVEZ FAIRE DES DÉPENSES QUE POUR LES CHOSES NÉCESSAIRES. OUI, VOUS ÊTES ALORS À NOUVEAU COINCÉ. ET ENCORE, VOUS DEVEZ DÉJÀ POUVOIR VOUS ADRESSER AUX ASBL. JE TROUVE QUE L'ADMINISTRATION AUTOUR DE TOUT CE CI, TOUS CES ARRANGEMENTS, LES PROBLÈMES DE COMMUNICATION, LE NON-RESPECT DES ACCORDS DE TOUS CÔTÉS, ÉGALEMENT DE LA PART DES RÉSIDENTS, CELA REND LES CHOSES TRÈS COMPLIQUÉES. [...]. ON Y PERD PARFOIS BEAUCOUP DE TEMPS. »

Bien que les acteurs externes soient reconnus comme complémentaires à l'offre d'accompagnement proposée au sein des centres, le recours à ces acteurs représente, selon les collaborateurs de terrain, un défi pratique exigeant un investissement. Un travailleur social doit en effet pouvoir suivre l'évolution de cet accompagnement et vérifier si l'orientation externe répond bien aux attentes. Au final, la responsabilité leur incombe.

«LE RÔLE DU TRAVAILLEUR SOCIAL EST DE SURVEILLER LE SUIVI ET LE TRANSFERT D'INFORMATIONS CORRECTES. [...] VOIR ÉGALEMENT QUE LA SITUATION DU PATIENT S'AMÉLIORE, SI LE PATIENT EST SATISFAIT DE SA CONSULTATION, DE L'ACCOMPAGNEMENT. CE CI ÉVEILLE LA CONFIANCE DE LA PERSONNE ET C'EST IMPORTANT POUR LA SUITE. »

La collaboration avec les acteurs externes est principalement menée de manière ad hoc. Dans la suite de cette section, nous nous attarderons sur cette collaboration. Nous verrons que parfois, ils n'ont également pas de solution pour cette problématique. Dans ce cas, il reste toujours la dernière option qui consiste à demander un transfert vers une place d'accueil adaptée.

La demande d'un transfert d'un résident fait partie des dernières options d'un centre d'accueil. Les collaborateurs de terrain semblent manifester une attitude ambiguë à l'égard des transferts. En cas de transferts pour le motif d'une place d'accueil adaptée, il est attendu que la future place offre un réel meilleur accompagnement. En même temps, selon les collaborateurs de terrain, chaque transfert signifie aussi une rupture dans la continuité de l'accompagnement. Le résident devra de nouveau s'habituer à un nouveau centre d'accueil et à un nouvel accompagnement. Bien que le transfert des dossiers social et médical soit prévu, le risque de perdre des informations est réel. Selon les collaborateurs de terrain, la demande d'un transfert revient finalement juste à déplacer « le problème » et cela peut être ressenti comme un échec dans l'accompagnement de la personne. Il n'est en effet jamais certain que le futur centre pourra effectivement offrir un accompagnement plus adapté. Certains collaborateurs de terrain éprouvent ainsi des difficultés à « laisser partir leurs résidents ».

« TANT QUE C'ÉTAIT SUPPORTABLE POUR NOUS, NOUS LAISSIONS LES CHOSES TELLES QUELLES. ET QUE FAISONS-NOUS ALORS DANS LE CAS D'UNE PERSONNE TRÈS VULNÉRABLE ? ALLEZ HOP, CENTRE SUIVANT. »

« PEUT-ÊTRE QUE LES TRANSFERTS PLACES ADAPTÉES NE SONT PAS TOUJOURS UNE BONNE SOLUTION POUR LE JEUNE. CAR C'EST ENCORE PLUS FRUSTRANT DE DEVOIR TOUT RECOMMENCER. ET IL EXISTE PARFOIS DES CAS DE JEUNES QUI ONT ÉTÉ TRANSFÉRÉS, QUI ONT DÉJÀ FAIT PLUS DE 5 OU 6 CENTRES ET RIEN N'A ÉTÉ FAIT POUR EUX. »

« CAR EN FAIT, NOUS DISONS SOUVENT AVEC LES PLUS VULNÉRABLES QU'IL N'Y A PAS D'ACCUEIL POUR EUX. ET QUE FAISONS-NOUS SI NOUS AVONS DU MAL, QUE NOUS AVONS TOUT ESSAYÉ ? ALLEZ HOP, CENTRE SUIVANT. ET CELA PEUT PARFOIS FONCTIONNER MAIS FINALEMENT, NOUS NE FAISONS QUE DÉPLACER LE PROBLÈME. »

« JE PENSE QUE TOUS CES TRANSFERTS FONT CHUTER LEUR CONFIANCE EN EUX ET LEUR CONFIANCE DANS LE SYSTÈME. »

« OUI ET EN EFFET, CHAQUE FOIS QU'ILS DOIVENT ALLER AILLEURS, ILS PERDENT À NOUVEAU LEUR IDENTITÉ. »

Une demande de transfert est généralement introduite par un travailleur social qui prépare, éventuellement en collaboration avec le service médical, la motivation du transfert au moyen d'un formulaire (l'annexe B). Tout comme pour le recours à des acteurs externes, c'est surtout lors des discussions menées en réunion de concertation multidisciplinaire qu'il est évalué si un transfert peut être demandé. Selon les collaborateurs de terrain, une forme d'autocensure est présente au sein des centres d'accueil où la direction du centre filtre les demandes.

« MAIS NOUS POUVONS FAIRE DES SUGGESTIONS, NOUS POUVONS DIRE 'OK, J'AIMERAIS AUTRE CHOSE POUR X', COMME PAR EXEMPLE UNE PLACE ADAPTÉE DANS UN PLUS PETIT CENTRE EN VILLE OU JE NE SAIS PAS, QUELQUE CHOSE. ET ENSUITE LA DIRECTION OU QUELQU'UN D'AUTRE DIT 'FINALEMENT NON, NOUS NE LE FERONS PAS CAR ALORS NOUS DEVONS DÉPLACER TOUTES LES FAMILLES.' »

« IMAGINEZ QUE LE RÉSIDENT INSISTE QUAND MÊME POUR REMPLIR TOUS CES DOCUMENTS, TOUT LE MONDE A LE DROIT D'EN FAIRE LA DEMANDE. IL VA ENSUITE VOIR LE DIRECTEUR QUI LUI DIT 'REFUSÉ' ET CELA REVIENT ENSUITE. »

Pour les collaborateurs de terrain interrogés, il est frustrant que le dossier de transfert soit encore examiné par les Régions car s'ils demandent un transfert, c'est toujours parce qu'il est vraiment nécessaire ou que le bénéficiaire le souhaite vraiment. Ils plaident par conséquent pour une décentralisation de la compétence décisionnelle relative aux transferts ou, tout au moins, pour une observation de terrain afin de compléter l'évaluation réalisée par les Régions.

« ET FAITES CONFIANCE AUX GENS QUI SE TROUVENT SUR LE TERRAIN, QUI DISENT 'ÉCOUTEZ, C'EST VRAIMENT NÉCESSAIRE.' IL FAUT PARTIR DE L'EXPERTISE DES GENS. NOUS NE DISONS PAS ÇA POUR RIEN. [...]. NOUS AVONS UNE RAISON. RESTER DANS UNE TOUR D'IVOIRE ET DIRE QUE CE SONT LES RÈGLES ET QUE NOUS NE POUVONS PAS ALLER AU-DELÀ, C'EST FACILE, MAIS LES CHOSSES NE FONCTIONNENT PAS COMME ÇA. NOUS TRAVAILLONS AVEC DES PERSONNES ET CHACUNE EST DIFFÉRENTE. CE N'EST PAS PARCE QUE NOUS FAISONS CETTE DEMANDE QU'ILS DOIVENT DIRECTEMENT RÉAGIR. INVITEZ-NOUS À UN ENTRETIEN, INVITEZ CES GENS À UN ENTRETIEN, VOYEZ CE QUI SE PASSE, LA RAISON DE LA DEMANDE. ET JE PENSE QUE SI J'Y ALLAIS AVEC MA FAMILLE, ON ME DIRAIT DIRECTEMENT 'OK, NOUS COMPRENONS, LAISSEZ-LES ALLER'. »

«IL DOIT DANS TOUS LES CAS Y AVOIR DES CRITÈRES, MAIS PAS SEULEMENT CETTE RÉGLEMENTATION DU 'OK, CETTE PROCÉDURE DOIT ÊTRE EN ORDRE', ILS DOIVENT AUSSI VOIR PLUS LARGE ET ÉVENTUELLEMENT VENIR VOIR EN PERSONNE CE QUI SE PASSE DANS LE CENTRE [...]»

En introduisant l'annexe B, les centres d'accueil collectifs doivent indiquer le type de transfert qu'ils demandent. En ce qui concerne les transferts pour une place adaptée, les motifs d'ordre social sont trop restrictifs selon les collaborateurs des centres d'accueil. Par exemple, ils demandent de reprendre aussi la possibilité de transfert pour se rapprocher de membres de la famille jusqu'au deuxième degré et également d'élargir la possibilité à des membres de la famille qui ne séjournent pas (ou plus) au sein du réseau d'accueil. Le soutien de la famille représenterait en effet un facteur protecteur de premier ordre.

« UNE MÈRE AVEC TROIS ENFANTS NOUS EST ENVOYÉE, MAIS ELLE A DE LA FAMILLE À BRUXELLES. NOUS NE POUVONS PAS DEMANDER DE TRANSFERT. »

« J'AI ÉGALEMENT QUELQU'UN DONT LA FILLE HABITE UNE ADRESSE PRIVÉE À DINANT, QUI EST ARRIVÉ EN BELGIQUE EN SACHANT QU'IL A UNE FILLE. [...] IL A FINALEMENT TROUVÉ SA FILLE. NOUS LUI DONNONS À PRÉSENT UN TICKET PAR MOIS POUR ALLER VOIR SA FILLE. UNE PLACE ADAPTÉE A ÉTÉ REFUSÉE. [...] PARCE QUE LA FILLE HABITE EN FAIT À UNE ADRESSE PRIVÉE ET N'EST PAS DANS LE RÉSEAU, MAIS À VRAI DIRE JE TROUVE CELA SCANDALEUX. »

Il existe également d'autres motifs qui ne sont jusqu'à présent pas pris en considération par les Régions. Les demandes de résidents d'être transférés vers une structure d'accueil à proximité d'amis, de compatriotes ou de connaissances sont systématiquement refusées. Selon les collaborateurs de terrain interrogés, le réseau social peut pourtant être un facteur de protection contre le risque d'isolement. De plus, jusqu'à récemment, il n'était pas possible de demander un transfert vers une autre région linguistique, même si les résidents parlaient l'autre langue nationale. Cela est de nature à ralentir l'intégration et à rendre plus difficile le contact avec le personnel du centre. Nouer des liens lors de formations n'était, jusqu'à récemment aussi, pas une raison suffisante pour un obtenir un transfert. Les résidents qui souhaitaient poursuivre leurs études, mais qui séjournaient loin des établissements d'enseignement, devaient ainsi compter sur la bonne volonté du centre pour payer l'intervention pour les frais de transports.

« MAIS LES AMIS, CE N'EST PAS DU TOUT IMPORTANT, ON S'EN FICHE. »

« MAIS JE NE TROUVE PAS CELA LOGIQUE NON PLUS QUE NOUS SOMMES UN PAYS BILINGUE ET QUE SI DES RÉFUGIÉS D'ON NE SAIT OÙ PARLENT PARFAITEMENT UNE DES DEUX LANGUES NATIONALES, ILS SOIENT ENVOYÉS DANS UN ENDROIT OÙ ILS NE PARLENT PAS LA LANGUE. »

« OUI, J'AI POUR L'INSTANT PAR EXEMPLE QUELQU'UN QUI EST DÉJÀ EN BELGIQUE DEPUIS DEUX ANS, QUI A FINALEMENT UN PEU REPRIS SA VIE EN MAINS. IL EST ALLÉ S'INSCRIRE À L'ULB ET PEUT COMMENCER UNE FORMATION. MAIS [LE TRAJET] BROECHEM-BRUXELLES, C'EST COÛTEUX, EN PLUS D'ÊTRE ÉGALEMENT LOIN,

ALORS J'ESPÈRE POUVOIR DEMANDER UNE PLACE ADAPTÉE AVEC L'AIDE DU SERVICE MÉDICAL. MAIS JE NE PENSE PAS QUE CE SOIT UNE DES RAISONS POUR LA RÉGION [...] OUI, C'EST DOMMAGE. »

Un constat frappant est que malgré le moratoire sur les motifs autres que les transferts médicaux et disciplinaires, les centres d'accueil collectifs ont continué à introduire de nombreuses demandes. Les travailleurs sociaux estiment que malgré les faibles chances de réussite, il faut essayer. Ils veulent ainsi montrer à leurs résidents qu'ils font tout leur possible pour obtenir un transfert mais que la décision finale ne relève pas de leur compétence.

« LE FAIT QUE LES RÈGLES SOIENT SI STRICTES ET DE PLUS EN PLUS DANS LE CADRE DE PROCÉDURES [...] NE VEUT PAS DIRE, JE TROUVE, QU'EN TANT QUE TRAVAILLEURS SOCIAUX, NOUS NE POUVONS PLUS SIGNALER QUE 'CECI NE S'ACCORDE PAS AVEC LA PROCÉDURE ET À LA RÈGLEMENTATION.' »

Les transferts vers une place adaptée peuvent ensuite être également demandés sur base de raisons médicales. Ces transferts n'étaient pas concernés par le moratoire sur les transferts. Comme décrit ci-dessus, pour un transfert médical, une check-list médicale doit être ajoutée à l'annexe B. Les besoins psychologiques des demandeurs sont également considérés comme des transferts pour raisons médicales. Les collaborateurs de terrain interrogés ont souvent évoqué une zone d'ombre entourant ces motifs. Il a été ainsi tenté de contourner le moratoire par le biais d'arguments basés sur la santé mentale. Ici aussi, les collaborateurs de terrain estiment que les Régions ne suivent pas toujours l'avis du centre d'accueil.

« MAIS CES RAISONS MÉDICALES SONT AUSSI TRÈS STRICTES. NOTRE MÉDECIN EST TRÈS OUVERT À L'IDÉE ET S'IL CONSIDÈRE 'QUE C'EST NÉCESSAIRE', IL VEUT ALORS ESSAYER. MAIS S'IL REGARDE DE PLUS PRÈS, IL DIT ALORS PARFOIS 'JE NE DOIS PAS LE FAIRE, JE N'OBTIENS QUAND MÊME RIEN, ÇA NE VA QUAND MÊME PAS. »

« LE GROS PROBLÈME EST QUE SUR BASE DES RAISONS MÉDICALES, ON PEUT QUAND MÊME INSISTER UN PEU PLUS. IMAGINEZ MAINTENANT QU'EN TANT QUE SERVICE SOCIAL, NOUS AVONS QUELQU'UN POUR QUI ÇA NE VA PAS DU TOUT. SANS VOLET MÉDICAL, LA RÉPONSE EST MALHEUREUSEMENT DE TOUTE FAÇON NON. »

« DONC SI VOUS DEMANDEZ POUR TRAVAILLER UNE PLACE ADAPTÉE POUR RAISONS MÉDICALES, CELA NE FONCTIONNE PAS NON PLUS ? »

« NOTRE MÉDECIN VEUT AUSSI ÊTRE TRÈS CORRECT À CET ÉGARD ET IL NE VEUT PAS RECOURIR À DES ARGUMENTS SOCIAUX ET HUMAINS. MAIS PARFOIS IL Y A UN FACTEUR PSYCHOLOGIQUE ET C'EST LÀ QUE LA LIGNE EST SOUVENT TRACÉE. SI C'EST VRAIMENT MÉDICAL, C'EST RELATIVEMENT CLAIR MAIS PARFOIS ÇA NE L'EST PAS. DONC NOTRE MÉDECIN VOIT CELA AUSSI COMME QUELQUE CHOSE DE MÉDICAL, DE PSYCHOLOGIQUE, [...]. MAIS PSYCHOLOGIQUE NE VEUT PAS DIRE SOCIAL ! NON. MAIS SI C'EST PSYCHOSOCIAL, NOUS N'ALLONS PAS NOUS ADRESSER AU SERVICE MÉDICAL. »

« POUR COMMENCER, PEUT-ÊTRE D'AVANTAGE DE RECONNAISSANCE JE PENSE POUR L'ASPECT PSYCHOLOGIQUE.

CAR LE MÉDICAL, C'EST QUELQUE CHOSE DE CONCRET ET SOUVENT SI CELA VIENT D'UN MÉDECIN, CELA PEUT AVOIR UNE AUTRE VALEUR, C'EST QUELQUE CHOSE DE TRÈS CONNU. MAIS POUR LE PSYCHOLOGIQUE [...] NOUS AIMERIONS PLUS D'ATTENTION, MAIS EN PRATIQUE, ON NE VOIT PAS LES MOYENS ET LES PERSONNES NÉCESSAIRES ÊTRE DÉBLOQUÉS À CETTE FIN ET DONC ÇA RESTE TOUJOURS SANS SOLUTION. C'EST VISIBLEMENT TRÈS RAREMENT UNE ACTION VALABLE POUR CETTE POLITIQUE DE TRANSFERT. ALORS QUE DANS NOTRE GROUPE CIBLE, C'EST TOUT DE MÊME QUELQUE CHOSE DE TRÈS PRÉSENT. »

«NOTRE PSYCHOLOGUE A FAIT UNE ATTESTATION POUR CES GENS QUI SONT VRAIMENT DANS LE BESOIN, MAIS NOUS N'AVONS RIEN REÇU. UNE TELLE SITUATION EST COMPLIQUÉE. »

Toutes les personnes qui entrent en principe en considération pour un transfert ne sont pas non plus effectivement transférées. D'une part, un manque de capacité empêche ces personnes d'être transférées à temps vers une place d'accueil adaptée. La saturation de la capacité d'accueil peut conduire à des délais d'attente importants pour les transferts. C'est par exemple le cas pour les personnes en chaise roulante ayant besoin de chambres adaptées. C'est pourquoi des collaborateurs de terrain demandent une capacité tampon au moyen de « places de crise spécifiques » dans les situations d'urgence. Lorsque les places recherchées dans le réseau sont occupées, ce type de places devrait pouvoir être utilisé en cas d'urgence.

« OUI, NOUS CHERCHONS POUR L'INSTANT UNE POSSIBILITÉ POUR UNE FEMME ENCEINTE ISOLÉE AVEC TROIS FILS QUI VA BIENTÔT ACCOUCHER. QUE FAISONS-NOUS DES ENFANTS ? C'EST POURQUOI NOUS COLLABORONS AVEC DES MÈRES D'ACCUEIL. IL Y A DES CHOSES DANS LE QUARTIER MAIS BON, IL FAUT À NOUVEAU S'INSCRIRE SUR UNE LISTE D'ATTENTE. MAIS LORSQUE CETTE FEMME ACCOUCHERA, IL SERA TROP TARD. N'AVEZ-VOUS PAS DE PLACES DE CRISE ? NOUS AVONS AUSSI QUELQUE CHOSE DE SEMBLABLE. OÙ ELLES PEUVENT MÊME RESTER JOUR ET NUIT. »

D'autre part, il y a également des personnes qui, en raison du déroulement de leur procédure, n'entrent pas en considération pour être transférées. En principe, tous les résidents sont éligibles pour les transferts sur la base des instructions. Pour les résidents devant être éloignés dans le cadre d'une procédure Dublin (et qui sont par conséquent accueillis au sein d'une « place Dublin »), les personnes avec une décision négative mais bénéficiant du maintien de l'accueil sur base d'une prolongation du droit à l'aide matérielle ou encore les personnes avec une faible chance d'obtenir un statut de protection, le transfert ne constitue pas, selon les collaborateurs de terrain, une réelle option. Leurs demandes sont refusées par les Régions malgré le fait que, selon des collaborateurs de terrain, ces personnes séjournent dans une place d'accueil qui n'est pas adaptée à leur situation.

« UNE PERSONNE AVEC SA FAMILLE EN PROCÉDURE DUBLIN PAR EXEMPLE, DONT VOUS VOUS DITES 'OK, C'EST UNE PROCÉDURE DUBLIN MAIS ILS SONT TRÈS VULNÉRABLES ET AURAIENT PEUT-ÊTRE BIEN DROIT À UNE PLACE ADAPTÉE...' MAIS NON, À CAUSE DE DUBLIN. »

« NOUS AVONS PAR EXEMPLE ÉGALEMENT UNE DAME TRÈS VULNÉRABLE QUI A ÉTÉ FORCÉE À SE MARIER, QUI A SUBI DES VIOLS ET DES ABUS ET QUI A REÇU DEUX FOIS UNE RÉPONSE NÉGATIVE AUX PAYS-BAS. ELLE ARRIVE DONC ICI, ET NOUS ALLONS DONC L'ENVOYER AUX PAYS-BAS, QUI LA RENVERRONT LÀ-BAS. NOTRE PSYCHOLOGUE DIT QUE

‘NOUS DEVONS NOUS ASSURER DE LA GARDER ICI CAR ÇA NE VA PAS, ELLE EST COMPLÈTEMENT ANÉANTIE, ETC.’
MAIS C’EST TRÈS DIFFICILE CAR ALORS ON VA DIRE QU’AUX ‘PAYS-BAS ILS SAVENT TOUT AUSSI BIEN S’Y PRENDRE’,
ET LES PAYS-BAS DIRONT ALORS ‘OUI, NOUS LA RENVOYONS CAR LES CHOSSES SONT COMME ÇA.’[...] MAIS POUR LE
MOMENT CETTE DAME EST DANS LE CENTRE, ET QUE POUVONS-NOUS FAIRE ? NOUS NE DEVONS PAS PENSER À CE
QUI POURRAIT ARRIVER, NOUS DEVONS SURTOUT PENSER À CE QUI SE PASSE ACTUELLEMENT ET SI C’EST ADAPTÉ À
CETTE DAME, OUI OU NON ? OR NON, LA PLACE ADAPTÉE EST REFUSÉE EN RAISON DE LA PROCÉDURE DUBLIN. »

« OUI MAIS CETTE FILLE DE CHEZ NOUS, AVEC LA CHAISE ROULANTE ET LE LIT, ETC., C’ÉTAIT LA RUSSIE, C’ÉTAIT
DONC D’ABORD UN ‘NJET’ [...] LA RUSSIE N’A AUCUNE CHANCE. »

« ELLES ÉTAIENT EN PROCÉDURE DE RÉGULARISATION MÉDICALE ET LES PERSONNES EN RÉGULARISATION MÉDICALE,
QUI ÉTAIENT DONC ILLÉGALES, DEMANDENT CHAQUE FOIS UNE PROLONGATION DE L’ACCUEIL, ET ELLES NE
PEUVENT PAS ALLER DANS UNE ILA, ON LE LEUR A TOUJOURS EMPÊCHÉ. »

« LES PERSONNES QUI SONT « HORS PROCÉDURE » ET QUI SONT DANS LES CENTRES. IMPOSSIBLE D’OBTENIR UN
9TER, IMPOSSIBLE D’INTERVENIR. NOUS TOURNONS EN ROND ET PSYCHOLOGIQUEMENT, LEUR ÉTAT S’AGGRAVE,
CE QUI CAUSE UNE AUTRE VULNÉRABILITÉ QU’ILS N’AVAIENT PEUT-ÊTRE PAS AU DÉPART. [...] NOUS AVONS
RÉCEMMENT EU UN CAS GRAVE DE CARDIO MAIS IL N’ÉTAIT PAS POSSIBLE D’INTERVENIR CAR C’ÉTAIT « HORS
PROCÉDURE ». POUR NOUS C’EST PÉNIBLE DE VOIR ARRIVER CES GENS CHAQUE JOUR AU SERVICE MÉDICAL.
QU’ALLONS-NOUS FAIRE AVEC EUX ? CE SONT DES PERSONNES VULNÉRABLES [...] »

De nouveau, il a été constaté qu’en raison d’une appréciation et de critères de transfert considérés comme stricts et restrictifs par les collaborateurs de terrain, une forme d’ « auto-sélection » est appliquée. Ainsi, certains collaborateurs de terrain n’établiraient plus de demande de transfert pour les personnes dont ils ne savent pas avec certitude si elles répondent aux critères. Malgré ce filtre supplémentaire, l’impression demeure qu’une grande partie des demandes est refusée. Pour les travailleurs sociaux, les décisions de refus des Régions leur laisse souvent l’impression de ne pas être suffisamment motivées.

En ce qui concerne l’option du transfert en raison d’un long séjour, qui a surtout pour objectif de limiter les « dégâts de l’accueil » susmentionnés, des collaborateurs de l’accueil interrogés déclarent que leurs demandes ne sont jamais approuvées. Pour ne pas donner de faux espoirs aux bénéficiaires, certains décident de ne plus informer les résidents sur cette possibilité de transfert. L’attente du transfert peut, selon des collaborateurs de terrain, donner lieu à des frustrations et des tensions entraînant à leur tour sanctions et transferts disciplinaires. Un transfert disciplinaire est presque toujours réalisé et souvent plus rapidement. Un comportement problématique par rapport au règlement d’ordre intérieur a souvent, selon les collaborateurs de terrain, une cause plus profonde qui ne peut être solutionnée par un transfert disciplinaire.

« MAIS PARFOIS, JE ME DEMANDE AUSSI SI NOUS NE DEVRIONS PAS REVOIR CECI, CAR IL NE S’AGIT PAS UNIQUEMENT
DE LA SÉCURITÉ ET DES RÈGLES [...]. SI QUELQU’UN N’EST PLUS CAPABLE D’AGIR, QU’IL FAIT QUELQUE CHOSE,
ENVOYER ENSUITE CETTE PERSONNE D’UN CENTRE VERS UN CENTRE N’A JAMAIS APPORTÉ DE SOLUTION. ÇA
FATIGUE TOUT LE MONDE, SURTOUT LES PERSONNES EN QUESTION, ET ÇA N’AIDE PAS. C’EST ÉGALEMENT UNE

PARTIE DE LA POLITIQUE DE TRANSFERT. IL S'AGIT SOUVENT DE PERSONNES TRÈS VULNÉRABLES MAIS LEUR PROBLÈME EST CONSIDÉRÉ COMME UN PROBLÈME COMPORTEMENTAL ET CELA FAIT TOUT LE TOUR DE TOUS LES CENTRES. »

« ON TRANSFÈRE DISCIPLINAIREMENT ET QUANT À SAVOIR SI ON TIEN T COMPTE DE... NON, LES BESOINS NE SONT PAS PRIS EN COMPTE. RÉFLÉCHISSEZ UNE FOIS À L'ENDROIT OÙ CETTE PERSONNE VA ÊTRE ENVOYÉE AU LIEU DE SIMPLEMENT PENSER 'OK, IL S'EST BATTU, DONC ON L'ENVOIE À X.' »

Les deux dernières options de transfert ont trait aux transferts vers les ILA. A la suite de l'obtention d'un statut de protection, les centres d'accueil collectifs informent les personnes concernées sur la possibilité de déménager vers une place d'accueil individuelle dans le cadre de la transition. Aux yeux des collaborateurs de terrain interrogés, les places individuelles sont considérées par définition comme adaptées parce qu'elles permettent aux personnes de reprendre un contrôle « normal » de leur vie. Ils restent aussi en faveur des transferts des résidents avec un haut taux de protection bien que cela soit difficile à expliquer aux personnes qui n'ont pas les nationalités concernées. En revanche, les collaborateurs des ILA nuancent le caractère adapté de l'accueil individuel lorsqu'il s'agit de certains équipements spécifiques, comme l'infrastructure médicale.

« CAR QU'EST-CE QU'UNE PLACE ADAPTÉE ? JE PENSE ALORS EN EFFET À UNE ILA, APRÈS AVOIR ÉTÉ EN PROCÉDURE PENDANT UN CERTAIN TEMPS LORSQUE LES GENS EN ONT MARRE DE L'ACCUEIL DE LONGUE DURÉE DANS LE CENTRE ».

« VERS LES ILA, ÇA PART JE PENSE DE L'IDÉE 'UN PEU PLUS AU CALME, MOINS DANS LES CENTRES COLLECTIFS'. MAIS COMME VOUS DITES, IL Y A ÉGALEMENT MOINS DE SUIVI POSSIBLE OU ALORS VOUS N'AVEZ AUCUN SERVICE MÉDICAL PRÉSENT AUQUEL ALLER CHAQUE JOUR. »

« JE TROUVE CELA DUR, CAR SI JE COMPRENDS BIEN, VOUS CHOISISSEZ UNE ILA CAR LES GENS SONT VULNÉRABLES, CAR IL Y A UN PROBLÈME MÉDICAL. ALORS QUE, LORSQU'ILS VIENNENT CHEZ NOUS, LE SUIVI EST EN RÉALITÉ TRÈS SUCCINCT. AVEC UN PEU DE CHANCE, NEUF FOIS SUR DIX, NOUS NE VOYONS PAS LES DOSSIERS MÉDICAUX. [...] DONC DES GENS ARRIVENT CHEZ NOUS EN AYANT BESOIN DE PLUS DE SOINS, SURTOUT PARCE QU'ILS SE TROUVENT DANS UN ENVIRONNEMENT PLUS SILENCIEUX, PLUS CALME MAIS PREND-T-ON EN CONSIDÉRATION LE FAIT QU'ILS DOIVENT ÉGALEMENT ÊTRE BEAUCOUP PLUS AUTONOMES ? ET DONC OUI, JE ME DEMANDE ALORS SI CE N'EST PAS L'INVERSE CAR LES PERSONNES VULNÉRABLES QUI SE PRÉSENTENT CHEZ NOUS NE SONT PAS EN MEILLEUR ÉTAT. »

« JE PENSE EFFECTIVEMENT QU'IL FAUT FAIRE ATTENTION LORSQU'ON SE DIT 'NOUS LES ENVERRONS DANS UNE ILA ET C'EST RÉGLÉ'. TOUTES LES ILA NE FONCTIONNENT PAS DE LA MÊME MANIÈRE ET N'ONT PAS LA MÊME EXPERTISE OU LES MÊMES OUTILS OU RÉSEAUX POUR ACCOMPAGNER LES PERSONNES AVEC DES VULNÉRABILITÉS SPÉCIFIQUES. »

« CELA NE DOIT EFFECTIVEMENT PAS ÊTRE AUTOMATIQUÉMENT 'VULNÉRABLE, DONC ILA'. CELA DOIT ÊTRE 'VULNÉRABLE, DONC LA PLACE DÉPEND DE LA VULNÉRABILITÉ'. »

Initiatives locales d'accueil

Dans le trajet d'accueil, les ILA constituent généralement la deuxième phase d'accueil tant pour les personnes ayant reçu une décision positive à la suite de leur DPI que pour celles avec un haut taux de reconnaissance. Pour le transfert vers une ILA, le centre d'accueil collectif introduit une demande de transfert. Durant la période de transition⁶⁷, les ILA facilitent le passage de l'aide matérielle à l'aide sociale accordée par les CPAS. Lorsque la personne a obtenu un statut de protection, elle peut continuer à être accueillie au moins deux mois dans une ILA. Le délai peut être prolongé à deux (exceptionnellement trois) reprises d'un mois supplémentaire.

Les installations dans une ILA sont globalement moins complètes que dans un centre d'accueil collectif. Les ILA offrent des places d'accueil individuelles aux résidents où ils disposent d'une plus grande autonomie que dans les centres d'accueil collectifs. En plus de l'allocation journalière (« argent de poche »), ils reçoivent également un pécule hebdomadaire afin de pourvoir à leurs besoins. Les services de base et le logement sont offerts par l'ILA. En revanche, les résidents doivent eux-mêmes préparer leurs repas quotidiens et s'assurer de l'entretien de leur logement. Il n'y a pas de permanence 24h sur 24 ni de service médical ou psychologique. Le séjour en ILA ressemble ainsi davantage à une situation de vie « normale », l'accent étant porté sur l'autonomie. Il s'agit donc d'une forme de logement permettant à la fois de l'autonomie et de l'accompagnement.

Les collaborateurs des ILA interrogés sont favorables au fait que la plupart de leurs résidents ont dorénavant déjà un statut de séjour ou l'obtiendront bientôt. Le caractère incertain du séjour qui semble compliquer la prise en charge dans un centre collectif disparaît pour la plupart des bénéficiaires dans une ILA.

« EN CE QUI CONCERNE LA VULNÉRABILITÉ, SELON NOUS, ET JE PENSE QUE C'EST PAREIL DANS TOUTES LES ILA, C'EST PLUS SIMPLE CAR [...] ON REÇOIT DES GENS AVEC DES PAPIERS DE SÉJOUR DONC ON A UNE AUTRE APPROCHE. »

En parallèle, les collaborateurs des ILA rencontrent également des défis plus spécifiques liés à la phase de transition. Ils estiment que la prise en charge durant la transition est surtout axée sur la recherche d'un logement, ce qui provoque beaucoup de stress et constitue un facteur supplémentaire qui peut rendre les personnes vulnérables.

« COMME CELA A ÉTÉ DIT POUR CES TRANSITIONS, NOUS SOMMES PRESQUE UNE AGENCE IMMOBILIÈRE. IL FAUT CONSTAMMENT CHERCHER DES LOGEMENTS. ON TRAVAILLE TOUJOURS LÀ-DESSUS. »

« PENDANT LA PÉRIODE DE 2 MOIS, 3 MOIS, 4 MOIS QUE NOUS AVONS, NOUS NE POUVONS EFFECTIVEMENT PAS FAIRE D'ACCOMPAGNEMENT. NOUS CHERCHONS SURTOUT UN LOGEMENT ET NOUS ENTAMONS LE PROCESSUS D'INTÉGRATION. »

⁶⁷ L'instruction transition prévoit que la transition n'ait pas uniquement lieu dans une ILA. Il existe trois possibilités complémentaires : (1) la procédure de départ anticipé avec l'aide de chèques-repas, (2) l'orientation vers une ONG ou (3) vers un centre d'accueil collectif.

« MAIS IL ARRIVE QU'ILS NE RESTENT CHEZ NOUS QUE DEUX À TROIS SEMAINES. ON NE PEUT ALORS PAS PROPOSER D'ACCOMPAGNEMENT DIGNE DE CE NOM. NOUS VEILLONS SIMPLEMENT À CE QUE TOUT SE PASSE BIEN POUR EUX. QUE LEUR CPAS SOIT SURTOUT EN ORDRE. ON LÂCHE CES PERSONNES DANS LA SOCIÉTÉ. »

Lors de la désignation de résidents à une place ILA, les Régions tiennent impérativement compte de la langue des enfants à l'école, des besoins médicaux et d'un contrat de travail éventuel. Dans la mesure du possible, il est tenu compte également de la préférence de la personne par rapport à la région de désignation. En plus de ces critères, les Régions essaient de trouver une place de transition à proximité du centre d'accueil collectif précédent mais cela n'est pas toujours possible étant donné qu'il n'existe aucune cohésion structurelle entre les places collectives et individuelles. Par conséquent, les résidents se retrouvent parfois dans une commune située loin de leur précédent centre d'accueil collectif.

« JE VAIS PRENDRE UN EXEMPLE [...] UNE FEMME QUI A ÉTÉ RECONNUE EN TANT QUE RÉFUGIÉE, AVEC TROIS ENFANTS, A DE LA FAMILLE À BRUXELLES. ELLE DEMANDE DE TROUVER UN LOGEMENT À BRUXELLES ET EST ENVOYÉE À BASTOGNE, DANS UN PETIT VILLAGE AVEC UN SEUL BUS LE MATIN ET LE SOIR. »

Il n'y a aucune distinction entre places adaptées et places régulières au sein des ILA. Cela ne veut pas pour autant dire que toutes les places en ILA sont interchangeables. Les places d'accueil génériques au sein des ILA peuvent être très diverses, allant de studios à des chambres dans un immeuble avec des espaces communs partagés. L'instruction transition prévoit que les personnes vulnérables soient orientées surtout vers les ONG partenaires. Comme déjà mentionné, le document de transfert « Annexe B » comprend un volet spécifique qui mesure la vulnérabilité dans le cadre de la transition. Les centres d'accueil collectifs doivent remplir la check-list. Le résident qui répond aux critères établis⁶⁸ peut être désigné à une des places au sein du projet « transition vulnérable » de Caritas International. En réalité, cette désignation n'a pas toujours lieu, entre autres du fait de la configuration des places disponibles (manque de places pour personnes isolées) et d'une offre plus importante en Wallonie. Dans ce cas, la transition a lieu soit dans un centre d'accueil collectif soit au sein d'une ILA. L'inconvénient de la transition dans les centres collectifs est que depuis l'entrée en vigueur du nouveau modèle d'accueil, leur expertise en matière de recherche de logements a été réduite. Quant aux ILA, l'inconvénient est que les aménagements spécifiques pour personnes vulnérables ne sont pas garantis. Si une personne vulnérable avec des besoins spécifiques est désignée à une ILA, le personnel doit être mis au courant et l'ILA peut également refuser la désignation. Il est souvent difficile pour une ILA d'estimer à l'avance dans quelle mesure une personne avec des besoins spécifiques pourra être aidée.

En raison d'un manque de places médicales, Fedasil a également permis aux ILA d'accueillir les personnes avec des problématiques médicales⁶⁹. Actuellement, jusqu'à 100 personnes avec des besoins médicaux peuvent déjà être désignées à une ILA pendant leur procédure. À cette fin, un tarif majoré lié à la personne à accueillir peut être octroyé. Ce tarif reste en vigueur tout au plus six mois après la désignation. La Région Nord et la Région Sud

⁶⁸ Les travailleurs sociaux des centres complètent selon leur appréciation une check-list. Il ne suffit cependant pas de répondre aux critères. Les directeurs régionaux respectifs doivent toujours approuver la désignation.

⁶⁹ Pour plus d'informations, voir l'instruction : « Tarif lié à la personne avec besoin spécifique en initiative locale d'accueil : Explication quant au processus de désignation et suivi » (dd. 1er août 2017). Il s'agit d'un projet pilote (provisoire) pour créer davantage de places pour les personnes avec des besoins spécifiques, à savoir les personnes avec un problème médical et/ou psychiatrique et les mineurs (à partir de 17 ans) avec un titre de séjour de plus de 3 mois. Il manquait, pour les deux catégories, des places d'accueil suffisantes. Pour les personnes avec un problème médical et/ou psychiatrique, ce rapport abordera plus loin les places médicales spécifiques proposées par les centres d'accueil collectifs et des partenaires de l'accueil. Étant donné que l'offre de places spécifiques ne pouvait pas suivre la demande, l'instruction a comme objectif de faire en sorte que les initiatives locales d'accueil, qui offrent en principe des places génériques, puissent également accueillir les demandeurs de protection internationale avec un problème médical et/ou psychiatrique. Contrairement au nouveau phasage prévu dans le modèle d'accueil, ces résidents ne doivent pas encore avoir reçu de statut de séjour. Les ILA reçoivent un tarif majoré lié à la personne si elles donnent suite à cette offre. Cela se fait sur une base volontaire, elles ont toujours le droit de refuser une désignation..

utilisent cette option comme dernier recours au cas où d'autres désignations à des centres d'accueil collectifs ou à des ONG auraient échoué. Elles sont cependant d'avis qu'il est très difficile de convaincre les ILA d'accueillir ces profils, entre autres parce que les personnes, malgré leur vulnérabilité, n'auront droit qu'à un délai de transition régulier de 2 + 1 + 1 mois⁷⁰. D'après les Régions, il y a également des ILA qui sont particulièrement motivées d'accueillir des personnes vulnérables car dans ce cas, elles peuvent faire davantage en terme d'accompagnement, - et pas se limiter à la recherche de logement, ce qui est perçu comme trop limité par de nombreux travailleurs sociaux.

A côté des ILA, il existe aussi la SOI de Gand. La SOI a été mise en place en 2004 et a fonctionné de 2007 à 2016 comme un centre d'accueil collectif. Depuis l'introduction de l'instruction transition, elle devenue une structure d'accueil individuelle. La SOI propose un hébergement à 12 personnes avec des problématiques médicales ou psychologiques, en plus d'autres catégories que le public de Fedasil. Pour ces places dites « groupes cibles spécifiques », un tarif majoré (69,14€) est accordé. En revanche, la période d'accueil prévue pour la transition n'a pas été spécifiquement adaptée (2 mois + deux prolongations possibles)⁷¹. La SOI ne dispose pas elle-même de personnel médical formé mais l'emplacement dans un contexte urbain permet de collaborer notamment avec des maisons médicales.

Nom	Public cible	Désignation	Finances	Capacité	Transition
Instruction Tarif lié à la personne	Problème médical/psychologique	Pendant la procédure	Tarif majoré lié à la personne (69,14€)	100	2 mois + 1 + 1 mois
SOI Gand	Problème médical/psychologique	Pendant la procédure	Tarif majoré (69,14€)	12	2 mois + 1 + 1 mois

Le délai du séjour dans une ILA peut être adapté à la situation spécifique d'une personne. Le service « Gestion des processus » au siège central de Fedasil examine les demandes de prolongation. Cinq jours avant l'expiration du délai de transition de 2 mois, un travailleur social peut introduire une demande de prolongation. À cette fin, il doit indiquer les étapes entreprises lors de la recherche d'un logement. La première prolongation d'un mois est en principe toujours octroyée. En cas de deuxième prolongation, un examen plus approfondi a lieu pour savoir si un logement a suffisamment été recherché. C'est la condition afin de pouvoir prolonger le délai de transition. L'instruction transition prévoit que dans des cas exceptionnels, une troisième prolongation d'un mois peut être obtenue s'il y a une atteinte à la « dignité humaine » du résident. Selon le service « Gestion des processus », ce sont là surtout les profils médicaux qui sont visés. Lorsque les travailleurs sociaux donnent des motifs liés à la santé physique ou mentale, il est fait appel au service médical du siège central pour évaluer la demande. Par « dignité humaine », sont également visées d'autres situations ayant compliqué la recherche d'un logement indépendamment de la volonté de la personne, comme une erreur administrative ayant retardé l'obtention d'une carte de séjour. D'autres facteurs, considérés par des collaborateurs ILA comme à risque, ne sont cependant pas acceptés, comme

⁷⁰ Le 4 juin 2018, la Direction des services opérationnels a envoyé à l'accueil Région Nord et Sud une communication concernant le dispositif de transition pour les personnes vulnérables résidant dans une initiative locale d'accueil sur la base de l'instruction des personnes à taux majoré. Cette communication répondait aux signes d'inégalité de traitement entre les différentes trajectoires de transition des personnes vulnérables. Dans ce contexte, les personnes qui résident dans une ILA sur la base d'un taux majoré bénéficient d'une période de transition plus longue.

⁷¹ Dans le contexte de la prolongation de la période de transition pour les personnes à taux majoré (voir la note précédente), à compter de juin 2018, les personnes vulnérables qui séjournent dans la SOI ont également bénéficié d'une durée ajustée.

des difficultés rencontrées dans la recherche d'un logement, en cas d'analphabétisme ou encore en cas de famille nombreuse. Selon les travailleurs sociaux interrogés, ce sont surtout ces personnes qui ont besoin de plus de temps pour se préparer à une vie autonome après l'accueil. En cas de refus d'une prolongation, la structure d'accueil est appelée et les Régions sont également mises au courant de toutes les décisions.

« CE N'EST PAS COMME ÇA AVEC CES TRANSITIONS, NOUS N'ALLONS PAS DEMANDER DE REPORT SI CE N'EST PAS NÉCESSAIRE. MAIS C'EST ÉGALEMENT UNE QUESTION DE CONFIANCE DE FEDASIL ENVERS LES PERSONNES SUR LE TERRAIN ET LES PROFESSIONNELS. NOUS AVONS ÉGALEMENT LES MEILLEURES INTENTIONS POUR LES GENS ET LE SYSTÈME ET C'EST PARFOIS TELLEMENT DIFFICILE, ON A PARFOIS L'IMPRESSIION D'ÊTRE LÂCHÉS 'ALLEZ-Y, ALLEZ-Y' MAIS AU MOMENT OÙ ILS DOIVENT PARTIR, ILS DOIVENT VRAIMENT PARTIR. C'EST ALORS TRÈS STRICT. ALORS QUE NOUS POUVONS SENTIR SI QUELQU'UN A BESOIN DE PLUS DE TEMPS. ACCORDEZ-LE LUI DANS CE CAS, ET LAISSEZ-NOUS DÉCIDER. »

En comparaison avec les centres d'accueil collectifs, l'accompagnement dans les ILA est très individualisé. Chaque accompagnement dans une ILA est spécifique. Lorsque par exemple une personne n'est pas en mesure d'habiter seule ou de chercher seule un logement, le personnel peut proposer plusieurs sortes d'accompagnement, comme venir régulièrement à domicile.

« ET C'EST PARFOIS PARCE QUE NOUS AVONS CETTE ATTITUDE OUVERTE QUE NOUS DEVONS PARFOIS NOUS DIRE 'ATTENTION, IL NE FAUT PAS ALLER TROP LOIN' CAR APRÈS, ON NE SAIT PAS COMMENT CELA VA SE PASSER AVEC L'ACCOMPAGNEMENT. JE DOIS ENCORE ALLER MANGER DANS 20 FAMILLES. CAR ILS M'INVITENT. ET JE PRENDS SOUVENT LE BUS ET ILS UTILISENT AUSSI TOUJOURS LE BUS. DONC JE LES CROISE ET ILS ME DISENT QUE JE DOIS VENIR CHEZ EUX. DONC MA VIE SOCIALE COMMENCE À ÊTRE SOUS PRESSIION [...] ILS SONT HABITUÉS À UN ASSISTANT QUI FAIT PRATIQUÉMENT TOUT POUR EUX. QU'ILS CONSIDÈRENT D'AVANTAGE COMME DE LA FAMILLE OU UN FRÈRE. JE SUIS LE FRÈRE DE TOUT LE MONDE. DONC ILS REVIENNENT ENCORE PAR APRÈS. [...] »

L'accompagnement individualisé qui est proposé par les ILA a aussi ses limites. En raison du bref délai de transition, cela devient de plus en plus difficile de poursuivre cette approche individualisée. Tous les collaborateurs des ILA, surtout les travailleurs sociaux et les éducateurs, ne sont pas formés pour traiter les problèmes médicaux et psychologiques ou ne connaissent pas le fonctionnement du marché immobilier. Il manque également des équipes multidisciplinaires dans les ILA, qui peuvent répondre à divers besoins d'accueil spécifiques.

En raison de l'expertise limitée des collaborateurs de terrain, les ILA dépendent du recours aux partenaires externes, davantage que les centres d'accueil collectifs. Il y a cependant deux barrières. D'une part, les ILA sont plus dispersées sur le territoire belge que les centres d'accueil collectifs, ce qui fait qu'elles peuvent être très éloignées des prestataires d'aide externes. Pour faire appel aux partenaires externes, des frais de déplacement élevés doivent donc être consentis. Cela vaut en particulier pour les organisations de prise en charge très spécialisées, comme celles qui s'occupent des problématiques de dépendance, de traite des êtres humains, des violences sexuelles ou des LGBTI. Lorsque les personnes sont accueillies dans une ILA, cela peut par conséquent mener à une rupture de la continuité de l'accompagnement entamé dans les centres collectifs par les organisations externes. D'autre part, les ILA tombent sous un autre règlement financier que les centres d'accueil collectifs, ce qui peut avoir un impact sur les partenaires externes auxquels il fait recours. Les ILA reçoivent de Fedasil une contribution forfaitaire

par place d'accueil, selon le taux d'occupation et le type de résident. Bien que Fedasil détermine le cadre dans lequel les ILA doivent opérer, c'est le Conseil du CPAS qui prend la décision finale sur la manière dont le montant forfaitaire doit être dépensé. Cela a par exemple un impact sur la fréquence à laquelle il est fait appel aux services d'interprétariat et aux médiateurs interculturels. Les ILA essayent d'inscrire aussi vite que possible les résidents à une mutualité. En attendant, c'est le Service public fédéral de programmation Intégration sociale et non pas Fedasil qui rembourse les frais médicaux pour les ILA. Certains suivis, comme le traitement psychologique, ne sont par exemple pas remboursés.

« C'EST BIEN ÉVIDEMMENT AUSSI UNE QUESTION D'ARGENT. NOUS DEVONS TOUJOURS DEMANDER AU CPAS ET AU CONSEIL 'OK, PEUT-ON INVESTIR DE L'ARGENT LÀ-DEDANS ?'. [...] ENSUITE NOUS DEVONS RÉALISER UN RAPPORT ET ESPÉRER QUE LE CONSEIL D'ADMINISTRATION NOUS SUIVRA. ET QUE DE L'ARGENT DES FONDS PRIVÉS Y SERA CONSACRÉ. »

« SOLENTRA FAIT UN TRAVAIL FORMIDABLE. MAIS NOUS NE RECEVONS PAS D'ARGENT POUR ÇA, DONC C'EST 50 EUROS PAR SESSION À PAYER PAR LE CLIENT MÊME, EN AYANT 65 EUROS PAR SEMAINE POUR MANGER. DONC JE ME DEMANDE POURQUOI JE PASSE MON TEMPS À Y ALLER. »

Certaines organisations externes, dont Caritas International, Convivial ou les CAW soutiennent les ILA dans le défi que représente la recherche d'un logement. L'accès à l'offre de ces organisations varie cependant fortement d'une région à l'autre. Selon ces organisations externes, il est très problématique que ni Fedasil, ni les ILA ne contribuent financièrement à ces services externes de recherche de logement.

« LES ILA S'APPUIENT TROP SUR NOUS EN CE QUI CONCERNE LA RECHERCHE D'UN LOGEMENT. SUR LE TERRAIN, NOUS RENCONTRONS SOUVENT DES RÉFUGIÉS QUI SONT SOIT SANS-ABRIS, SOIT QUI ONT ÉTÉ FORCÉS À LOUER DES LOGEMENTS INSALUBRES, TROP CHERS OU AVEC DES CONTRATS DE LOCATION DE TRÈS COURTE DURÉE. LORSQUE CES PERSONNES ONT QUITTÉ L'ILA, ELLES NE POUVAIENT INTRODUIRE AUCUN RECOURS CONTRE L'ILA QUI NE LES AVAIT PAS ASSEZ ACCOMPAGNÉES DANS LEUR RECHERCHE D'UN LOGEMENT, OU QUI LES AVAIT AU CONTRAIRE CONDUITES À FAIRE DE MAUVAIS CHOIX PAR MANQUE DE TEMPS. »

Nous avons constaté que les ILA ont souvent recours aux bénévoles pour répondre aux besoins d'accueil spécifiques des résidents. Cela peut prendre diverses formes, allant de systèmes de mentorat (« buddy's ») qui aident à la recherche de logement à l'aide des personnes à mobilité réduite dans leurs déplacements.

« NOUS AVONS COMMENCÉ À NOUS Y PRÉPARER CAR NOUS AVIONS REÇU TELLEMENT DE DOSSIERS MÉDICAUX QUE NOUS AVONS CONSTITUÉ UN GROUPE DE BÉNÉVOLES TOUT AUTOUR ET AVONS EU MOINS RECOURS AUX CENTRALES MOBILES POUR ACCOMPAGNER CES PERSONNES DANS LEURS DÉPLACEMENTS. OUI, C'EST UNE AUTRE MANIÈRE DE TRAVAILLER. »

Enfin, en ce qui concerne la possibilité de transferts, il a été constaté que les ILA n'en font que rarement usage. Bien que la possibilité d'un transfert demeure, les collaborateurs de terrain semblent rarement entreprendre des

étapes après la désignation à une ILA afin de trouver une place mieux adaptée. Pendant la brève période d'accueil, le transfert de personnes est considéré comme irréalisable et non souhaitable étant donné que cela perturberait la continuité de l'accompagnement.

Partenaires d'accueil spécifiques

La première partie de ce rapport a déjà abordé la réduction de la capacité d'accueil individuelle chez les ONG et leur réorientation vers des groupes cibles spécifiques. Jusqu'à présent, dans le cadre de l'accueil, trois conventions ont été conclues avec des ONG pour les groupes cibles spécifiques⁷². C'est justement en raison de leur caractère spécialisé que l'offre d'accompagnement est très diversifiée. Il s'agit (1) du Ciré qui gère 82 places médicales en collaboration avec des organisations partenaires (avec de la place supplémentaire pour 111 membres de la famille qui accompagnent), (2) de l'accueil de 25 femmes vulnérables (et 53 enfants) au sein des « Les Logis de Louvranges », gérés par Caritas International et (3) de l'accueil de 80 personnes vulnérables (et 42 membres de la famille) dans le cadre du projet « Transition vulnérables » de Caritas International. La désignation au Ciré et à Louvranges a lieu pendant le traitement de la demande de protection, alors que dans le cas du projet de transition de Caritas International, seuls les bénéficiaires avec un statut de séjour entrent en considération. De toute façon, un délai de transition adapté est de mise dans chacune des conventions. Il s'agit d'un délai standard de trois mois, prolongeable une fois de trois mois.

Les personnes peuvent être sélectionnées pour ces places d'accueil spécifiques pour différentes raisons. Premièrement, il peut s'agir de raisons médicales, comme des personnes avec une autonomie réduite qui sont incontinentes, ayant besoin de soins paramédicaux externes ou exigeant la proximité d'un hôpital. Deuxièmement, il peut aussi s'agir de personnes souffrant de problèmes psychologiques ou psychiatriques, comme les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité ou d'une forme grave d'autisme. Dans le cas d'une combinaison de plusieurs facteurs médicaux ou psychologiques, on parle alors de personnes infirmes, ou bien de personnes ayant besoin de soins importants (« high care »). Troisièmement, il y a également d'autres motifs qui peuvent être une raison de désigner des personnes à des partenaires d'accueil spécifiques. Il s'agit par exemple de victimes de viol, d'une relation parent-enfant problématique, d'une famille nombreuse ou d'analphabétisme. Le tableau ci-dessous donne un aperçu de l'offre de places spécifiques chez ONG partenaires de l'accueil.

⁷² Fedasil a conclu pour la première fois en 2015 avec les organisations Ciré et Vluchtelingenwerk Vlaanderen une convention spécifique pour 124 places pour l'accueil des personnes vulnérables avec un problème médical et/ou psychologique spécifique. À l'époque, il existait déjà une collaboration pour l'accueil de 22 femmes vulnérables dans les Logis de Louvranges, gérés par Caritas International. En 2016 et début 2017, les conventions avec le Ciré, Vluchtelingenwerk et Caritas International furent poursuivies. En juillet 2017, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, qui avait une capacité d'accueil de 92 places, a cessé l'accueil. Ceci fut partiellement compensé par l'augmentation de la capacité d'accueil spécifique du Ciré, dont la capacité est passée de 35 places médicales spécifiques début 2017 à la capacité actuelle de 82 places. La capacité d'accueil du Ciré a entre autres augmenté du fait que Caritas International a transféré au Ciré ses places d'accueil individuelles, auparavant organisées par Vluchtelingenwerk Vlaanderen. Le nombre total de places spécifiques, réparties entre le Ciré, Vluchtelingenwerk Vlaanderen, et Caritas International, a de ce fait reculé de 146 places en 2015 à 107 places en 2017 et 2018. Parallèlement à cette diminution, une nouvelle sorte de capacité d'accueil fut également créée du côté de Caritas International dans le cadre de la transition des personnes vulnérables. Si nous tenons aussi compte de ces places de transition vulnérables, il est question d'une augmentation du nombre de places spécifiques.

Nom	Public cible	Désignation	Finances	Capacité	Transition
Ciré SESO, Caritas International, Aide aux Personnes Déplacées, Centre Social Protestant	Problème médical/psychologique	Pendant la procédure	Tarif majoré (69,14€)	72 (+ 111)	3 mois + 3 mois
	High Care		Tarif majoré (81,86€)	10	
Caritas International Louvranges	Problème médical/psychologique/social	Pendant la procédure	Tarif majoré (81,86€)	25 (+ 53)	3 mois + 3 mois
Caritas International Transitie kwetsbaren	Problème médical/psychologique/social	Après obtention du statut de protection	Tarif majoré (69,14€)	70 (+ 42)	3 mois + 3 mois
	High Care		Tarif majoré (81,86€)	10	

En principe, l'identification de la vulnérabilité et des besoins spécifiques a lieu avant la désignation à ces partenaires spécifiques. C'est pourquoi les ONG n'ont pas été abordées lors de la discussion précédente du processus d'identification. Comme les ONG ne sont pas concernées en premier lieu par l'identification, elles ont en principe peu de contrôle sur la date de la désignation, ce qui peut parfois conduire à des tensions. Les ONG ont l'impression qu'il est fait parfois recours à elles seulement lorsqu'il est trop tard dans le trajet d'accompagnement. Il n'y a presque pas de désignations directes à des ONG et avant qu'un transfert vers une ONG ne soit considéré, de très nombreuses étapes doivent être généralement entreprises par le centre d'accueil collectif afin d'adapter la place et l'accompagnement. Selon elles, la qualité de l'accompagnement pourrait être augmentée pour certains dossiers si elles étaient impliquées plus tôt. Pour avoir quelque peu d'influence sur le processus d'identification, des procédures spécifiques ont été élaborées. Il peut s'agir de conditions particulières pour le transfert, d'une implication active lors de la sélection ou d'une combinaison des deux.

Pour une désignation à l'une des places chez les organisations partenaires du Ciré, la cellule médicale de la Région Nord ou Sud prend contact avec le Ciré. Un référent médical du Ciré évalue ensuite à nouveau la désignation, prend contact avec le centre initial et désigne la personne concernée en interne, dans son propre réseau. Il n'y a donc aucune désignation directe possible par Fedasil. Le Ciré n'a toutefois pas la compétence de refuser des demandes, à moins qu'il n'y ait des obstacles pratiques, comme une inadéquation de la composition familiale. Les Régions peuvent également signaler la personne comme « high care » lors du transfert médical. Un tarif majoré est alors prévu et la personne est accueillie dans les places prévues à cet effet au SESO (Service Social de Solidarité Socialiste).

Cela exige une approbation, en raison du tarif majoré, tant de la cellule médicale de la Région que du directeur régional.

En ce qui concerne les désignations aux « Logis de Louvranges », des profils spécifiques ont été fixés entre Caritas International et Fedasil. Le centre accueille uniquement des femmes majeures, éventuellement avec des enfants. Cela peut être des femmes avec un problème médical ou psychologique qui peut être déterminé au moyen des labels dans Match-IT. Pour délimiter le groupe cible, des critères particuliers comme la traite des êtres humains ou la négligence peuvent être pris en considération. Il n'existe pas de check-list fixe avec laquelle de telles situations uniques peuvent être signalées lors d'une demande de transfert. Dans les Régions, le service médical décide en concertation avec le directeur régional si une personne entre en considération. Caritas International n'a en principe pas la compétence de refuser une désignation mais une concertation peut avoir lieu au préalable entre le Dispatching ou les Régions et l'ONG pour évaluer la faisabilité et l'opportunité d'une désignation.

Quant au projet transition de Caritas International, une liste de critères séparée a été dressée et reprise dans le document de transfert annexe B. Cette liste de critères est indépendante du labelling dans Match-It. Les collaborateurs des centres d'accueil complètent la check-list vulnérabilité et les Régions Nord et Sud évaluent si une personne entre réellement en considération. Ensuite, Caritas International examine en interne à quelle place d'accueil une personne va être désignée. Si les Régions estiment, sur base d'une concertation entre la cellule médicale et le directeur régional, qu'une personne appartient à la catégorie « high care », Caritas International organisera toujours une rencontre entre la personne et les éventuels futurs accompagnateurs. La rencontre a lieu dans la structure d'accueil dans laquelle la personne séjourne à ce moment-là, ce qui permet d'observer directement la manière dont la place d'accueil et l'accompagnement doivent être adaptés. Le labelling dans Match-IT est considéré par Caritas International comme insuffisant pour les situations « high care ». La rencontre est alors une sorte de deuxième identification qui doit évaluer si une personne peut être aidée avec le transfert vers une place « high care ». En principe, la rencontre peut conduire à la modification de la demande de transfert parce que la personne choisit elle-même de rester dans la place d'accueil initiale ou parce que Caritas International trouve son offre d'accueil insuffisamment adapté.

Alors que les centres d'accueil collectifs ont quelques places groupes cibles spécifiques et que les ILA adaptent une partie de l'accompagnement aux personnes vulnérables, le public cible de ces ONG se compose uniquement de personnes vulnérables avec des besoins spécifiques. Elles constatent que le profil spécifique de leurs résidents implique une lourde charge de travail et sont de plus en plus souvent confrontées à devoir prodiguer des soins palliatifs, par exemple avec le décès d'un résident. Par ailleurs, tout le monde nécessite un accompagnement très individualisé.

En ce qui concerne les équipements généraux des places d'accueil des ONG, il s'agit toujours d'accueil dans des places individuelles. Les résidents disposent de leur propre chambre privée, mais doivent parfois quand même partager des espaces de vie communs. En raison des économies d'échelle, il y a souvent des regroupements. Bien que les places soient individuelles, il y a malgré tout une variation dans l'autonomie des résidents. En ce qui concerne les besoins quotidiens (dont la préparation des repas), ceci peut aller de l'autonomie complète à une dépendance totale de l'accompagnement et des soins ambulatoires externes. De cette manière, il est possible de répondre à un public vulnérable varié. D'après les personnes concernées, l'accueil dans les logements individuels crée un climat qui est mieux adapté à de nombreuses personnes vulnérables. Pour les personnes avec un problème médical, l'infrastructure est adaptée en termes de propre salle de bain, d'accessibilité, etc. Le fait d'habiter dans un logement

individuel augmenterait également le bien-être d'un résident, ce qui rendrait par exemple une maladie plus supportable. Pour les personnes avec un problème psychologique, une place individuelle est souvent mieux adaptée parce que le régime collectif des centres d'accueil peut, en raison de tensions dans un centre, être à l'origine de crises compte tenu d'une réglementation stricte ou des nuisances sonores.

Pour répondre aux besoins d'un public cible varié, plusieurs ajustements sont possibles. Certains résidents ont besoin d'une place adaptée, d'autres d'un accompagnement adapté et d'autres encore exigent les deux. Au niveau des places adaptées, les logements sont par exemple pourvus d'un sanitaire individuel, d'une accessibilité accrue pour les chaises roulantes, sont situés à proximité d'établissements médicaux et offrent la possibilité d'organiser des moments de rencontre collectifs. Par exemple, les Logis de Louvranges offrent un complexe dans un environnement rural où les résidents ont chacun leur propre studio. Cet emplacement est propice au calme et à l'anonymat des femmes et mères seules vulnérables. Les places de transition de Caritas International se trouvent quant à elles dans un environnement urbain. L'objectif est d'accroître les chances de trouver un logement individuel dans la même commune et de pouvoir utiliser les services davantage concentrés dans les villes (comme les soins à domicile ou les hôpitaux). L'offre relativement limitée de places spécifiques complique cependant le fait de générer suffisamment de diversité (par exemple en termes d'emplacement, de taille de la famille), raison pour laquelle une désignation échoue parfois pour des raisons pratiques..

Au niveau de l'accompagnement spécifique, il s'agit par exemple de la présence régulière ou permanente du personnel médical, de thérapies de groupe ou de la disponibilité d'une crèche pour jeunes enfants. Ce service de prise en charge spécialisée exige davantage de moyens financiers. Deux niveaux sont utilisés (69,14 € ou 81,86 €), qui dépendent du degré de prise en charge permanente exigé (par exemple la présence d'un concierge ou de personnel infirmier pendant les heures de bureau).. Dans de nombreux cas, il existe une composante médicale à la vulnérabilité d'une personne. Le caractère relativement à faible échelle et individuel de l'accueil chez les ONG complique le fait d'avoir un service médical centralisé à part entière. Certaines ONG décident de mettre en place un accompagnement « intégral » où tous les accompagnateurs sont au courant des aspects à la fois médicaux et sociaux. Dans des situations complexes, les collaborateurs de terrain des ONG perçoivent le fait d'établir une distinction stricte entre différents problèmes comme artificiel. S'ajoute à cela par exemple un dossier personnel unifié qui peut être consulté par chacun durant les concertations multidisciplinaires.

Bien que l'accompagnement d'une personne avec un problème spécifique occupe une place centrale dans la désignation à une place spécifique, les ONG interrogées insistent sur le fait que l'accompagnement d'éventuels membres de la famille n'est pas non plus à négliger. Pour le moment, en cas de membres supplémentaires d'une famille, seul un budget d'accueil limité de 21,20 € est prévu, ce qui est peu pour mettre à disposition suffisamment de ressources humaines. L'accompagnement d'un membre de la famille vulnérable exige souvent un accompagnement de proximité, ce qui fait que les autres membres de la famille peuvent aussi devenir vulnérables et avoir besoin d'un accompagnement spécifique.

Après l'obtention d'un statut de séjour, le public cible exige souvent un accompagnement très intensif lors de la recherche d'un logement. Les difficultés générales que rencontrent les personnes avec un statut de séjour pour trouver un logement (comme le manque de connaissances du marché immobilier, la barrière de la langue, la discrimination), sont encore davantage renforcées pour ces personnes vulnérables. Cela demande par exemple davantage de soutien pour la recherche d'un logement ou que les visites de logements soient accompagnées. Pour les personnes « high care », la situation est généralement plus difficile encore. Leurs chances sur le marché

immobilier régulier sont si limitées que le personnel entame des recherches auprès de l'accueil spécialisé, par exemple les institutions psychiatriques, les habitations accompagnées et protégées ou les établissements de repos et de soins. Trouver une possibilité de sortie dans le délai de transition relativement court est un vrai défi étant donné la pénurie de ce type de places. Le personnel doit alors également être bien au courant de la carte sociale et des procédures de demande.

Malgré toutes les adaptations, les ONG sont d'avis qu'elles ne peuvent pas répondre aux besoins spécifiques à tous les égards. Un soutien est par exemple exigé des hôpitaux, des centres de désintoxication, des organisations pour femmes et autres. À titre d'illustration, nous pouvons renvoyer aux places « high care » de Caritas International où l'on ne parvient pas à garantir une permanence sur place de 24 heures dans les limites budgétaires. En collaboration avec la mutualité, un système d'alarme personnel a été installé, qui peut être utilisé dans des situations d'urgence. Cet exemple illustre qu'en raison de la nature spécifique du public cible, des relations de collaboration structurelles et durables peuvent être plus facilement créées avec des organisations externes. La collaboration ne se limite pas aux contacts ad-hoc, basés sur les dossiers, mais s'ancre dans des réunions formelles ou a un caractère récurrent.

Après la désignation à un partenaire d'accueil spécialisé, des transferts sont rarement demandés. Il est possible que les personnes pour qui les facteurs de risque ont disparu soient de nouveau accueillies au sein d'une place d'accueil régulière. De cette manière, la saturation du nombre limité de places spécialisées peut être évitée. Cependant, la gravité du problème ne le permet souvent pas. De plus, les collaborateurs de terrain craignent qu'un transfert ne perturbe le faible équilibre atteint chez les ONG. Si dans une famille, la personne avec un problème spécifique venait à décéder, le reste de la famille devrait en principe retourner dans une place générique. Les ONG essaient toujours d'éviter cela car la perte d'un proche rend les autres membres de la famille vulnérables et un transfert peut être risqué.

Les ONG mettent en avant les effets négatifs des (trop nombreux) transferts. Plus tôt ils parviennent à mettre en place l'accompagnement intégral, moins il y aura de risque de perte d'informations et moins les demandeurs éprouveront des difficultés d'adaptation. C'est pourquoi il y a également une attitude positive à l'égard de la pratique de prévoir la période de transition au sein d'une place d'accueil spécifique. L'harmonisation de la place est tellement sur mesure que déplacer les résidents vers une ILA après l'obtention d'un statut de protection a peu de sens. Le projet de transition, qui offre de la place aux personnes avec un statut de protection, reçoit dans cette perspective une arrivée de personnes vulnérables tardivement dans le trajet d'accueil. Bien qu'il soit approuvé qu'un accueil spécifique puisse être garanti jusque dans la dernière phase du trajet, l'impression globale est également qu'une désignation plus précoce aurait parfois été un meilleur choix.

Orientations externes: un soutien complémentaire

Les partenaires d'accueil font régulièrement appel à des acteurs externes, aussi bien pour l'identification des vulnérabilités et des besoins spécifiques que pour la prise en charge. Vu les options de transfert limitées, les partenaires d'accueil donnent la priorité aux orientations externes. L'éventail des acteurs externes est très large. Au cours de cette étude, une distinction a été faite entre plusieurs groupes, en fonction de leur expertise, comme les soins médicaux (médecins, pharmaciens, pédiatres, dentistes, kinésithérapeutes, ostéopathes, centres de révalidation, gynécologues, cliniques d'avortement), les soins de santé mentale (centres de santé mentale, psychologues, pédopsychiatres, psychothérapeutes, thérapeutes de relaxation, aide aux toxicomanes), le genre et

sexualité (sexologues, groupes de parole pour femmes, organisations LGBTI), la violence liée au genre (accompagnement des victimes de la traite des êtres humains, de torture, ONG pour les victimes de mutilations génitales féminines, violence intrafamiliale ou mariages d'enfants), l'éducation et l'enseignement (groupes de parole pour les parents, ONE, garderies, familles d'accueil, numéro d'appel pour les parents), le bien-être général (maisons de repos et de soins, CAW, centres d'information pour les jeunes, soins à domicile), l'emploi (services d'aide à l'emploi), le logement (agences sociales de location, services de logement), l'intégration et la langue (services d'interprétariat et médiateurs interculturels, travail bénévole). Cette division en groupes n'est cependant pas stricte. Une organisation peut en fait avoir plusieurs expertises. La grande diversité des services externes renforce l'accompagnement offert par les structures d'accueil. Le public cible peut être très varié. Il y a des organisations qui ne s'adressent qu'aux demandeurs de protection internationale, certaines se focalisent plus largement sur les personnes avec une origine migratoire ou les personnes vulnérables, mais il y a également des organisations qui aident un public cible général. Il y a des organisations externes qui reçoivent une compensation financière pour leurs services. Les organisations externes peuvent toutefois également recevoir des moyens d'autres pouvoirs publics, des fonds (comme la Fondation Roi Baudouin) ou fonctionner sur base de leurs propres moyens.

Les collaborateurs de terrain des centres d'accueil interrogés estiment qu'ils rencontrent souvent beaucoup d'obstacles avec les services d'aide. Les organisations externes ne sont par exemple pas toujours au courant de la situation juridique spécifique des demandeurs, il existe un fossé linguistique et culturel ou l'expérience manque avec les situations particulières des demandeurs (comme les traumatismes de guerre ou la torture). De plus, certains services refuseraient de commencer l'accompagnement de demandeurs parce que leur droit de séjour est encore temporaire et ne suffira peut-être pas pour la durée de l'accompagnement.

« ILS NOUS DISENT 'OUI, LES PROCÉDURES SONT SI LONGUES QU'ON NE PEUT PAS Y FAIRE GRAND-CHOSE.' ET J'AI ALORS RÉPONDU QUELQUE CHOSE COMME 'MAIS CES ENFANTS SONT NÉS ICI. FAITES QUELQUE CHOSE ! ILS VONT RESTER ICI'. MAIS RIEN. C'EST TRÈS FRUSTRANT. »

En raison de ces obstacles structurels vers l'aide régulière, Fedasil tente de renforcer l'aide externe pour son public cible. Il existe en principe deux possibilités de financement : le financement de projet ou le financement sur base de prestations individuelles. Au moyen du financement national d'organisations externes, Fedasil cherche à répondre aux services qui ne peuvent pas être, ou difficilement, proposés au sein du réseau d'accueil. Chaque année, l'Agence lance à cette fin un appel à projets. Les besoins des personnes vulnérables faisaient déjà partie d'une des priorités pour 2014. Il s'agit d'une attention constante dont le thème est remis chaque année sur la liste des priorités. Certaines organisations ont auparavant reçu un financement de projet, ce qui donne une sécurité provisoire, mais elles l'ont perdu en faveur du financement sur base des engagements de paiement individuel (réquisitoire) pour les services d'aide. Pour le moment, le financement de projet est réservé aux initiatives novatrices. Certaines des organisations interrogées déplorent ce changement. Elles estiment que cela peut mener à de longs délais d'attente, des restrictions au niveau du public cible de certains projets et à une discontinuité de l'offre et de la qualité.

« AUJOURD'HUI, NOUS NE TRAVAILLONS PLUS QUE SUR BASE DES RÉQUISITOIRES ET C'EST DOMMAGE. LES LIENS AVEC LE SIÈGE CENTRAL DE FEDASIL ONT ÉTÉ FORTEMENT LIMITÉS SUITE À CELA. »

« OBSTACLE OPÉRATIONNEL : COMME NOUS NE RECEVONS PAS DE MOYENS STRUCTURELS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL POUR NOUS OCCUPER DE CETTE THÉMATIQUE, NOUS DÉPENDONS TOTALEMENT DES SUBVENTIONS DE PROJETS. CE QUI FAIT QUE NOUS AVONS UNE PUISSANCE D'IMPACT LIMITÉE ET QUE NOUS NE POUVONS PARFOIS ENTREPRENDRE CERTAINES ACTIVITÉS QUE PROVISOIEMENT. CECI FAIT QUE NOUS NE POUVONS PAS NON PLUS TOUJOURS RÉPONDRE AUX ATTENTES DES STRUCTURES D'ACCUEIL. »

Les structures d'accueil ne s'adressent pas toutes aux mêmes organisations externes. Il n'existe pas non plus de répartition homogène des organisations sur le territoire belge et d'une région à l'autre, d'importantes disparités existent dans la disponibilité de l'aide externe. Il est impossible de rendre compte dans ce rapport de tous les domaines d'expertise. Nous allons nous limiter à l'analyse de trois groupes spécifiques : (1) l'accompagnement médical, (2) les besoins psychologiques et (3) le genre, la sexualité et la violence liée au genre, qui sont les thèmes les plus représentés dans l'enquête. Au sein de ces trois domaines d'expertise également, d'importantes différences sont à distinguer au niveau de l'approche et du focus.

Au niveau de l'accompagnement médical, une orientation vers un médecin (ou un médecin spécialisé) ou un prestataire de soins de santé est souvent recommandée. Les structures d'accueil ne disposent pas d'un vaste cadre de personnel médical. Les services médicaux dans les centres d'accueil collectifs assurent par exemple un premier diagnostic et un éventuel suivi mais ne peuvent pas proposer d'aide médicale à part entière. Souvent, une collaboration a également lieu avec les services médicaux ambulants comme la Croix Jaune et Blanche, l'ONE ou « Familiezorg » qui complètent ou reprennent les tâches du service médical ou qui sont mobilisés lorsque le médecin du centre ou le personnel infirmier est absent (par exemple, pendant les week-ends ou le soir). En raison de la fréquence élevée de la collaboration, ces organisations disposent parfois même de leur propre bureau ou local au sein du centre d'accueil.

« C'EST LA NOMENCLATURE, PARMIS LES RISQUES QUI SONT FACTURÉS, COMME POUR TOUS CEUX QUI SONT INSCRITS À UNE MUTUALITÉ. LE WEEK-END, NOUS FAISONS AUSSI DES PIQÛRES QUI DOIVENT ÊTRE ADMINISTRÉES À TOUT LE MONDE, LE SAMEDI ET DIMANCHE, ET IL EST COURANT QUE CETTE FACTURE ARRIVE AU CENTRE. DONC Y A-T-IL ENCORE DES SITUATIONS DANS LESQUELLES LES CROIX JAUNE ET BLANCHE VIENNENT AU CENTRE ? NOUS N'UTILISONS PAS TROP TOUT CE QUI SE RAPPORTE AUX SOINS DES BLESSURES, PERFUSIONS. IL NOUS ARRIVE DE SOIGNER DES BLESSURES MAIS NOUS UTILISONS UN PEU MOINS LES PERFUSIONS. NOUS ESSAYONS D'APPRENDRE CECI À TOUT LE MONDE POUR POUVOIR PASSER LE WEEK-END AFIN QUE TOUT LE MONDE SACHE METTRE UN PANSEMENT EN CAS DE BLESSURE BÉGNINE. IL NE FAUT PAS VRAIMENT DE SOINS INFIRMIERS POUR CELA. MAIS SI C'EST NÉCESSAIRE, IL FAUT S'EN OCCUPER. »

D'après les organisations interrogées, il y a peu d'organisations médicales qui s'adressent spécifiquement aux demandeurs de protection. Il arrive que des initiatives dans le domaine des soins de santé aient recours à la médiation interculturelle. Selon le SPF Santé publique, des médiateurs interculturels proposent une aide linguistique et un service de médiation. De plus, Fedasil peut décider dans des situations très exceptionnelles de conclure une convention individuelle avec des établissements externes, comme des centres d'assistance palliative, des centres d'hébergement et de soins ou des institutions pour personnes sourdes. Il s'agit ici de personnes très infirmes qui ne peuvent aller nulle part dans le réseau d'accueil. Conformément à la loi accueil, le suivi social de ces personnes est poursuivi par un centre d'accueil collectif, malgré le fait que la personne n'y séjourne pas.

En ce qui concerne les besoins psychologiques, les structures d'accueil disposent de manière exceptionnelle de leur propre psychologue ou d'une permanence psychologique. Les demandeurs peuvent s'adresser à l'offre régulière de psychologues et psychiatres individuels ou à des centres de soins de santé mentale. En raison des nombreuses difficultés spécifiques au public cible, une spécialisation s'est développée au fil des années dans les soins de santé mentale pour les demandeurs de protection. Les acteurs externes attendent de l'identification des besoins psychologiques qu'elle ait lieu dans les structures d'accueil mais que le diagnostic en tant que tel et, surtout la prise en charge, soient donnés par des organisations expertes. Selon certaines instances d'aide externe, trop de temps s'écoule parfois avant que les personnes ne soient véritablement orientées vers elles.

« L'ACCENT DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL DOIT PORTER SUR LA RÉSILIENCE ET LA STABILISATION DES GENS, CE QUI PERMET DE DÉTECTER LES PERSONNES AVEC TROP DE DOMMAGES PSYCHOLOGIQUES ET AYANT BESOIN D'AIDE SPÉCIALISÉE. »

« NOUS CONSTATONS UNE GRANDE VARIÉTÉ AU NIVEAU DE LA RAPIDITÉ D'INSCRIPTION. CELLE-CI DÉPEND ÉGALEMENT DE NOMBREUX FACTEURS QUI PORTENT SUR LE RÉSEAU PROFESSIONNEL IMPLIQUÉ, PAR EXEMPLE LES CHANGEMENTS DE PERSONNEL, LA VIGILANCE À L'ÉGARD DES SYMPTÔMES DE TRAUMATISMES MAIS QUI PORTENT ÉGALEMENT SUR LE SYSTÈME DE CLIENTS MÊME, PAR EXEMPLE LES STIGMATES RELATIFS À LA SOUFFRANCE PSYCHOLOGIQUE, LA PRÉSENCE D'UN RÉSEAU PERSONNEL. PARFOIS, L'ORIENTATION VERS L'AIDE PSYCHOLOGIQUE A LIEU TRÈS VITE ALORS QUE PARFOIS, ELLE DEMANDE PLUSIEURS ANNÉES ET/OU LES GENS NE PARVIENNENT FINALEMENT PAS À ÊTRE ORIENTÉS VERS LE SOUTIEN QUI SERAIT SOUHAITABLE. »

D'après les collaborateurs de terrain interrogés dans les centres d'accueil collectifs, certains trouvent que pour cette raison, chaque résident devrait recevoir un soutien psychologique en prévention. La procédure où l'on identifie d'abord s'il y a des problèmes psychologiques avant de chercher un traitement au cas par cas, serait inutilement lente et entraînerait une perte de temps. Par conséquent, les problèmes prendraient parfois une forme plus lourde qui aurait pu être empêchée si une intervention était survenue plus tôt.

« JE TROUVE QUE PRESQUE TOUT LE MONDE AURAIT BESOIN D'UN SUIVI PSYCHOLOGIQUE. [...] NOUS DEVONS ATTENDRE PENDANT DES MOIS ET LE JEUNE N'A AUCUNE PATIENCE, DES COMPORTEMENTS TRANSGRESSIFS SE MANIFESTENT TOUT DE SUITE, COMME L'AUTOMUTILATION, LES CAS D'AGRESSION, LA DÉPENDANCE AUSSI, L'ALCOOL ET LE CANNABIS CHEZ LE JEUNE ET MALHEUREUSEMENT, L'ACCOMPAGNEMENT RESTE UN PEU LIMITÉ, UN PEU SUPERFICIEL [...] »

Le paysage des soins de santé mentale est très varié. Il y a aussi bien des prestataires de soins spécialisés en psychologie qu'en psychiatrie, bien que leur distinction ne soit pas stricte. Le tableau ci-dessous donne un aperçu non-exhaustif des organisations mentionnées pendant l'étude, selon que leur offre soit ambulatoire ou résidentielle. Pour ce qui est des prestataires de soins psychologiques, la majorité de l'accompagnement est ambulatoire. Il s'agit aussi bien de consultations où le demandeur doit se rendre chez le professionnel de santé, que d'équipes mobiles qui se déplacent jusqu'à la structure d'accueil. Il existe surtout des spécialisations en pathologie (comme les traumatismes ou l'aide aux toxicomanes) et des groupes cibles (enfants ou adultes). Solentra (Solidarité en Traumatisme) et Praxis P-Team sont par exemple tous deux spécialisés dans l'accompagnement des traumatismes chez les enfants et les jeunes, tandis que le Service de Santé mentale de la Clinique de L'Exil et le Service de Santé

mentale Tabane traitent par exemple les traumatismes psychologiques chez les adultes. Le Service de Santé mentale Ulysse et Santé en exil fournissent quant à eux de l'aide psychologique globale mais pour les problèmes d'addiction, ils font par exemple appel à des organisations spécialisées, comme L'autre sens .

Offre	Psychologique	Psychiatrique
Offre ambulatoire	Solentra Praxis P SSM Clinique de l'Exil SSM Ulysse SSM Tabane L'autre sens Initiative spécifique santé en exil Carda	Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin
Offre résidentielle temporaire	Carda	Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin Hôpital psychiatrique Sint-Alexius

En ce qui concerne l'offre résidentielle, Carda est actuellement unique. Le centre a été fondé en 2006 au sein du réseau d'accueil de la Croix-Rouge pour répondre aux situations dans lesquelles l'aide psychologique ambulatoire s'est avérée insuffisante pour certaines personnes. Carda a été fondé afin d'accueillir temporairement ces personnes ailleurs et de commencer un accompagnement intensif en vue de leur retour dans le réseau d'accueil. Le public cible est décrit comme des personnes qui se trouvent dans une « zone grise ». Elles ne peuvent être hébergées dans un centre d'accueil collectif en raison de leur état de santé mentale, mais elles n'ont pas non plus besoin d'être hospitalisées. Il s'agit de personnes qui souffrent entre autres de problèmes post-traumatiques, de dépressions, de schizophrénie ou ayant souffert dans le passé de troubles psychiatriques, en transition vers un centre régulier. Le centre a une capacité de 40 places qui sont disponibles depuis 2014 pour tout le réseau d'accueil. La procédure d'inscription ne se déroule pas via une demande de transfert mais est directement réglée entre la structure d'accueil et Carda. Les structures d'accueil introduisent une demande et ensuite un psychologue de Carda se rend sur place pour un entretien approfondi. C'est seulement lorsque le bénéficiaire donne son accord que l'on peut passer à une admission de maximum trois mois à la suite de la visite sur place. Toutes les deux semaines, la personne revient pour un week-end dans la place d'accueil initiale pour garder le contact et permettre le retour définitif à terme. L'accompagnement social, en particulier en lien avec la demande de protection, demeure la responsabilité du centre d'accueil initial. En revanche, Carda se focalise sur l'accompagnement thérapeutique individuel. Au moins une fois par semaine, tout le monde a un entretien avec un psychologue individuel, à l'aide d'un interprète. En concertation avec un éducateur, une offre individualisée d'ateliers éducatifs est ensuite constituée. Cela peut par exemple être un atelier sur le rapport au corps afin de reconstruire une image positive de soi pour les personnes qui ont été victimes de violence sexuelle, d'ateliers d'expression personnelle ou encore d'exercices de relaxation. L'accompagnement a comme point de départ la tradition systémique mais essaie d'éviter de réduire les défis psychologiques aux adaptations interculturelles en prêtant attention aux défis spécifiques de la procédure de demande de protection internationale, en particulier l'incertitude et le long délai d'accueil dans les structures collectives. Les travailleurs sociaux interrogés dans les structures d'accueil sont globalement positifs sur Carda. Néanmoins, des problèmes pratiques de collaboration ont été soulevés. Premièrement, le fait que Carda soit principalement francophone a été perçu comme un problème par les travailleurs sociaux néerlandophones. Le caractère provisoire de l'accueil est perçu comme un deuxième problème pratique. Il serait difficile pour les travailleurs sociaux du centre d'accueil initial de contrôler la progression de la situation individuelle.

« C'EST UN CENTRE D'ACCUEIL DE LA CROIX-ROUGE ET C'EST VRAIMENT COURANT POUR LES GENS AVEC DES PROBLÈMES PSYCHOLOGIQUES, ILS Y ONT UNE CHAMBRE SEULS, BEAUCOUP D'INTIMITÉ, DES PSYCHOLOGUES SONT PRÉSENTS AINSI QUE DES INFIRMIERS, EN FAIT IL Y RÈGNE BEAUCOUP DE CALME. MAIS IL Y A UNE COMMUNICATION TELLEMENT MAUVAISE ET IL FAUT RÉGLER TELLEMENT DE CHOSES POUR Y ADMETTRE LES GENS QUE NOUS ABANDONNONS SOUVENT APRÈS LE PREMIER ENTRETIEN EN NOUS DISANT "ÇA NE VA DE NOUVEAU PAS S'ARRANGER". ET C'EST TRÈS DOMMAGE, CAR UNE FOIS QUE LES GENS Y SONT, CELA MARCHE VRAIMENT BIEN. »

« TOUTES LES DEUX SEMAINES, ILS RENTRENT UN WEEK-END À LA MAISON. ET SOUVENT JE RESTAIS UN PEU PLUS LONGTEMPS LE VENDREDI POUR POUVOIR ENCORE LE VOIR ET ÊTRE SÛR QUE TOUT ALLAIT BIEN. MAIS CARDA NOUS EXPLIQUE ENSUITE COMMENT LA PÉRIODE S'EST DÉROULÉE. S'IL A DU MAL, S'IL NE SOUHAITE PAS RENTRER, OU S'IL A TOUJOURS DES PROBLÈMES DE SOMMEIL OU DES HALLUCINATIONS. ON PEUT ALORS DEMANDER AUX GENS QUI TRAVAILLENT LES WEEK-ENDS QU'ILS PASSENT LE VOIR DE TEMPS EN TEMPS. MAIS CEUX-CI REPrenaient MAJORITAIREMENT LA PROCÉDURE. ILS NE POUVAIENT PAS FAIRE AUTREMENT, CAR ILS ÉTAIENT DÉJÀ LÀ PENDANT LA SEMAINE. C'EST PARFOIS DIFFICILE, CAR CELA DOIT ÊTRE NOTÉ DANS RESIDENT. FINALEMENT, LA RESPONSABILITÉ FINALE DU RÉSIDENT NOUS INCOMBE. »

« ILS Y RESTENT DEUX SEMAINES ET RENTRENT ENSUITE À LA MAISON. PENDANT LE WEEK-END. CE QUI EST ABSURDE CAR PENDANT LE WEEK-END, QUATRE PERSONNES TRAVAILLENT DANS TOUT LE CENTRE. ET LES GENS QUI REVIENNENT ONT SOUVENT UN GRAVE PROBLÈME PSYCHOLOGIQUE. »

Les bénéficiaires de l'accueil peuvent aussi avoir besoin d'une aide psychiatrique. Alors qu'un nombre limité de consultations avec des psychologues sont remboursées, cela n'est pas nécessairement le cas pour les psychiatres. C'est pourquoi il n'existe parfois pas d'autre solution que d'interner les résidents avec des problèmes psychiatriques.

« NOUS NE POUVONS GARANTIR UN PSYCHIATRE QUE LORSQUE NOUS FAISONS INTERNER QUELQU'UN. CECI DOIT BIEN SÛR ÊTRE ÉVITÉ AUTANT QUE POSSIBLE. RÉGLER UN PSYCHIATRE SUR BASE VOLONTAIRE EST IMPOSSIBLE. LES GENS N'ONT PAS LES MOYENS DE COUVRIR EUX-MÊMES LES FRAIS ET CE N'EST PAS GRATUIT POUR LES GENS QUI HABITENT ICI. LES GENS AVEC DES PROBLÈMES PSYCHIATRIQUES GRAVES DONT ON EST AU COURANT N'ARRIVENT PAS À FAIRE VALOIR LEURS DROITS DANS LE CENTRE. CECI EST TOTALEMENT INACCEPTABLE. SEUL UN PSYCHOLOGUE PEUT ÊTRE DÉSIGNÉ, AVEC LEQUEL LES RÉSIDENTS PEUVENT PARLER 2 FOIS PAR MOIS ET MÊME CETTE OFFRE EST LIMITÉE. BEAUCOUP DE PERSONNES ONT BESOIN DE BEAUCOUP PLUS DE SOINS QUE CELA. IL S'AGIT ÉGALEMENT DE SOINS QUE LE CENTRE NE PEUT PAS OFFRIR. NOUS N'AVONS PAS LE TEMPS DE NOUS OCCUPER LA MOITIÉ DE LA JOURNÉE DE PERSONNES PSYCHOTIQUES OU AYANT DES TENDANCES SUICIDAIRES OU AUTRES. AU NIVEAU DE LA SANTÉ MENTALE, LES GENS ONT DONC DES DROITS MAIS NE PARVIENNENT PAS À LES FAIRE VALOIR. »

« TOUTS LES X MOIS, NOUS DEVONS FAIRE INTERNER QUELQU'UN. ÇA TOMBE ALORS TRÈS BIEN QUE NOUS AYONS UNE BONNE COLLABORATION AVEC LE CENTRE PSYCHIATRIQUE. TOUT CECI S'EST AUSSI PASSÉ EN CONCERTATION AVEC LE SERVICE MÉDICAL, LE SERVICE SOCIAL ET QUELQU'UN DU CENTRE PSYCHIATRIQUE. QUI S'OCCUPE DE L'ARGENT DE POCHE, QUI S'OCCUPE DE DONNER DES VÊTEMENTS, TOUTES CES QUESTIONS SONT RÉGLÉES DANS LE CONTRAT. »

Les consultations sont également une pratique moins courante et l'accent porte davantage sur les équipes mobiles ou l'admission résidentielle. Le « Centre Neuro Psychiatrique Saint-Martin » dispose d'une équipe de liaison et d'accompagnement des demandeurs de protection internationale et des réfugiés spécialisée. Elle vient sur place et dispose d'une capacité d'accueil résidentielle limitée. En Flandre, l'hôpital psychiatrique Sint-Alexius propose un accueil résidentiel similaire.

Sur les questions du genre, de la sexualité et de la violence liée au genre, il existe une gamme d'organisations très spécialisées. Le tableau ci-dessous donne un aperçu non exhaustif des organisations évoquées durant l'étude⁷³.

Expertise	Organisation
Mutilations génitales	GAMS Intact CeMaVie
Traite des êtres humains	Pag-asa Sürya Payoke
LGBTI	Rainbowhouse Cavaria Sensoa
Torture	Constats
Violence liée au genre	WomanDo

En cas de questions et d'accompagnement en lien avec les mutilations génitales féminines, il est fait appel à des organisations spécialisées comme le GAMS (pour l'aide sociale), Intact (pour l'aide juridique) ou CeMaVie (pour l'aide médicale). Si une personne est une victime potentielle de traite des êtres humains, une orientation peut être réalisée vers l'une des trois organisations spécialisées, à savoir Pag-Asa, Sürya ou Payoke. Dans le cas de la violence liée au genre, une organisation telle que WomanDo offre une aide psychologique. Pour être reconnue en tant que victime de torture, l'organisation Constats peut délivrer des attestations. Les LGBTI peuvent être orientés vers des organisations comme la Rainbowhouse à Bruxelles. En deuxième ligne, Sensoa et Cavaria s'occupent également de ce groupe cible. Pour les LGBTI, un soutien adapté existe notamment par la mise à disposition d'« espaces sûrs » où les personnes peuvent discuter de leur sexualité en toute liberté et échanger des informations sur la santé sexuelle.

« EN 2016 ET 2017, NOUS AVONS ORGANISÉ DES ACTIVITÉS SOCIALES SPÉCIFIQUES POUR LES DEMANDEURS D'ASILE LGBT. CES ACTIVITÉS AVAIENT AVANT TOUTES POUR OBJECTIF DE CRÉER DES « SAFE PLACES » POUR CE GROUPE, D'APPRENDRE À CONNAÎTRE D'AUTRES PERSONNES, DE POUVOIR POSER CERTAINES QUESTIONS DANS CES « SAFE PLACES » ET RECEVOIR DE L'AIDE. »

« POUR LES PERSONNES HOMOSEXUELLES, NOUS FAISONS SOUVENT APPEL À LA RAINBOUWHOUSE ICI À BRUXELLES PARCE QU'IL N'EXISTE PAS BEAUCOUP D'ASSOCIATIONS POUR LES HOMOSEXUELS. JUSTE POUR LEUR PERMETTRE

⁷³ D'autres organisations avec une expertise en matière de mutilations génitales féminines et qui n'ont pas été interrogées dans cette enquête sont le « Multidisciplinair Centrum Genitale Mutilatie Vrouwenkliniek UZ Gent » et le « Centre de Planning familial FPS de Liège »; concernant la traite des êtres humains : Minor-Ndako et Espéranto; concernant les LGBTI : Arc-en-ciel Wallonie, l'asbl Merhaba, « Why Me », « Transgender Infopunt », Genres Pluriels; concernant la violence liée au genre : « Family Justice Centra », « Vertrouwenscentra kindermishandeling », Le Monde selon les femmes, l'asbl Centre de Prévention des Violences Conjugales et Familiales, l'asbl La voix des femmes, l'asbl Garance, SOS Viol, le Centre de prise en charge des victimes de violences sexuelles.

D'AVOIR UN CERCLE D'AMIS, OU DU MOINS UN RÉSEAU DE PERSONNES CONCERNÉES PAR L'HOMOSEXUALITÉ. CELA LEUR PERMET AU MOINS DE QUITTER AUSSI LE CENTRE. »

Recourir à ces organisations n'est pas toujours aisé. Toutes sortes de défis se posent, par exemple les connaissances de l'offre existante et la répartition sur le territoire. Ainsi, il n'existe pas de carte sociale complète des organisations spécialisées et régulières pour ce groupe cible, ce qui fait que pour chaque besoin urgent individuel, des partenaires éventuels doivent être cherchés. En plus des organisations plus importantes et mieux connues, il existe également une offre variable d'organisations qui dépend souvent de l'approbation des projets spécifiques. Les petites organisations ont parfois une vie de courte durée. Il existe d'importantes disparités géographiques, avec des partenaires externes très concentrés autour des villes, mais moins présents dans les zones reculées.

« CECI NE SE TROUVE PAS NON PLUS SUR UNE CARTE. ET JE TROUVE QUE CELA MANQUE PARFOIS. IL FAUT BEAUCOUP TÉLÉPHONER PARTOUT ET FINALEMENT, ON Y ARRIVE MAIS C'EST SOUVENT VIA VIA... SI ON SAIT QU'UN AUTRE TRAVAILLEUR SOCIAL A DÉJÀ ÉTÉ CONFRONTÉ À UN CERTAIN PROBLÈME AVEC UN RÉSIDENT, ON PEUT L'APPELER. MAIS PARFOIS J'AIMERAIS POUVOIR AVOIR LA CARTE SOCIALE EN FACE DES YEUX ET DIRE, OK, QUEL EST LE MEILLEUR ENDROIT OÙ ALLER ? AUSSI PARCE QU'UNE CONCERTATION AVEC TOUTES LES PARTIES CONCERNÉES EST EXIGÉE, MAIS QUE C'EST IMPOSSIBLE EN PRATIQUE. IL EST RARE QUE NOUS SOYONS VRAIMENT AMENÉS À TOUS NOUS RÉUNIR AVEC LE SERVICE MÉDICAL, L'ACCOMPAGNATEUR, LE TRAVAILLEUR SOCIAL ET LE TUTEUR POUR VOIR CE QUE NOUS ALLONS FAIRE. SOUVENT, IL Y A UNE OU DEUX PERSONNE(S) QUI PARLE(NT) ET DEMANDE(NT) DES INFOS. MAIS JE TROUVE QUE C'EST UNE LACUNE. »

« JE PENSE AUSSI QUE CES INITIATIVES LOCALES, DES PETITES INITIATIVES, VONT ET VIENNENT. ON NOUS DIT QUE HOP, ON VA S'OCCUPER DE ÇA. ET DEUX ANS PLUS TARD, LEUR AIDE EST ACCORDÉE AILLEURS. OU DES CHANGEMENTS ONT LIEU, D'AUTRES PERSONNES ARRIVENT ET ENSUITE [...] »

Du point de vue des partenaires ambulatoires, c'est au contraire souvent difficile de trouver les bons points de contact. Les organisations externes sont d'avis que le travail avec des SPOC désignées au sein des structures d'accueil peut être une plus-value dans ce cadre.

« LE FAIT DE TRAVAILLER AVEC DES PERSONNES DE RÉFÉRENCE DANS LES STRUCTURES D'ACCUEIL EST POUR NOUS UNE BONNE PRATIQUE. CELA NOUS A PERMIS D'ENTREtenir DES CONTACTS AVEC DES COLLABORATEURS SPÉCIFIQUES, DE LES INFORMER ET DE LES FORMER. CES COLLABORATEURS ONT AIDÉ D'AUTRE PART À FACILITER L'ORIENTATION DE NOTRE GROUPE CIBLE VERS LA COMMUNAUTÉ LGBT. IL EXISTE TOUTEFOIS DES CONDITIONS PRÉALABLES. SÉLECTIONNER ET DÉSIGNER LES PERSONNES DE RÉFÉRENCE DOIT SE FAIRE DEPUIS LES STRUCTURES D'ACCUEIL MÊMES, DE FAÇON COORDONNÉE. CES PERSONNES DOIVENT ENSUITE AVOIR L'ESPACE NÉCESSAIRE POUR SE PLONGER DANS LES MATIÈRES SPÉCIFIQUES, VIA L'E-LEARNING PAR EXEMPLE ET LES MANDATS NÉCESSAIRES POUR RÉALISER LEURS TÂCHES COMME PAR EXEMPLE SENSIBILISER LEURS COLLÈGUES. IL EST ÉGALEMENT IMPORTANT QUE DES SUCCESSEURS SOIENT TROUVÉS LORSQU'IL EST QUESTION DE ROTATION DU PERSONNEL. »

Selon les collaborateurs de terrain des structures d'accueil collectives, il est souvent difficile de convaincre les personnes de l'importance d'une orientation externe. Surtout lorsqu'il s'agit de thématiques sensibles comme les

mutilations génitales féminines, obtenir l'accord des résidents pour une aide externe peut exiger une immense force de persuasion. Les personnes préfèrent souvent garder pour elles certains aspects de leur récit et par conséquent, l'orientation externe a lieu trop tard ou n'a pas lieu du tout.

« PARFOIS, UNE IDENTIFICATION A LIEU TARDIVEMENT LORSQUE LE DEMANDEUR CHOISIT DE DISSIMULER CETTE PARTIE DE SON RÉCIT, SOUVENT EN CAS DE VIOLENCE SEXUELLE OU SUITE À LA DEMANDE D'UNE FAMILLE DONT UN DES MEMBRES A ÉTÉ VICTIME DE TORTURE À L'INSU DES AUTRES MEMBRES DE LA FAMILLE. UNE IDENTIFICATION A ÉGALEMENT LIEU TARDIVEMENT LORSQUE LE BÉNÉFICIAIRE N'A PAS PU JOUIR DÈS LE DÉBUT D'UN ACCOMPAGNEMENT PAR DES PROFESSIONNELS AYANT L'HABITUDE D'IDENTIFIER LES VICTIMES DE TORTURES. »

De plus, les conditions préalables ne sont pas toujours respectées pour pouvoir faire réellement appel à une aide externe. Par exemple, s'il n'y a pas de garderie pour enfants pour les parents isolés, ceux-ci ne pourront pas aller en consultation. Un autre exemple est celui des contraintes pratiques et financières liées aux déplacements.

« ON PASSE EFFECTIVEMENT LA MOITIÉ DU TEMPS À ANNULER ET À REPORTER DES RENDEZ-VOUS. ET À METTRE TOUS LES SERVICES AU COURANT. PAR EXEMPLE, TROIS MOIS DE SUITE, J'AI ESSAYÉ DE PRENDRE UN RENDEZ-VOUS AVEC UNE ORGANISATION D'AIDE POUR LA TOXICOMANIE. J'AI FINALEMENT ABANDONNÉ. JE NE VOULAIS PAS ÊTRE OCCUPÉ AVEC ÇA PENDANT QUATRE MOIS. [...] ET CE SONT CE GENRE DE SITUATIONS ABSURDES QUI NOUS FRUSTRENT À LA LONGUE ET QUI NOUS FONT DIRE, OK, ON ANNULE. »

« IL MANQUE [UNE GARDERIE] LORSQUE LES GENS VONT À GAMS, CHEZ LE PSYCHOLOGUE, ETC. ET LORSQU'IL S'AGIT DE MÈRES AVEC TROIS ENFANTS DONT DEUX NE PEUVENT PAS ALLER À L'ÉCOLE, NOUS SOMMES ALORS COINCÉS, UNE FOIS C'EST LA VOISINE QUI LES SURVEILLE, UNE AUTRE FOIS ILS ANNULENT LEUR RENDEZ-VOUS. IL N'Y A RIEN. NOUS AVIONS ESSAYÉ DE COMMENCER UNE GARDERIE POUR ENFANTS VIA LE TRAVAIL COMMUNAUTAIRE MAIS ÉTANT DONNÉ QUE LE BUDGET EST LIMITÉ, NOUS NE POUVONS PLUS. LA GARDERIE ÉTAIT BIEN, JUSTEMENT PARCE QUE LES MÈRES QUI AVAIENT DES RENDEZ-VOUS MÉDICAUX, QUI ALLAIENT À GAMS, Y LAISSAIENT LEURS ENFANTS LA JOURNÉE. NOUS PAYIONS DES FEMMES VIA LE TRAVAIL COMMUNAUTAIRE POUR SURVEILLER LES ENFANTS, LES TENIR OCCUPÉS, PARCE QUE PARFOIS LE SERVICE ANIMATION AVAIT D'AUTRES ACTIVITÉS. MAIS NOUS AVONS DÛ ARRÊTER PARCE QUE CE N'ÉTAIT PLUS POSSIBLE EN RAISON DES LIMITATIONS BUDGÉTAIRES. »

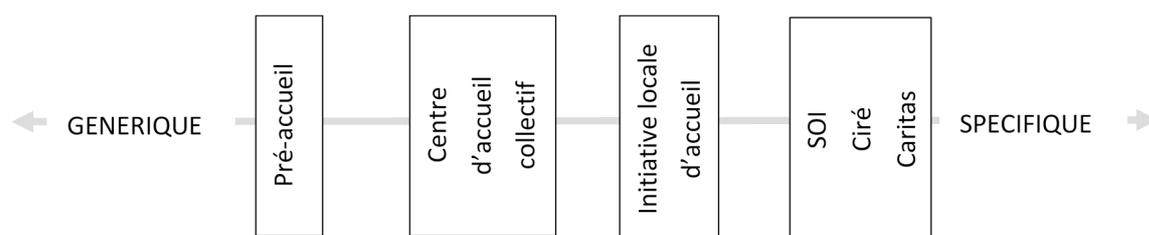
Le défi du secret professionnel revient ici aussi d'une manière ou l'autre. Étant donné que cela concerne des organisations externes, toutes les informations sur les résidents ne circulent pas automatiquement alors qu'elles sont néanmoins cruciales pour l'accompagnement au sein de la structure d'accueil. Lors de l'orientation vers des organisations professionnelles, le principe du secret professionnel partagé est appliqué. Les collaborateurs de terrain des structures d'accueil évoquent toutefois de mauvaises expériences : le transfert d'informations ne serait pas réciproque et les acteurs externes ne donneraient pas toujours de feedback aux centres d'accueil. S'il est fait appel à des bénévoles, par exemple pour l'interprétariat ou comme mentors (ou « buddy's »), les limites du secret professionnel deviennent plus vagues. En principe, aucune information confidentielle n'est partagée mais cela n'est parfois pas bien accueilli par les bénévoles car cela complique leur relation avec les résidents.

« ON NE REÇOIT PAS TOUJOURS DE FEEDBACK DES ORGANISATIONS VERS LESQUELLES ON ENVOIE DES GENS. »

« ON EST SURTOUT COINCÉS À CE NIVEAU AVEC LES BUDDY'S. NOUS AVONS AUSSI UN PROJET BUDDY, C'EST LE CAS DE PLUSIEURS CENTRES PROBABLEMENT, DONC UN PROJET DE PARRAINAGE ET NOUS COLLABORONS AVEC UNE ASBL. DONC SI UN JEUNE SOUHAITE AVOIR UN BUDDY, IL PEUT S'INSCRIRE, DES BÉNÉVOLES S'INSCRIVENT ÉGALEMENT ET L'ASBL CHERCHE UN MATCH ENTRE CES JEUNES. DONC EN FAIT NOUS SOMMES TRÈS PEU IMPLIQUÉS DANS CELA EN TANT QU'ÉQUIPE D'ACCOMPAGNEMENT, MAIS NOUS SAVONS BIEN SÛR QUAND ILS SE RENCONTRENT ET CE GENRE DE CHOSE. MAIS POUR LE RESTE, C'EST L'ASBL QUI ASSURE L'ORGANISATION. IL ARRIVE CEPENDANT QUE CES BUDDY'S NOUS APPELLENT POUR NOUS DIRE QUE LE RÉSIDENT PAR EXEMPLE ÉTAIT DE MAUVAISE HUMEUR LA SEMAINE D'AVANT. CELA DEVIENT ALORS DIFFICILE POUR NOUS. CAR TOUT CE QUE CES JEUNES DISENT À LEUR BUDDY'S, C'EST OK. MAIS CE N'EST PAS À NOUS DE RÉVÉLER LEUR HISTOIRE. ET C'EST SOUVENT COMPLIQUÉ ÉTANT DONNÉ QUE CES PERSONNES NE COMPRENNENT PAS NON PLUS GRAND-CHOSE AU SYSTÈME. C'EST ÉGALEMENT UNE ORGANISATION EXTERNE, OU UN CONTACT EXTERNE, CE QUI EST QUAND MÊME TRÈS IMPORTANT POUR CES GARÇONS. NOUS SOUHAITONS PLUTÔT NOUS TENIR UN PEU À L'ÉCART. D'UN AUTRE CÔTÉ, DES PROBLÈMES SE SONT ÉGALEMENT DÉJÀ POSÉS AVEC CES FAMILLES, OU AVEC CES BUDDY'S. ALORS NOUS INVITONS CES PERSONNES À SE RÉUNIR. ON COMMENCE ALORS À PARLER ET CELA DEVIENT DIFFICILE DE POSER DES LIMITES. »

Conclusion

Dans cette troisième section du deuxième chapitre, nous avons approfondi la question relative à la manière dont le réseau d'accueil essaie de répondre aux besoins en matière d'accompagnement des personnes vulnérables. Tout comme pour les deux sections précédentes sur la définition et l'identification des vulnérabilités, nous avons établi une distinction entre les acteurs impliqués dans le processus de désignation et ceux qui accueillent. Dans cette section, nous avons aussi mis en avant un troisième type d'acteurs, des acteurs externes, à savoir ceux qui apportent un accompagnement à partir de l'extérieur d'une structure d'accueil. La désignation constitue l'axe central de l'accompagnement parce qu'elle détermine le lieu de l'accueil et le type de structure d'accueil. Le point de départ consiste à désigner les bénéficiaires de l'accueil à un centre d'accueil collectif tant que la procédure de demande de protection est en cours, aussi bien lors de la première désignation que lors de transferts. Au moment de la désignation, il est possible de tenir compte des labels individuels des bénéficiaires. Un nombre limité de 90 places dans les centres d'accueil collectifs est en effet réservé pour des groupes cibles avec des besoins médicaux spécifiques. De plus, les centres collectifs adaptent leur accompagnement en fonction de leur public cible. En cas de besoins pour lesquels ils n'ont aucune solution à proposer, il est alors possible de rechercher une aide externe. C'est seulement lorsqu'aucun accueil adapté dans un centre collectif ne peut être trouvé qu'une désignation à des structures d'accueil individuelles est considérée. La préférence est dans ce cas d'abord donnée à des partenaires tels que la SOI de Gand et des ONG compte tenu du mode de subventionnement de ces places (financées de la même manière par Fedasil quel que soit leur niveau d'occupation). Les ILA n'entrent en considération que par la suite. Celui qui est désigné à ces partenaires pendant la procédure peut également y poursuivre la transition après l'obtention d'un statut de séjour. Les personnes vulnérables qui ont séjourné dans un centre d'accueil collectif pendant la procédure peuvent être désignées à un projet de transition de Caritas International. Nous pouvons résumer l'offre d'accompagnement comme un continuum allant d'un soutien générique à un soutien de plus en plus spécifique.



Le pré-accueil se trouve à une extrémité et est caractérisé par un accompagnement très limité et identique pour tous. À l'autre extrémité, nous retrouvons les projets spécifiques des ONG partenaires qui offrent au contraire un accueil individuel sur mesure pour le résident. Entre les deux extrémités, les centres d'accueil collectifs et les ILA occupent des positions intermédiaires. D'une part, les centres d'accueil collectifs offrent des structures génériques mais disposent aussi, dans un nombre limité, de places spécifiques pour des groupes cibles et essaient d'adapter en leur sein l'accompagnement autant que possible. D'autre part, les ILA offrent un accompagnement sur mesure mais leur accompagnement est moins adapté aux profils vulnérables. Fedasil prévoit un financement lié aux besoins de la personne (jusque 100 places pouvant être financées de cette manière) qui doit permettre aux ILA d'adapter leur accueil aux besoins spécifiques et ainsi avancer vers la droite du continuum présenté ci-dessus. Il y a une relation claire entre le caractère collectif/individuel de l'accueil et la nature générique/spécifique de l'accompagnement. Pour l'accueil individuel, il est plus facile d'un point de vue organisationnel de procéder à des adaptations. Cela ne signifie pour autant pas que l'accueil individuel soit par définition mieux adapté aux besoins spécifiques. De plus, le rôle important du soutien apporté par les organisations externes aux structures d'accueil ne doit pas être occulté. Le tableau sur la page suivante donne un aperçu des différences entre les structures d'accueil et le rôle des organisations externes. L'étude montre que les défis se posent surtout pour le soutien adapté à fournir aux besoins identifiés. En revanche, l'identification de la vulnérabilité et des besoins d'accueil se déroule généralement dans de bonnes conditions. Ces dernières années, un travail conséquent a été réalisé en faveur de l'amélioration de l'offre de l'accueil et de l'accompagnement des personnes avec des besoins spécifiques. Des initiatives, comme l'introduction de SPOC, le financement de partenaires externes ou encore la conclusion de conventions spécifiques afin d'offrir des places adaptées pour personnes vulnérables, montrent que les besoins des bénéficiaires de l'accueil sont pris en considération. Néanmoins, des obstacles demeurent comme celui de former des collaborateurs de terrain à certaines vulnérabilités, le temps imparti durant lequel les personnes vulnérables doivent être transférées à des places adaptées, l'infrastructure limitée des places spécifiques (en termes de qualité et de quantité) et les différences de délai de transition pour les personnes vulnérables.

	ACCUEIL					ORIENTATION EXTERNE
	Pré-accueil	Centres d'accueil collectifs	Initiatives locales d'accueil	Partenaires d'accueil spécifique		Partenaires externes
				Avant l'octroi du statut de protection	Après l'octroi du statut de protection	
Accompagnement général	Offre de base collective 'bed, bad, brood'	Standard collectif 'bed, bad, brood', accompagnement	Logement individuel et autonome mais assisté	Logement (semi-) individuel assisté (provisoire)	Logement (semi-) individuel assisté	/
Places d'accueil spécifique	/	Places médicales Places internes adaptées (calme, genre)	Places génériques Liées aux besoins de la personne	Places médicales / psychologiques Places « High Care » Femmes vulnérables Places « sociales »	Places médicales / psychologiques Places « High Care » Places « sociales »	Offre résidentielle provisoire dans institutions psy ou psychiatriques Conventions individuelles avec maisons de repos et de soins, ...
Accompagnement spécifique	/	Plus d'accompagnement Accompagnement adapté	Approche personnalisée	Accompagnement intégral	Accompagnement intégral	Accompagnement spécialisé médical, social, psychologique
Partenaires externes	/	Médical, psychologique, interprètes, social, besoins spécifiques (ad-hoc)	Médical, psychologique, interprètes, social, besoins spécifiques, logement (sous réserve)	Médical, psychologique, interprètes, social, besoins spécifiques (structurel)	Médical, psychologique, interprètes, social, besoins spécifiques, logement (structurel)	/
Transferts	/	Critères médicaux et critères sociaux limités Presque aucune raison psychique pour une place adaptée	Pas de transferts effectifs	Pas de transferts effectifs	Pas de transferts effectifs	/

PERSONNES VULNÉRABLES AVEC DES BESOINS D'ACCUEIL SPÉCIFIQUES. Définition, identification, prise en charge. | 6 Décembre 2018

3. Considérations finales: la prise en compte des vulnérabilités, entre gestion et accompagnement

Depuis plus de dix ans, la loi accueil exige que les signes de vulnérabilité soient clairement examinés et que l'accueil soit adapté pour offrir à chaque demandeur une vie conforme à la dignité humaine. La Belgique fut l'un des premiers pays européens qui a explicitement accordé de l'attention dans sa législation aux besoins d'accueil spécifiques des demandeurs vulnérables. Le cadre juridique reste toutefois relativement vague sur la manière de mettre en œuvre cette attention à la vulnérabilité. La présente étude s'est ainsi donné comme objectif d'offrir un aperçu de la manière dont la vulnérabilité est définie par les collaborateurs de terrain, la manière dont les besoins d'accueil sont identifiés et la manière dont l'accompagnement adapté est réalisé.

L'accueil des personnes vulnérables s'est développé au cours de la dernière décennie. Progressivement, une méthode de travail a été élaborée au niveau du terrain pour répondre aux besoins spécifiques des personnes vulnérables. La méthode de travail actuelle peut être résumée en cinq étapes.

ÉTAPE 1: Evaluation élémentaire de la vulnérabilité au début du trajet d'accueil

Lors de l'introduction d'une DPI, une évaluation de la vulnérabilité du demandeur est réalisée par l'OE et le Dispatching. Cette évaluation est rudimentaire et se focalise surtout sur l'identification de deux groupes cibles vulnérables (visibles) : les personnes avec un problème médical (y compris des besoins psychologiques) et les femmes/mères vulnérables, dont il faut tenir compte au moment de la désignation. Au sein du réseau d'accueil, une distinction a été faite entre les places génériques et les places pour groupes cibles spécifiques. Au sein du programme de gestion Match-It, les deux types de places sont labellisés autrement. Les personnes avec un label groupe cible doivent en principe être désignées à une place groupe cible spécifique.

ÉTAPE 2: Désignation prioritaire à l'accueil collectif

Lors de la désignation à une place d'accueil, indépendamment du fait qu'une personne appartienne à un groupe cible générique ou spécifique, la priorité est toujours donnée à une structure d'accueil collective. S'il n'y a pas suffisamment de places d'accueil spécifiques au sein de l'accueil collectif, une désignation à une place d'accueil individuelle peut alors avoir lieu. En cas de désignation à des places individuelles, la priorité est donnée aux places qui sont structurellement prévues chez les ONG partenaires. Fedasil a en effet des conventions avec elles pour un nombre fixe de places groupes cibles individuelles spécifiques. C'est seulement lorsque les ONG ne sont pas en mesure de prévoir des places adaptées qu'une désignation peut avoir lieu à des ILA. Elles disposent en principe de places individuelles génériques mais peuvent dans ce cas adapter l'accompagnement au moyen du tarif « lié à la personne ».

ÉTAPE 3: Évaluation permanente et approfondie de la vulnérabilité durant le trajet d'accueil

Pendant le séjour dans une structure d'accueil a lieu une évaluation permanente de la vulnérabilité et des besoins spécifiques du résident, comportant notamment une évaluation après les 30 premiers jours. Durant ces évaluations, il est fait recours à une notion plus large de la vulnérabilité que les deux groupes cibles spécifiques susmentionnés. Les travailleurs sociaux, le service médical et les autres acteurs de la structure d'accueil sont attentifs aux facteurs liés à la personne, aux facteurs sociaux et aux facteurs de risque liés au contexte, ainsi qu'aux facteurs de protection. Une vision plus large des personnes vulnérables s'en dégage. Certaines d'entre elles sont également mentionnées dans la loi accueil (comme les victimes de mutilations génitales féminines), alors que d'autres ne le sont pas (comme les personnes analphabètes ou celles appartenant à une minorité sexuelle).

ÉTAPE 4: Accompagnement adapté et modification de la place d'accueil à titre exceptionnel

Il est demandé aux structures d'accueil que leur accompagnement réponde à toutes sortes de vulnérabilités rencontrées. Cette prise en compte peut d'abord avoir lieu en adaptant l'accompagnement en interne, par exemple à travers une spécialisation (avoir recours aux SPOC mutilations génitales féminines, besoins psychologiques, traite des êtres humains, etc.). Une deuxième possibilité est d'avoir recours à des instances d'aide externes, ambulatoires ou résidentielles. Et enfin, une troisième voie consiste aussi, à titre exceptionnel, à demander une modification de la place d'accueil d'une personne, c'est-à-dire un transfert pour une place adaptée. Cette option est étroitement encadrée, la priorité étant donnée aux adaptations internes à la structure d'accueil. En outre, les personnes avec une perspective limitée d'obtention d'un statut de protection (AR 2004, Dublin, pays sûr) n'entrent pas en considération pour les transferts place adaptée. Les transferts dont l'objectif est de limiter les préjudices dus à une durée de séjour de l'accueil de plus de six mois dans une structure d'accueil collective ne sont de même pas autorisés. Et enfin, en cas de hausse du taux d'occupation, les transferts place adaptée peuvent être provisoirement réduits.

ÉTAPE 5: Accueil individuel lors de la transition suite à l'obtention d'un statut de protection avec un délai adapté

Si une personne obtient un titre de séjour de plus de trois mois, un transfert a en principe lieu vers une place d'accueil individuelle (à moins que la personne ne s'y trouve déjà). Une procédure spécifique a été élaborée pour octroyer un label supplémentaire groupes cibles aux personnes censées avoir besoin d'aide supplémentaire durant la transition. En plus de cette catégorie, les groupes cibles « médical » et « mères vulnérables » reçoivent un délai

de transition adapté de trois mois, prolongeable une fois de trois mois (au lieu de 2 mois, prolongeable deux fois d'un mois).

La mise en œuvre de cette méthode de travail exige l'implication de services et d'organisations très variés. Comme fil conducteur de ce rapport, nous avons mis en évidence une distinction entre les acteurs principalement impliqués dans la désignation d'une place d'accueil et les acteurs dont la tâche principale consiste à offrir un accueil. En pratique, il est question d'une interaction entre les deux types d'acteurs. Un trajet d'accueil standard comporte différentes phases successives : enregistrement, pré-accueil, désignation, accueil, éventuelle nouvelle désignation dans le cadre de la transition et à nouveau, accueil. Bien que les deux types d'acteurs soient liés l'un à l'autre, il est question au sein de l'interaction d'un déséquilibre « de pouvoir » dans le sens où ce sont les acteurs qui ont un rôle dans la désignation qui déterminent finalement dans quelle structure d'accueil une personne sera accueillie. Au cours de l'étude, il a été constaté que les acteurs qui délivrent effectivement l'accueil ne sont cependant pas toujours d'accord avec la désignation. Il en résulte des zones de tensions entre les acteurs concernés tant dans la définition, l'identification que la prise en charge des vulnérabilités.

DÉFINITION : DIFFERENCE DE DÉLIMITATION

Délimiter qui est vulnérable et qui ne l'est pas demeure un sujet sensible. Il existe une zone de tension entre une interprétation large de la vulnérabilité, qui considère que tous les demandeurs sont vulnérables à partir d'un certain niveau et une interprétation restrictive qui limite la vulnérabilité à des situations très exceptionnelles. Les acteurs concernés par la désignation utilisent une notion limitée de la vulnérabilité. Une catégorisation en groupes cibles leur permet d'une certaine manière de simplifier la complexité de la population des demandeurs de protection. Une majorité d'entre eux est considérée par le Dispatching et les Régions comme un groupe cible générique, alors que seule une petite minorité est reconnue comme groupe cible spécifique. Il s'agit des personnes avec un problème médical grave et des mères vulnérables. Les acteurs qui assurent effectivement l'accueil ont recours, quant à eux, à une notion plus large de la vulnérabilité. Au lieu de classer les personnes en catégories plus faciles à gérer, ils tentent au contraire de prendre en compte de manière approfondie la complexité de la situation individuelle d'une personne en identifiant des facteurs de protection et des facteurs de risque. De cette manière, de nombreuses personnes sans label groupe cible vulnérable spécifique sont finalement reconnues comme vulnérables. Les acteurs de l'accueil reconnaissent que les personnes avec des besoins physiques d'ordre médical (par exemple les personnes à mobilité réduite ou malades) ou les mères seules sont vulnérables. Mais il s'agit d'élargir davantage la notion. Les acteurs de l'accueil insistent tout d'abord sur les facteurs liés à la santé mentale (dépression, traumatisme, etc.) qui peuvent être à la source d'un comportement problématique et inadapté. Lors de la désignation, cette vulnérabilité n'entre cependant en considération uniquement que si un diagnostic a été posé par des psychologues ou des psychiatres. Ensuite, la question de savoir quand des caractéristiques liées à la personne doivent être prises en considération fait également débat (comme par exemple le fait d'être un jeune adulte, d'appartenir à un groupe sexuel minoritaire ou l'analphabétisme). Lors de la désignation, ces facteurs sont rarement pris en considération alors qu'ils constituent en réalité de sérieux facteurs de risque selon les acteurs de l'accueil. Le plus grand point d'achoppement concerne les facteurs contextuels comme la situation procédurale d'un demandeur. Lors de la désignation, les personnes qui ont peu de chances d'obtenir un statut de protection sont par exemple exclues des places adaptées alors qu'elles devraient être considérées comme vulnérables selon les acteurs du terrain.

IDENTIFICATION : DIFFÉRENCE DE COMPÉTENCE

La deuxième zone de tension concerne la personne qui a la compétence d'identifier les personnes vulnérables. Durant le trajet d'accueil, à chaque phase, il est examiné si les personnes accueillies sont vulnérables et si elles

manifestent des besoins d'accueil spécifiques. Mais la compétence décisionnelle finale incombe aux acteurs impliqués par la désignation, tout en étant confrontés à d'importantes limites dans leurs pratiques d'identification. Les acteurs concernés par la désignation évaluent la vulnérabilité très tôt dans le trajet d'accueil. Ils ont généralement peu de temps et doivent uniquement se baser sur des instruments formels (par exemple des check-lists) et des procédures standardisées (par exemple une enquête-type). Bien que, lors de la désignation, plusieurs membres du personnel avec des expertises différentes soient impliqués, en particulier le staff médical et social, le temps manque pour une concertation multidisciplinaire approfondie. Recueillir une expertise externe est en outre impossible. Les acteurs impliqués par l'accueil ont en revanche davantage de temps pour apprendre à connaître la personne. Dans leur évaluation permanente, ils combinent des sources formelles et informelles d'information, par exemple sous forme de moments de concertation multidisciplinaire avec d'éventuels avis externes. Les acteurs de l'accueil considèrent finalement qu'ils sont plus aptes à estimer qui est vulnérable et qui ne l'est pas.

PRISE EN CHARGE : DIFFÉRENCE D'APPROCHE

Une troisième zone de tension concerne l'approche dans la prise en charge des personnes vulnérables. Les acteurs responsables de la désignation s'inscrivent dans une stratégie de « matching », c'est-à-dire une approche qui part de l'offre d'accueil existante avant d'examiner dans quelle mesure cette offre répondra effectivement aux besoins spécifiques des personnes vulnérables. Il y a ainsi un nombre de places spécifiques fixé, prévu indépendamment de l'occupation. A l'inverse, la stratégie des acteurs de l'accueil part des besoins spécifiques des personnes afin qu'une solution soit recherchée. L'offre d'accompagnement et l'infrastructure sont en principe modifiées en fonction des besoins spécifiques de la personne. Par exemple, une recherche peut avoir lieu afin de trouver une solution sur mesure pour une personne ayant besoin d'un accompagnement psychologique, d'un cours de langue, de barres d'appui dans la chambre et d'un lit d'hôpital. Des tensions peuvent tout d'abord survenir lorsque l'offre d'accueil est insuffisante pour répondre aux besoins spécifiques des personnes. Par exemple, un manque de places d'accueil pour les personnes à mobilité réduite peut conduire à une désignation inadaptée vers les structures d'accueil. Deuxièmement, des tensions surviennent ensuite lorsque les structures d'accueil disposent d'insuffisamment de moyens et d'expertise pour adapter l'accueil sur mesure. Par exemple, nous avons relevé le manque de services d'interprétariat ou d'accompagnement psychologique pour pouvoir suffisamment différencier l'accompagnement. Si les structures d'accueil ne peuvent pas non plus demander un transfert dans ce cas, cela a un impact négatif sur la qualité de l'accueil. Troisièmement, des tensions peuvent apparaître du fait que d'autres principes de désignation priment sur l'adaptation de l'accueil aux personnes vulnérables. Par exemple, lors de la désignation, un principe est que les personnes vulnérables doivent également être accueillies au sein de structures d'accueil collectives dans un premier temps, alors que cela ne représente pas nécessairement la meilleure solution pour eux. De plus, il est peu tenu compte des besoins spécifiques des personnes vulnérables lorsqu'elles ont moins de chances d'obtenir un statut de protection (tel que l'AR 2004, Dublin, pays sûr).

Ces trois zones de tensions illustrent une opposition plus fondamentale qui définit la manière d'aborder la vulnérabilité. Les acteurs impliqués dans la désignation sont influencés par ce que nous pourrions ici décrire comme une « perspective de gestion » de la vulnérabilité. Dans cette perspective, la vulnérabilité prend la forme d'un défi logistique. A travers la subdivision des demandeurs en groupes cibles, une prise de contrôle d'une problématique complexe est tentée. Cela permet une identification rapide et aussi d'anticiper une stratégie de prise en charge. Les acteurs impliqués par l'accueil sont, par contre, surtout influencés par ce que nous pourrions appeler une « perspective d'accompagnement ». Dans cette perspective, la vulnérabilité prend avant tout la forme d'un défi humain. La complexité est ici plutôt recherchée que réduite. Ceci exige une évaluation multidisciplinaire permanente et demande une stratégie de prise en charge sur mesure.

L'opposition entre les deux types d'acteurs n'est pas toujours si prononcée. Il existe des pratiques où les acteurs de gestion tentent d'adopter une perspective d'accompagnement lors de la désignation. C'est par exemple le cas lorsque le Dispatching prend contact par téléphone avec les centres d'accueil pour discuter en détail d'une désignation au lieu de se baser purement sur le labelling dans Match-It. En même temps, une perspective de gestion est également parfois présente chez les acteurs de l'accueil. C'est par exemple le cas lorsque les travailleurs sociaux ne souhaitent plus introduire de demandes de transfert parce qu'ils savent que la possibilité d'approbation est très faible. Malgré ces nuances, nous constatons qu'il s'agit dans les deux cas de pratiques particulières qui s'opposent à une certaine logique dominante allant de pair avec le rôle que les acteurs respectifs jouent.

Dans ce rapport, différentes situations ont été abordées qui mettent en évidence que dans les méthodes actuelles de travail, la perspective de gestion prime sur la perspective d'accompagnement. Quelques illustrations: le Dispatching qui décide où une personne va être accueillie même si la place ne répond pas au label groupes cibles ; le contrôle hiérarchique exercé par les Régions sur les demandes de transferts place adaptée alors qu'en cas de transferts disciplinaires, les structures d'accueil peuvent elles-mêmes décider ; la mise en place d'un moratoire sur les transferts place adaptée malgré le manque de mécanismes des structures d'accueil pour être en mesure d'adapter l'accompagnement et l'infrastructure. Les acteurs du terrain ne semblent pas pour autant affirmer qu'une perspective est meilleure qu'une autre. Il y a en effet une importante reconnaissance réciproque de la pertinence et de la spécificité du rôle de chacun des acteurs, ce qui n'exclut pas que l'interaction à travers des changements au niveau de la définition, de l'identification et de la prise en charge des vulnérabilités puisse être rationalisée.

En résumé, nous pouvons souligner qu'au cours des dernières années, l'attention accordée à la vulnérabilité et aux besoins d'accueil spécifiques a significativement augmenté au sein du réseau d'accueil. Cela a conduit à d'importants choix d'ordre logistique, comme la classification et l'enregistrement des places d'accueil en places génériques et en places spécifiques, la conclusion de conventions avec des partenaires permettant une spécialisation sur certaines vulnérabilités ou encore le financement d'organisations externes assurant certains services. Sur le terrain également, des efforts ont été fournis, par exemple en recueillant et en valorisant l'expertise en matière de vulnérabilités spécifiques (comme les mutilations génitales féminines), en organisant des formations psychosociales éducatives ou en adaptant les chambres aux besoins spécifiques des demandeurs (comme installer des ailes pour femmes ou des espaces de détente). En même temps, les collaborateurs du terrain restent très réalistes en considérant la vulnérabilité comme un phénomène très complexe ni simple ni facile à résoudre, notamment parce que la collaboration des demandeurs est souvent essentielle. Malgré les remarquables avancées réalisées dans la politique dédiée à la vulnérabilité, certains développements institutionnels font aussi l'objet d'inquiétudes de la part des collaborateurs de terrain. Premièrement, à la suite de l'augmentation des arrivées des demandeurs en 2015 et en 2016, la politique en matière de vulnérabilité a été temporairement mise en suspens. Tant qu'aucun caractère absolu n'est donné à la vulnérabilité, la politique sur les vulnérabilités reste ainsi sensible aux fluctuations. Deuxièmement, l'introduction d'un nouveau modèle d'accueil a également apporté des vulnérabilités, encore insuffisamment reconnues. Le transfert vers une nouvelle place d'accueil après l'obtention d'un statut de protection implique de nombreuses difficultés d'adaptation qui comportent des risques pour la personne. Contrairement aux résolutions prises dans les notes politiques du Secrétaire d'État Theo Francken de réserver l'accueil individuel aux personnes vulnérables, nous constatons que dans un premier temps l'accueil collectif reste également prioritaire pour ces personnes. Il est aussi à peine tenu compte des besoins spécifiques des personnes avec une faible chance de perspective de séjour qui ne peuvent que rarement bénéficier d'une place d'accueil individuelle. En outre, le phasage dans l'accueil des personnes vulnérables qui ont eu une reconnaissance d'un statut de protection pose également des difficultés au niveau de la continuité de l'accompagnement. Les objectifs du nouveau modèle d'accueil concernant l'intégration peuvent donc être difficilement conciliables avec les objectifs relatifs à la vulnérabilité.

