

Santé, exil, intégration : prendre soin dans la complexité. Expériences de médecine citoyenne en maisons médicales

Géry Paternotte

Analyse parue dans l'ouvrage « *Soigner l'Autre en contexte interculturel* », paru en 2016 aux éditions de L'Harmattan sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço, p. 145-150.



Note de l'Institut de Recherche, Formation et Action sur les Migrations

Comme annoncé dans son rapport d'activité 2014, l'IRFAM s'est concentré, en 2015/2016, sur la question de la santé mentale des migrants. L'institut a abordé cette question complexe à travers une série de collaborations de longue haleine visant la valorisation et la diffusion de pratiques interculturelles qui impliquent activement les populations bénéficiaires. Dans ce cadre, les finalités de l'association sont, entre autres :

- Informer et sensibiliser le public par la publication et la diffusion de réflexions et d'analyses dans ce domaine ;
- Établir un dialogue entre les parties prenantes du domaine et introduire le concept de la responsabilité citoyenne dans les milieux dédiés à la santé mentale et sociale, concernés par la diversité de leurs publics ;
- Proposer des modalités de sensibilisation à la diversité socioculturelle en phase avec les besoins des milieux d'accueil et de soin (accompagnement d'équipes, conférences, publications et diffusion).

Au centre de cette initiative, parmi d'autres organismes, se trouvent le service de santé mentale pour migrants, *l'association Tabane à Liège*, et ses nombreux partenaires d'action et de réflexion.

La philosophie de Tabane ASBL ressemble à son histoire qui s'est construite, sur plusieurs décennies, dans l'interaction de ses intervenants professionnels, bénévoles, consultants, stagiaires et autres visiteurs. L'accompagnement de l'IRFAM, tel un bilan de cette intense activité, permet de dégager un écho méthodologique de cette évolution de vingt ans, tout en la situant dans le cadre d'autres recherches et initiatives du domaine de la santé mentale et sociale des migrants en Belgique et à l'étranger : *quelle est la spécificité du travail psychologique avec les migrants et les réfugiés ? Enfants, adultes et personnes âgées ? Comment les soignants, habitués à voir des patients plus proches de leurs références socioculturelles, se sentent-ils avec eux ?...*

Lorsque l'on travaille avec des migrants, il faut tenir compte de leur façon d'interpréter le monde, souvent différente de la nôtre. C'est ce que tente de montrer notre travail commun avec Tabane et ses alliés, tant à travers des exemples du domaine de la santé mentale qu'à travers l'analyse d'activités socioculturelles menées avec les patients migrants. Ces réflexions se prolongent également dans la sphère sociopolitique et nous interpellent en tant que citoyens : *l'accueil et l'inclusion ne sont-ils pas une implication de notre démocratie ?*

Cette collaboration s'est médiatisée, en 2016, à travers la publication de deux ouvrages dans notre collection « *Compétences Interculturelles* » aux éditions de L'Harmattan à Paris :

- *Soigner l'Autre en contexte interculturel*, paru en 2016 sous la coordination de Luc Snoeck et Altay Manço ;
- et *La fonction guérisseuse. Essai comparatiste sur les pratiques de guérison. Qu'est-ce que guérir ? Qui guérit ? Comment ?* de Daniel Schurmans, paru également en 2016.

Elle se matérialise aussi à travers la diffusion d'un numéro spécial de la lettre électronique de l'IRFAM : *Diversités et Citoyennetés* (n° 46-47, octobre 2016, accessible sur www.irfam.org) portant sur le thème « *Psychologie et migrations* ».

Enfin, les conférences organisées avec la participation de l'IRFAM, fin 2015, en 2016 et au début de l'année 2017 (essentiellement dans la région de Liège), contribuent également à la diffusion des constats critiques et des recommandations pratiques repris dans nos publications.

Ces méthodes innovantes se déclinent en thérapies collectives ou individuelles, ou encore en actions socioculturelles collaboratives. Elles ont été présentées et débattues par des experts, des acteurs, des bénévoles et des bénéficiaires, lors de réunions ou de consultations coorganisées à Liège, avec notre partenaire Tabane. Ce travail d'écoute et d'analyse collective en amont des publications a également eu lieu avec d'autres intervenants, notamment à Verviers (Espace 28 ASBL, Service de Santé Mentale de Verviers, Couleurs Café ASBL...).

Cette mobilisation réflexive a eu pour effet de « théoriser » ou de « modéliser » les pratiques en matière de santé mentale. La démarche donne lieu à une meilleure appropriation des enjeux et des méthodes développées par le réseau concerné. Un des points d'orgue de ce programme de réflexion et de débat fut, notamment, le colloque de Tabane tenu au CHR de Liège, en décembre 2015, une rencontre ayant alimenté nos publications, entre autres avec les contributions de partenaires de Suisse et de France.

Santé, exil, intégration : prendre soin dans la complexité. Expériences de médecine citoyenne en maisons médicales

Géry Paternotte¹

Les « maisons médicales », réunies en fédération depuis 1980 en Belgique, sont des centres de santé intégrée constitués en équipes pluridisciplinaires dispensant des soins de première ligne. Fondés sur les principes d'égalité, d'équité, de solidarité, de démocratie, de participation, d'autonomie, de justice sociale et de respect des différences, ces projets tentent d'appliquer ces valeurs à leur fonctionnement interne (autogestion, rapprochement, voire égalité des salaires) et dans leurs relations avec les usagers (participation, information, prévention, mutualisation des interventions de sécurité sociale, activités collectives et médecine communautaire, valorisation des ressources locales, partenariat avec d'autres acteurs du monde psycho-médico-social, mais aussi culturel ou de l'enseignement). Elles s'adressent à l'ensemble de la population d'un quartier/territoire. Leur action vise une approche globale de la santé, considérée dans ses dimensions physique, psychique et sociale.

Cherchant à augmenter l'accessibilité financière des soins et à renforcer la solidarité entre bien-portants et malades, elles négocient, au début des années 80, avec la sécurité sociale belge un système de financement forfaitaire, dit « forfait à la capitation ». Il s'agit d'un système de payement dont le calcul est basé sur la moyenne annuelle des remboursements par la sécurité sociale des soins de médecine générale, de kinésithérapie et des soins infirmiers, et ce dans toutes les catégories de bénéficiaires. Ainsi, chaque maison médicale reçoit par mois et par patient une somme forfaitaire issue de ce calcul que les services de la maison médicale soient utilisés ou non. La personne inscrite au sein de la maison médicale ne paie alors plus lors de consultations ou visites. L'ensemble des forfaits permet à la maison médicale d'organiser les soins pour tous. Une solidarité se crée ainsi entre bien-portants et malades. Ce système a été inauguré en 1984 et est aujourd'hui généralisé dans l'ensemble des maisons médicales.

Toutefois, un tel système nécessite d'être inscrit dans le système médico-mutualiste belge et d'être en ordre de dossier avec cette administration. Ce n'est évidemment pas le cas, directement, de tous les primo-arrivants. Cette difficulté d'accès n'est pas exclusivement celle des maisons médicales mais de l'ensemble des soins de santé en tout ou partiellement remboursés (prestataires de soins conventionnés au sein des institutions publiques ou privées et de pratique libérale). Contre cette inégalité d'accès aux soins, la Belgique charge les dispositifs sociaux des municipalités

¹ Nos remerciements vont à Caroline Marin, assistante sociale à la Maison médicale de l'Herma et aux docteurs Gilles Henrard et Luc Burquel des Maisons médicales de Saint-Léonard et du Cadran (Liège).

(Centres Publics d'Action Sociale) de mettre à disposition des patients qui le nécessitent un système d'intervention et de remboursement des soins de ces différents acteurs via l'Aide Médicale Urgente. Un médecin doit pour cela attester, par un certificat circonstancié, de ladite nécessité et soumettre son approbation au Centre Public d'Action Sociale de sa localité. Les maisons médicales peuvent y recourir également, en ce y compris pour les frais imposés aux patients par la prescription de médicaments. Il existe une centaine de maisons médicales en Belgique francophone pour 220 000 patients soignés par an¹.

Des acteurs de soin de premier plan

À la lecture de cette brève présentation, on peut saisir la pertinence de ces structures pour l'accueil d'un public différent, d'intégration récente, voire problématique, soumis au stress d'acculturation, de revenus souvent modestes et nécessitant de manière plus aiguë un effort pédagogique des soignants tant sur le plan de l'explication des modalités de soins propres à notre système de santé, de notre « culture médicale », que sur le plan de la prévention des conséquences de la précarité, du « changement de climat », etc.

Pour Tabane, comme pour tout service de santé mentale spécialisé, l'inscription de nos patients dans une maison médicale représente toujours une plus-value indéniable. Leur accessibilité tant géographique que financière rend possibles une continuité des soins unique et une assurance de prise en charge dans le quotidien. Nous avons donc voulu savoir ce que les acteurs de première ligne de ces maisons médicales, établies à Liège, pouvaient nous apprendre de leurs pratiques spécifiques avec les migrants. Il ne s'agit pas ici de tracer un tableau exhaustif de ces pratiques mais bien de relever brièvement quelques tendances lourdes et quelques enseignements possibles.

Les migrants, une patientèle numériquement importante...

La population dite allochtone représente une proportion effectivement très importante de la patientèle des maisons médicales à tel point qu'un médecin de la MM de notre quartier parle de « *kaléidoscope de cultures* ». Celle-ci est souvent plus jeune que la moyenne de la population belge et s'installe plus majoritairement dans les quartiers intra-urbains ou de banlieue, délaissés par la classe moyenne ou supérieure, transformant ces zones en aires de transit ou d'installation communautaire. C'est précisément ces quartiers qui ont le plus accueilli l'installation de maisons médicales depuis les années 70, même si l'on connaît de plus en plus d'initiatives rurales. Cette présence n'est pas seulement importante, mais aussi extrêmement hétérogène. À ce titre, elle n'a pas entraîné de nouvelle

¹ Le lecteur intéressé trouvera toute documentation utile sur le site de la Fédération des Maisons Médicales (www.maisonmedicale.org). Les renseignements donnés dans cette brève présentation sont issus de la *Charte des Maisons Médicales* et de la brochure, éditée par la Fédération en juillet 2015 : *Maison Médicale, centre de santé intégrée*.

standardisation des soins (une médecine des immigrés ou spécifiques à un groupe, à une nationalité). Les soignants, au contraire, restent devant le défi quotidien d'adaptation de leur pratique, ce qui leur demande beaucoup de créativité.

Malgré ce tableau élogieux quant à l'idéal d'accès aux soins, il semble que la population des primo-arrivants les plus récents trouve plus difficilement sa place au sein des maisons médicales, pour plusieurs raisons. La première semble être la condition d'installation plus ou moins stable au sein d'un quartier. L'inscription en maison médicale se fait en effet sur base territoriale et nécessite parfois, vu la saturation des services, un temps d'attente qui ne peut répondre à l'urgence d'une première demande de soins. C'est donc dans un second temps que cette inscription se fera, souvent grâce à l'information donnée par des compatriotes, des voisins ou d'autres services de première ligne du quartier. Une autre raison évoquée peut être celle d'un manque d'information à l'arrivée sur le territoire belge. Cette arrivée est souvent suivie d'un séjour plus ou moins long en centre d'accueil pour demandeurs d'asile dont la situation géographique, souvent rurale, n'est pas prédictive du lieu d'installation effective. Il n'y a donc que trop rarement de pratique de relais entre les intervenants de ces deux étapes.

... aux enjeux particuliers

Dans un premier temps de la prise en charge, une remise à jour de la situation médicale des patients (vaccinations, examen de dépistage et/ou exploration d'un problème, le cas échéant), ainsi qu'un éventuel changement de paradigme dans le traitement de symptômes déjà présents dans le pays d'origine sont une spécificité de cette clinique, par comparaison avec la population « autochtone ». Une aide à l'insertion est également souvent nécessaire, mais très souvent les besoins, mêmes aigus, en termes de logement, d'accès à l'éducation, à la formation, des problèmes d'adaptation, de compréhension de notre société et/ou des problèmes médicaux et de santé mentale liés à l'exil semblent moins prioritaires pour la patientèle que l'angoisse liée à sa situation administrative. Assez logiquement, le droit au séjour prime généralement sur toute autre considération quant aux modes d'installation ou à la qualité de vie. Les primo-arrivants présentent donc des enjeux très spécifiques que l'on ne rencontre pas chez les personnes issues de l'immigration plus ancienne, au-delà des questions de langues, d'éducation ou d'adaptation au « système » belge, même si celles-ci ne connaissent pas toujours une situation sociale plus enviable ou conservent des traits culturels et des appartenances communautaires fortes.

Des difficultés

Cette réalité des premiers mois (voire années) peut aller jusqu'à mettre à mal la prise en charge thérapeutique parfois trop (voire uniquement) orientée par les demandes liées aux enjeux d'un diagnostic ou d'une prescription de soins sur le droit de séjour, même si la possibilité de l'autorisation de séjour pour raisons médicales¹ s'est particulièrement amoindrie ces dernières années, voire a disparu de fait.

Sur un autre plan, la récolte des données antérieures pertinentes, l'absence de langue commune bien maîtrisée ou encore l'inadéquation entre certaines attentes (conséquentes de représentations très confiantes de la médecine « occidentale ») et la possibilité de réponses adaptées représentent des difficultés significatives. Singulièrement, l'absence de structures relais spécialisées ou leur saturation quand elles existent laissent les thérapeutes de première ligne dans une certaine « solitude » et impuissance.

Enfin, on observe un recours assez massif aux institutions hospitalières comme aux demandes d'imagerie médicale ou d'examens spécialisés non pertinents. Cette situation semble expliquée d'une part par une certaine désinformation et des attentes surévaluées, mais aussi, d'autre part, par la « quête » aux pathologies pouvant alimenter une demande 9 ter. Cette procédure devenant celle du désespoir, elle finit par alimenter un désir contradictoire face aux acteurs de la médecine, celui d'être malade, si possible gravement.

Spécificités dans le rapport aux corps

Elles existent, bien sûr, bien que leur perception soit difficile et parcellaire pour beaucoup de soignants, en particulier dans leur fondement culturel, sinon l'évidente difficulté pour beaucoup de femmes de culture arabo-musulmane d'être touchées par un homme, mais aussi la « somatisation » de beaucoup de mal-être post-traumatique. Par ailleurs, on observe certains patients qui, étant arrivés en fin de procédure de demande d'asile ou ayant reçu un ordre de quitter le territoire, multiplient les plaintes somatiques qui sont les dernières à pouvoir être prises en charge lorsque plus rien d'autre ne l'est (fin de l'aide financière, au logement...). En effet, l'enseignement et la médecine restent souvent les deux seuls droits irréductibles aux situations de séjour illégal.

¹ La demande de séjour pour raisons médicales trouve son fondement dans l'article 9 ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers. Cette disposition a été ajoutée, sous la pression européenne, par le législateur belge en 2006. Pour de plus amples informations, le lecteur intéressé pourra se reporter au *Livre blanc sur l'autorisation de séjour pour raisons médicales (9 ter)*. www.adde.be/joomdoc/guides/livre-blanc-9ter-pdf/download.

Enfin...

Il apparaît primordial pour les différents praticiens de développer de manière conséquente les approches collectives afin de renforcer un lien social et une intégration comme conditions d'une meilleure qualité de vie et de santé. Celles-ci favorisent également une médiation culturelle aux pratiques de prévention et de soins. Elles permettent par ailleurs de démedicaliser et de désindividualiser les approches thérapeutiques, favorisant leur intégration dans un enjeu de solidarité et d'amélioration collective des conditions de vie. Les praticiens interrogés regrettent la saturation permanente de services spécialisés comme Tabane à tel point que le recours à ceux-ci soit devenu un fait numériquement négligeable, malgré la reconnaissance de leur pertinence et de leur nécessité.