

SOIGNER DANS UN QUARTIER MAJORITAIREMENT IMMIGRÉ : LA MAISON MÉDICALE DU NORD À SCHAEARBEEK

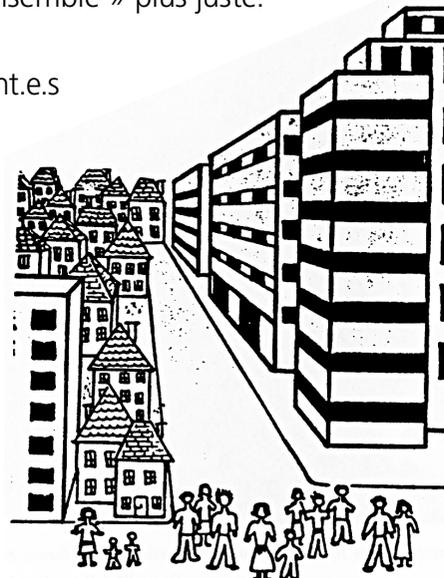
Marie-Thérèse Coenen (historienne, CARHOP asbl)

La Maison médicale du Nord (MMN) est le fruit d'une interaction entre un territoire, le quartier Nord à Bruxelles, le groupe de réflexion Culture et développement et des jeunes, un médecin et des paramédicaux qui s'interrogent sur le sens de leur engagement professionnel.

Au début des années 1970, le quartier Nord, situé entre le canal, les alentours de la gare du Nord jusqu'à Saint-Josse-ten-Noode et Schaerbeek, fait l'objet d'un projet immobilier pharaonique qui va entraîner la destruction de plusieurs quartiers et le déplacement d'une grande partie de la population. En 1970, les habitants sont majoritairement des familles immigrées vivant dans des conditions précaires. Elles y côtoient une population belge vieillissante qui n'a pas les moyens de partir. Quelques intellectuels s'y installent, animés d'un « vouloir vivre ensemble » plus juste.

C'est dans ce contexte social instable que des soignant.e.s décident de créer une maison médicale. Cette analyse revient sur la création et l'organisation de ce projet innovant, les liens qui se tissent et la mise en œuvre de la pluridisciplinarité et de l'autogestion. Elle met aussi en exergue la manière dont l'équipe répond aux besoins d'une patientèle multiculturelle et immigrée¹.

La Maison médicale s'installe dans un quartier en pleins bouleversements. Dessin paru dans le *Courrier de la Fédération des maisons médicales*, 1993² (coll. CARHOP).



LES MAISONS MÉDICALES, LE DROIT À LA SANTÉ POUR TOUS ET TOUTES !
Panorama d'initiatives inspirantes

Revue n° 26,
Mai 2025

MOTS - CLÉS

- Action sociale
- Maison médicale
- Personnes immigrées
- Soins de santé

COMITÉ DE LECTURE

Anne-Lise Delvaux
Claudine Liénard
Claudine Marissal
Amélie Roucloux
Camille Vanbersy
François Welter

CONTACTS

Éditeur responsable :
François Welter

Coordinatrice :
Claudine Marissal

Support technique :
Neil Bouchat
Claudio Koch

www.carhop.be

Tél : 067/48.58.61
02/514.15.30

¹ Pour retracer la genèse de la Maison médicale du Nord, nous nous sommes appuyées principalement sur un mémoire rédigé par Bernard Verduyck au moment de son départ à la retraite en 2015. VERDUYCK B., *La Maison médicale du Nord*, tapuscrit, s.l., [2015], n.p., ainsi que sur les dossiers se rapportant à la MMN et couvrant la période de 1978 à 2000 environ, présents dans le fonds d'archives des Services sociaux de quartiers-1030 (SSQ 1030), lequel a fait l'objet d'un relevé par le CARHOP : *Relevé du fonds SSQ 1030 et UL*, Bruxelles, septembre 2024.

² « Équipe d'animation communautaire du quartier Nord », *Courrier : périodique de la FMM et collectifs de santé*, n° 82, juin 1993, p. 3.

LES PRÉMISSSES : LA SECTION SCHAEERBEEKOISE DE CULTURE ET DÉVELOPPEMENT

Sœur hospitalière et infirmière à La Croix jaune et blanche (CJ&B), Nadine Schelstraete se forme à la pédagogie de libération de Paulo Freire³, introduite en Belgique par Jef Ulburghs⁴. Elle vit dans le Groupe communautaire au numéro 168, rue Verte à Schaerbeek⁵. Participant aux nombreuses initiatives émergentes dans cette localité bruxelloise, elle lance en 1974 le groupe Communauté et développement, section du mouvement Culture et développement lancé par Jef Ulburghs. Ce groupe se divise selon trois thématiques : le troisième âge, la scolarité des immigré.e.s et les besoins de santé.

Colette Scheenaert participe à la réflexion sur les soins de santé. Kinésithérapeute, en attente de partir à Goma (Congo), elle est animatrice au Service de santé mentale La Gerbe à Schaerbeek : « Nous souhaitons aborder l'accès aux soins dans le quartier. Nous avons invité Jef Ulburghs qui nous a fait travailler sur la connaissance des entités du quartier et sur les besoins de santé, sur ce qu'il fallait faire. C'est là que j'ai croisé Bernard »⁶. Jeunes diplômés en médecine en 1974, Bernard Vercruysse et son épouse, Myriam Provost, réfléchissent à leur orientation professionnelle. Myriam travaille dans un hôpital à Namur et Bernard assure bénévolement une consultation à la *Free clinic* d'Ixelles, où il croise Brigitte Dohmen, psychologue, membre du groupe Santé, qui l'invite à rejoindre l'initiative schaerbeekoise. « Ce groupe », écrit-il, « rêve d'une autre approche de la santé. Le travail se ferait en équipe, sorte de mini-clinique intégrant préventif, curatif, éducation à la santé, autoformation entre les patients et création de réseaux de solidarité entre les habitants. Le principe de base est l'autogestion. »⁷ Bernard, Colette, Nadine décident d'ouvrir une maison médicale qui s'adresse à tous et à toutes, dans le quartier.

LA MAISON MÉDICALE OUVRE SES PORTES DANS UN QUARTIER MAJORITAIREMENT IMMIGRÉ

En septembre 1975, Bernard commence ses consultations au numéro 93 de la rue Dupont. « Nadine et Colette travaillaient déjà dans le quartier », précise-t-il, « moi, j'étais le nouveau. »⁸ Il prend contact, via le groupe Santé, avec deux « leaders » de la communauté turque qui apprécient l'installation d'un médecin « social » dans le quartier : « Cela a certainement joué pour mon image dans cette communauté »⁹. Colette s'installe comme kinésithérapeute dans le sous-sol et Nadine aménage, avec le soutien financier de la CJ&B, un dispensaire. « Dès le départ, on a fonctionné en trilogie et en autogestion. »¹⁰ L'initiative est innovante ; il s'agit d'une des premières maisons médicales en Belgique et dans la capitale.

³ FREIRE (1921-1997), *La pédagogie des opprimés*, s.l., Édition portugaise en 1968, traduction française : Éditions Maspero, 1974.

⁴ Jozeph (dit Jef) Ulburghs (1922-2010), prêtre de l'Évêché de Liège puis au Limbourg, lance en 1969 un mouvement d'éducation populaire, les *Wereldscholen*, ainsi que le mouvement Culture et développement.

⁵ BEDO J. *et alii*, *Aventures fraternelles... ou Chronique de la vie des quartiers dans les années 70-80 à Schaerbeek*, s.l., octobre 2016, p. 47.

⁶ Entretien de Colette Scheenaert par Marie-Thérèse Coenen, Woluwe-Saint-Lambert, 4 février 2025.

⁷ VERCRUYSSSE B., *La Maison médicale du Nord*, chapitre 2.

⁸ *Ibidem*, chapitre 1.

⁹ *Idem*.

¹⁰ Entretien de Colette Scheenaert.

Médecins indépendants de première ligne, Bernard Vercruysse consulte beaucoup et tard le soir, Myriam Provost prend en charge deux demi-journées de consultations par semaine. Jean Fontaine les rejoint en 1977, remplacé par Paul De Munck en 1982. Leur patientèle s'étend rapidement. Les trois infirmières, Brigitte Installé, Nadine Schelstraete et Maggy Payen¹¹, sont employées par La CJ&B qui assure leurs prestations, fixe leur agenda, verse une subvention pour le dispensaire et prend en charge le temps des réunions. Également indépendants, les kinésithérapeutes s'adaptent aux spécificités de la patientèle. « Au début », se souvient Colette, « nous avons fait beaucoup de soins à domicile. Cela n'a pas duré long-



L'équipe de la Maison médicale lors d'un voyage en Turquie en 2004 (coll. Maison médicale du Nord).

temps, car rapidement, je ne pouvais soigner que les femmes turques ou marocaines. Les hommes ne voulaient pas que je les soigne. Ils voulaient bien des massages, ce que je ne voulais pas faire. Loin d'être anodine, cette situation a posé beaucoup de questions. »¹² Clément Loix, kinésithérapeute, s'occupera désormais des hommes. En 1979, Luc Lenel le remplace. Colette, observant le mal-être des femmes du quartier, se forme à la méthode Mézières¹³ et adapte sa pratique aux soins de groupe. Comme la MMN maintient les soins de kiné individuels, elle rejoint en 1981 le planning familial Josaphat où elle travaille avec des groupes de femmes migrantes, sans toutefois couper les ponts avec la MMN.

L'équipe de la MMN s'agrandit, quand les moyens le permettent, avec l'arrivée d'une

secrétaire et d'un diététicien en 1982 et d'une dentiste en 1986. La MMN est également un lieu de stage pour des étudiant.e.s (médecins, infirmières, assistants sociaux), des médecins en recyclage ou des visiteurs étrangers.

¹¹ Elle est infirmière à la CJ&B, membre du Groupe communautaire de la rue Verte, voir BEDO J., *Aventures fraternelles...*, p. 47-52.

¹² Entretien de Colette Scheenaert.

¹³ Méthode mise au point par la kinésithérapeute Françoise Mézières : en 1947, elle introduit la notion de chaînes musculaires et propose une rééducation globale qui considère l'être humain dans son ensemble. Au-delà de son action curative, cette méthode a vocation éducative et préventive. Elle restaure l'équilibre du système neurovégétatif, réharmonise le schéma corporel et favorise la prise de conscience des somatisations. Voir Association méziériste internationale de kinésithérapie (AMIK), <https://methode-mezieres.fr/methode-mezieres>, page consultée le 24 mars 2025.

¹⁴ Marie Bezerdjan, Brigitte Installé, Clément Loix, Myriam Provost, Nadine Schelstraete, Colette Scheenaert, Maggy Uyttenbroeck-Payen, Bernard Vercruysse, Maryrose [sic] Warichet-Misson. *Annexes au Moniteur belge*, 20 avril 1978, p. 1479.

habitants, tout en respectant le contexte socioculturel de chacun. Pour atteindre ce but, elle emploie entre autres les moyens suivants : 1. un travail d'équipe médico-social au niveau des soins préventifs et curatifs ; 2. une collaboration avec des groupes formels et/ou informels travaillant dans le quartier ou tout autre moyen qu'elle jugera utile pour atteindre ce but. »¹⁵ Sont nommés administrateurs, Clément Loix, président, Myriam Provost, secrétaire, et Maryrose [sic] Warichet¹⁶. Le siège social, d'abord situé à la rue Dupont, se déplace le 13 juillet 1993 dans une maison rénovée, au numéro 10, rue des Palais à Schaerbeek.

En 1985, la MMN s'affilie à la Fédération des maisons médicales. En 1995, elle est reconnue dans le cadre du Décret du 29 mars 1993 de la Communauté française relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée. Elle bénéficie d'une subvention de 400 000 francs belges de la Commission communautaire francophone (COCOF), soit 20 % de son budget, pour assurer une mission de prévention, l'accueil et l'organisation d'un secrétariat. Elle s'équipe de l'outil informatique nécessaire pour répondre aux critères d'évaluation de la COCOF, avec une base de données qui permet une approche quantitative et objective de la patientèle et qui sera très utile lors du passage au forfait.

L'INDISPENSABLE VOLET SOCIAL

Confrontée aux multiples problèmes sociaux de sa patientèle, l'équipe sollicite très vite l'appui de l'ASBL Services sociaux des quartiers 1030 (SSQ 1030) et une collaboration étroite s'engage entre les deux projets¹⁷. Marie-Rose Warichet-Misson, assistante sociale à l'ASBL, évoque cet épisode. « En 1978, Bernard m'a téléphoné. Il avait créé une maison médicale avec une équipe pluridisciplinaire et souhaitait une assistante sociale déjà « présente » dans le quartier (...) J'ai trouvé cela intéressant, j'ai dit oui et ai rejoint cette équipe... à temps partiel. »¹⁸ Les SSQ 1030 acceptent de détacher du temps de travail d'une, voire de plusieurs de leurs assistantes sociales, et cela pendant plus de 20 ans. Leur philosophie du travail social est en adéquation avec celle de la MMN : « Viser l'autonomie du patient, à savoir écouter et entendre la demande, aider à trouver les solutions, accompagner et expliquer comment se débrouiller... »¹⁹ Les patient.e.s de la MMN s'adressent à la permanence sociale des SSQ 1030, et les assistantes sociales participent aux réunions de l'équipe médicale, y amenant notamment la préoccupation des personnes âgées²⁰. Bernard Vercruysse devient en 1977, membre de l'ASBL SSQ 1030.

¹⁵ *Annexes du Moniteur belge*, 20 avril 1978, p. 1479-1480.

¹⁶ L'AG du 23 février 1984 révisé certains articles. Sont nommés administrateurs Maryrose Warichet (présidente), Myriam Provost (secrétaire) et Luc Lenel. *Annexes au Moniteur belge*, 18 avril 1985, p. 2057.

¹⁷ L'ASBL SSQ 1030 est lancée en 1973 par Paul Lauwers, à partir des secrétariats sociaux des paroisses. Elle est reconnue comme centre de service social par l'arrêté royal du 13 juin 1974. Elle dispose d'une permanence sociale, au numéro 45, rue Van Schoor. Elle développe des actions spécialisées : travail de quartier, logement, scolarité... Elle est à la base de réseaux : le Développement social de quartier, la Coordination sociale avec la commune et le CPAS, etc. Les archives de l'ASBL ont fait l'objet d'un relevé par le CARHOP. Voir aussi MACHIELS C., *L'évolution du sens du travail social. Une rencontre avec Marie-Christine Renson, assistante sociale aux Services sociaux des quartiers 1030*, CARHOP, Bruxelles, 2019.

¹⁸ Entretien de Marie-Rose Warichet-Misson par Marie-Thérèse Coenen, Woluwe-Saint-Lambert, 4 février 2025.

¹⁹ Fonds SSQ 1030 et UL, n° 31, rapport d'activités 1979, p. 6.

²⁰ Équipe de la Maison médicale du Nord, « Projet « personnes âgées » », *Santé conjugée*, n° 10, octobre 1999, p. 63-65.

Pour améliorer les problèmes de communication entre l'équipe médicale et les personnes immigrées maîtrisant mal le français, une autre assistante sociale est sollicitée, Marie Bezerdjan, libanaise, employée au centre d'aide aux personnes Brabantia créé en 1974 et situé au numéro 43, rue de la Charité à Saint-Josse-ten-Noode. Plus tard, les médecins feront appel à un service externe pour préserver la confidentialité de la consultation.



Dans les années 1980, des interprètes sont formées pour assurer de meilleurs soins aux personnes immigrées. Dessin paru dans le *Courrier de la Fédération des maisons médicales*, 1986²¹ (coll. CARHOP).

Lors des visites à domicile, l'équipe rencontre des situations extrêmement difficiles tant au niveau de l'hygiène des patient.e.s que du contexte de vie. Une aide familiale s'avère indispensable. Au départ, elle est la seule à intervenir auprès des patient.e.s de la MMN, mais comme ses tâches sont particulièrement lourdes, la MMN signe une convention avec un service d'aide, ce qui permet de mobiliser plusieurs travailleuses en fonction des besoins.

Depuis 1993, la MMN dispose à la rue des Palais d'une belle salle d'attente où les assistantes sociales proposent un accueil individualisé, l'information et des animations en santé communautaire.

²¹ « Formation d'interprètes immigrées en milieu médico-social », *Courrier de la Fédération des maisons médicales*, n° 32, juin 1986.

CONSTRUIRE DU SENS : ANALYSER DES CAS ET RÉFLÉCHIR EN ÉQUIPE

Le rôle du conseil d'administration (CA) et de l'assemblée générale (AG) de la MMN est relativement limité. L'AG entérine les orientations, le CA gère le volet administratif et les relations avec les autorités ; le cœur stratégique de l'association, c'est l'équipe et le mode d'organisation, l'autogestion.

La cohérence de l'équipe se construit lors des temps collectifs. La réunion hebdomadaire du jeudi midi réunit l'équipe interne (indépendants) et externe (assistantes sociales, infirmières, aides familiales). C'est un moment d'échange d'informations, de concertation et d'ajustement de l'agenda. Deux fois par mois, l'équipe se retrouve en soirée : l'une, dédiée à l'étude de cas de patient.e.s qui réclament un éclairage pluridisciplinaire ; l'autre, consacrée au projet Maison médicale. À cela s'ajoutent, si nécessaire, des week-ends de réflexions et d'ajustement. « Cette implication était exigeante », souligne Marie-Rose, travailleuse sociale à la MMN, « mais j'ai apprécié d'être dans une équipe pluridisciplinaire pour analyser les situations et partager chaque semaine, les questions autour d'une table. C'était un plus pour tous (...) On avait un pôle de médecins très dominant, un pôle kiné qui avait aussi son mot à dire, et nous, les extérieurs, on essayait d'influencer, de faire contrepoids. Je défendais l'idée de travailler en cogestion. J'étais attentive que la parole de chacun soit entendue de la même façon. »²²

L'équipe noue aussi de nombreux liens : les médecins s'investissent dans les associations professionnelles tandis que l'équipe est présente dans les associations locales, avec un programme de prévention à la santé. Ainsi, elle anime en 1980 une émission hebdomadaire à Radio Panik sur la santé²³.



La MMN publie un périodique, *L'Écho du Nord* (coll. Maison médicale du Nord).

²² Entretien Marie-Rose Warichet-Misson.

²³ Dr. DE KEUSER et Dr VERCROYSSSE B., « La Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles en action », *Bruxelles Santé*, n° 3, septembre 1996, p. 11.

S'ADAPTER À LA MULTICULTURALITÉ DE LA PATIENTÈLE

Confrontée à des plaintes récurrentes d'une patientèle, notamment immigrée, que la thérapie curative semble impossible à apaiser, l'équipe fait appel dès 1980 à Antoine (Toon) Gailly, spécialiste des liens entre



Toon Gailly lors d'un voyage en Turquie avec l'équipe de la MMN, 2004 (coll. Maison médicale du Nord).

culture et migration. Il est psychologue au *Centrum voor Welzijnswerk* de Laeken (CW Laeken) et propose une approche anthropologique des plaintes atypiques. Bernard Vercruyse en souligne l'intérêt : « L'approche anthropologique mobilisée décode comment des souffrances existentielles ou sociales peuvent s'exprimer par des signes extérieurs ou des symptomatologies physiques parfois très codifiées : femme « ouverte » ou « fermée », voilée ou non, bon ou mauvais mariage (...) Cela nous a permis d'être plus à l'aise avec ces plaintes parfois bizarres. [Toon] nous a appris la modestie et la tolérance. La part de l'être en face de nous qui nous échappe complètement est immense chez tous nos patients. »²⁴

Constatant une surreprésentation des femmes diabétiques dans leur patientèle et une certaine indifférence à adopter de bonnes pratiques, l'équipe lance, avec l'aide d'un diététicien, Hassan Katib, un groupe de parole de femmes diabétiques. Elles connaissent leur pathologie, mais sont plutôt dans la non-acceptation de

la maladie. La balle est donc dans le camp des soignant.e.s²⁵. Le diabète occulte aussi un autre problème, l'obésité. Intéressée par le sujet, Karin De Vriendt²⁶, chercheuse en anthropologie et collaboratrice au CW Laeken, mène, en étroite collaboration avec la MMN, une enquête sur la signification culturelle de l'obésité chez les femmes turques et présente les résultats à l'assemblée générale de mars 1986²⁷. « La lecture de ce travail », signale Bernard, « m'a définitivement guéri de la priorité absolue de faire maigrir les obèses, tant les significances multiples de cette obésité sont d'une



L'équipe de la MMN, lors d'un voyage avec Toon Gailly à Emirdağ (Turquie), 2004 (coll. Maison médicale du Nord).

²⁴ VERCRUYSE B., *La Maison médicale du Nord*, chapitre 4 ; VERCRUYSE B., « Des plaintes extrêmement atypiques... L'expérience d'une Maison médicale immergée dans un quartier à forte densité de patients turcs », *Santé conjugulée*, n° 7, janvier 1999, p. 35-38.

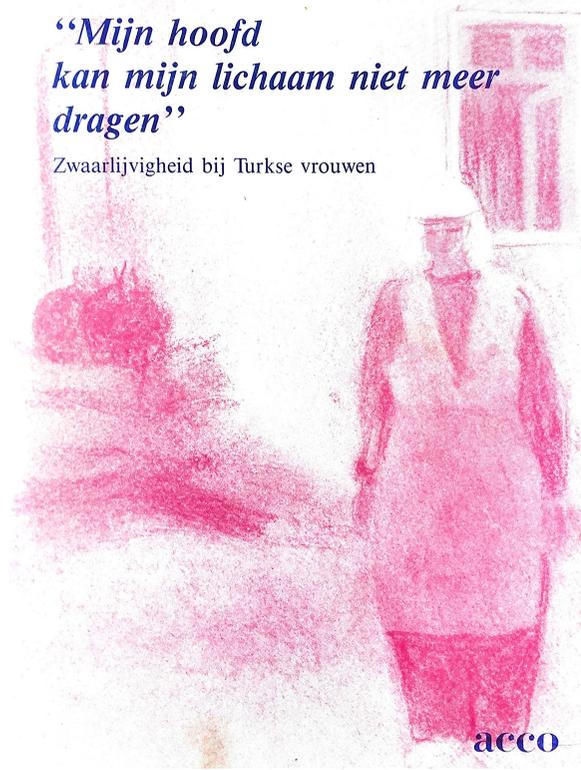
²⁵ L'équipe de la Maison médicale du Nord, « Groupe de parole de femmes diabétiques », *Santé conjugulée*, n° 10, octobre 1999, p. 68.

²⁶ Voir DE VRIENDT K., *Mijn hoofd kan mijn lichaam niet meer dragen. Een onderzoek naar de betekenis van de zwaarlijvigheid binnen het klachtenpatroon van Turkse vrouwen*, Leuven-Amerfoort, ACCO-Amersfoort, 1989, p. 121.

²⁷ Fonds SSQ 1030 et UL, n° 17, rapport d'activité de la MMN présenté à l'assemblée générale du 27 février 1986.

**“Mijn hoofd
kan mijn lichaam niet meer
dragen”**

Zwaarlijvigheid bij Turkse vrouwen



Couverture du livre de Karin De Vriendt, 1989. Traduction du titre : Ma tête ne peut plus tenir mon corps. L'obésité chez les femmes turques.

importance majeure pour la personne (sociologique, familiale, communautaire, sexuelle...). La patiente elle-même n'en est souvent pas consciente, la stigmatiser sur son poids, peut, dans ce contexte, être lourd de conséquences. »²⁸

Constatant une situation de mal-être dans les familles immigrées, l'équipe décide en 1995 de mener une recherche-action sur le lien parental avec une focale spécifique sur les pères dans la communauté musulmane. Pascale Degryse²⁹ pilote l'enquête par questionnaire, mène des entretiens semi-directifs et programme des rencontres entre l'équipe et une institutrice, une assistante sociale, un juge de paix, une ilotière, un imam. Ce qui peut apparaître comme une démission parentale n'est pas propre aux seuls parents immigrés, mais est une conséquence de leur situation de précarité sociale et de déracinement culturel. L'État, la Justice, l'avocat, l'école peuvent rappeler la norme, mais ne peuvent suppléer à tous les manques. Davantage d'écoute et de dialogue entre les différents acteurs serait sans doute une piste de solution pour atteindre un mieux-être³⁰.

La pratique réflexive régulière amène aussi l'équipe à aborder la tension psychologique qui peut se poser entre les patient.e.s et les soignant.e.s sur le terrain. Lina Balestière, psychothérapeute et psychanalyste au Centre de guidance et de formation de l'Université catholique de Louvain à Woluwe-Saint-Lambert, entame une fois par mois une supervision/formation consacrée aux situations apportées par l'équipe, mais, constate Bernard Vercruyse, « c'est aussi le bien-être et les motivations de l'équipe soignante qui sont interrogés »³¹.

L'expertise des membres de la MMN est reconnue. Paul De Munck participe au groupe de réflexion sur les problèmes psychiatriques des patients immigrés au CW Laeken³². Bernard Vercruyse intervient sur la question de santé des immigré.e.s et sur la gestion de la plainte dans la consultation transculturelle à l'Université catholique de Louvain. Il participe, avec Maggy Payen, à la Commission de la culture portant sur les personnes âgées, une commission installée au sein de l'administration du Ministère de la Culture française (aujourd'hui Fédération Wallonie-Bruxelles)³³.

²⁸ VERCRUYSE B., *La Maison médicale du Nord*, chapitre 4.

²⁹ Pascale Degryse est assistante sociale stagiaire entre 1992 et 1993. Son rapport de stage a pour sujet : *Coordination des soins à domicile. Expérience d'une année de collaboration entre la Maison médicale du Nord et les Services sociaux des quartiers 1030, octobre 1992-octobre 1993.*

³⁰ Fonds SSQ 1030 et UL, n° 19-1, note de Pascale Degryse présentée à la réunion de la MMN, 5 janvier 1995.

³¹ VERCRUYSE B., *La Maison médicale du Nord*, chapitre 4.

³² LEMAN J., GAILLY A., *Thérapies interculturelles : l'interaction soignant-soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*, Bruxelles, De Boeck Université, 1991.

³³ Fonds SSQ 1930 et UL, n° 19-3, procès-verbal de l'assemblée générale de la MMN du 28 février 1985.

LE FORFAIT, POUR MIEUX ATTEINDRE LES OBJECTIFS DE LA MMN

Au départ, le budget de la MMN se limite aux frais encourus par l'ASBL. Les indépendants versent une participation au prorata de leurs honoraires : 20 % pour le kiné, 23 % (Paul) et 57 % (Bernard et Myriam)³⁴. Ces entrées couvrent 90 % des frais de la MMN. Le solde est couvert par des cotisations versées par chaque membre de l'équipe comme contribution aux coûts de formation et aux diverses affiliations de la MMN, comme par exemple la cotisation à la Fédération des maisons médicales.

ASBL



L'autonomie du patient, un défi pour les maisons médicales.
Dessin paru dans *News, périodique de la Fédération des maisons médicales*,
1997³⁵ (coll. CARHOP).

³⁴ Fonds SSQ 1030 et UL, n° 17, procès-verbal du conseil d'administration de la MMN du 24 octobre 1985.

³⁵ *News : périodique de la Fédération des maisons médicales et collectifs de santé francophones*, n° 9, octobre 1997.

Un des fils rouges de la Maison médicale est le respect de l'autonomie du patient qui peut choisir son propre réseau de soignants (infirmier.e, kiné, médecin traitant, ...) ou l'offre de soins de la MMN. L'assemblée générale de 1985 se penche sur cette question et distingue les patients externes qui n'utilisent que d'un seul service, des internes qui font appel à au moins deux services de la MMN. Trois quarts des patients qui fréquentent le dispensaire ou les permanences sociales sont attachés à la Maison médicale, un quart sont externes. En kinésithérapie, c'est l'inverse. Luc Lenel, kinésithérapeute, s'inquiète du déséquilibre qu'il constate dans sa patientèle : est-ce sa pratique qui n'est pas suffisamment adaptée au public ou l'effet dissuasif du ticket modérateur qui éloigne la patientèle trop précaire ?³⁶ Cette question reste pendante et joue dans le choix d'adopter le système de maison médicale au forfait.

À la MMN, le patient paie chaque acte au prestataire de soins et l'accès au service social ne lui coûte rien³⁷. Une partie importante des consultations et visites se font au tiers payant avec ou sans perception du ticket modérateur. Cette liberté laissée au soignant questionne : pourquoi certaines consultations et pas d'autres ? Quels sont les critères retenus ? Le système au forfait ne serait-il pas une solution d'équité ? À partir de 1997, l'équipe consacre beaucoup d'énergie à examiner ses avantages et ses limites³⁸. D'un côté, il y a la gratuité des soins de base pour les patients, la sécurité budgétaire, la sortie d'une sorte de productivisme. Le forfait remet le patient au centre des préoccupations de l'équipe pour coordonner les soins et les besoins sociaux. Le forfait, c'est aussi une forme de solidarité entre les bien-portants et ceux qui nécessitent davantage de soins, l'intervention mutualiste étant calculée par affilié.e. De l'autre côté, le forfait signe la perte du libre choix du patient et une limitation de son autonomie, ce qui peut être un frein d'ordre socioculturel : la MMN remarque que sa patientèle migrante consulte couramment, en même temps, un ou deux autres médecins et le service d'urgence d'un hôpital, en fonction de ses attentes et de ses besoins propres. Comment la convaincre de se limiter à la seule MMN ?

En réalité, le risque de voir la population du quartier se détourner de la MMN semble minime. Un sondage réalisé en 1993-1994 démontre que 60 % des patients sont favorables au forfait tandis que 9 % ne le sont pas et que 31 % s'interrogent. En 1997, la MMN a quelque 3 600 dossiers ouverts. Même si un tiers de la patientèle s'en détourne, il restera 3 093 patients, ce qui fait une estimation budgétaire de 32 645 596 francs belges³⁹, nettement mieux que les recettes via la médecine à l'acte. Le passage au forfait interroge le projet de maison médicale. Réservés, les médecins veulent que leurs revenus soient garantis et que la liberté du patient soit préservée. Après réflexion, ils finissent par donner leur accord. La MMN passe au forfait le 1^{er} avril 2000, ouvrant la voie à une dynamique nouvelle autour d'un noyau de base et d'une équipe fortement renouvelée⁴⁰.

³⁶ Fonds SSQ 1030 et UL, n° 17, procès-verbal de l'assemblée générale de la MMN du 28 février 1985.

³⁷ « Une médecine à la dimension du quartier : la Maison médicale présentée par un de ses membres », *Le Courrier de Schaerbeek-Saint-Josse*, n° 2, avril 1981, p. 2.

³⁸ Fonds SSQ 1030 et UL, n° 17, compte-rendu de la journée de la MMN consacrée entièrement à la redéfinition du projet MMN, état des lieux, changement attendu et apport du passage au forfait ou non, du dimanche 14 septembre 1997.

³⁹ Fonds SSQ 1030 et UL, n° 19-2, réunion de la MMN sur le forfait, juillet 1997.

⁴⁰ VERCRUYSSÉ B., *La Maison médicale du Nord*, chapitre 8.

UNE EXPÉRIENCE RÉUSSIE

Entre l'utopie telle que débattue dans le groupe Santé de Schaerbeek en 1974 et le tournant de l'an 2000, la MMN reste fidèle à ses options de base : une implantation dans un quartier populaire, auprès d'une population majoritairement migrante, qui évolue au fil des vagues migratoires mais dont les caractéristiques sont les mêmes : précarité, difficultés d'adaptation, déracinement et multiples fidélités, ce qui reste lourd à porter au quotidien. L'équipe met le patient au centre de ses préoccupations, en respectant sa liberté comme acteur de sa propre guérison, en l'invitant par une coéducation à sauvegarder sa santé, voire à accepter son état si c'est son souhait. La MMN prend sa place dans le tissu associatif schaarbeekois et elle reste partenaire dans de nombreuses initiatives qui émergent après 2000.

POUR CITER CET ARTICLE

COENEN M-Th., « Soigner dans un quartier majoritairement immigré : la Maison médicale du Nord à Schaerbeek », *Dynamiques. Histoire sociale en revue*, n° 26 : Les maisons médicales. Le droit à la santé pour tous et toutes !, mai 2025, mis en ligne le 28 mai 2025, www.carhop.be.