

REGARD SUR UNE PRATIQUE MÉDICALE DE PREMIÈRE LIGNE

Entretien avec le docteur Vercruysse
réalisé par Marie-Thérèse Coenen,
CARHOP

Les années soixante sont marquées par des tensions très fortes portant sur l'organisation du système de santé. En avril 1964, les Chambres syndicales des médecins décrètent la grève pour s'opposer à la mise en œuvre de la nouvelle législation en matière d'assurance maladie. Pour la première fois, syndicats et mutualités, toutes tendances confondues, s'opposent à ce mouvement qui rejette une véritable politique de santé. Mai 1968 a-t-il eu un impact dans le secteur de la santé ? Cette question nous l'avons posée au docteur Vercruysse, à l'origine de la maison médicale du Nord, à Schaerbeek. Son témoignage porte un regard intéressant sur l'accès aux soins, sur l'autonomie des patients dans la gestion de leur santé, sur les aspects culturels liés aux communautés migrantes, mais aussi sur l'impact des soins sur le bien-être des gens, tout simplement.

Mai 1968, étudiant en médecine

« En Mai 68, j'avais 18 ans. J'étais en première année de médecine à l'Université catholique de Louvain, à Leuven. J'ai terminé en 1974. Je me suis marié en 1972. J'avais un enfant et ma femme, également médecin, attendait notre second. Nous pensions partir en objection de conscience, mais comme père de famille, j'ai été dispensé du service militaire. Nous avons alors accepté un poste, que nous nous répartissions à deux. Ma femme a travaillé 6 mois pendant que je restais à la maison, m'occupant de ma petite fille. C'était assez impensable à l'époque. Ensuite, c'est elle qui a pris le relais. Pendant cette période, j'ai fait des petites choses à gauche et à droite, j'ai assuré bénévolement deux consultations par semaine à la Free Clinic. J'habitais Thorem-bais-Saint-Trond et j'ai demandé le remboursement de mes trajets. Quelle affaire ! Il y a eu deux ou trois réunions du conseil d'administration pour décider si c'était éthique, responsable, solidaire ou cohérent de me rembourser mon trajet, parce que personne ne pouvait avoir quelque chose de plus que l'autre. Ce type de discussion, c'était très post Mai 68.

Un projet de santé dans un quartier populaire de Bruxelles

À la Free Clinic, j'ai rencontré une assistante sociale qui m'a signalé l'existence d'un groupe réfléchissant aux questions de santé dans les quartiers populaires. Il s'inscrivait dans la mouvance d'un curé révolutionnaire, Jef Ulburghs, et avait l'envie de créer quelque chose dans le quartier de la gare du Nord. Comme nous n'avions, ma femme et moi, aucun projet structuré prévu et que cela correspondait bien à notre projet professionnel, je me suis installé comme médecin généraliste, rue Dupont à Schaerbeek. L'infirmière et la kinésithérapeute qui participaient à ce groupe de réflexion sont venues faire



Bernard Vercruysse

des permanences dans les locaux que je louais. Petit à petit, un deuxième kiné est venu, une deuxième infirmière. Il y avait dans le quartier, un service social qui dépendait des paroisses, le SSQ (service social des quartiers 1030) avec lequel nous avons négocié la permanence d'une assistante sociale de chez eux, dans nos locaux.

Le patient : le sujet de sa guérison

Une fois installés, nous avons continué à réfléchir notre pratique avec ce groupe. Nous ne voulions pas imposer aux gens du quartier une structure contraignante. Chacun, chacune devait rester libre de mobiliser son propre réseau. Ce souci de laisser aux patients l'autonomie dans la gestion de leurs soins de santé, dans leur liberté de faire appel au personnel de santé qu'ils souhaitent, de ce qu'ils utilisent et n'utilisent pas, a vraiment été notre fil conducteur. Au début du cabinet médical, un leader de la communauté turque est venu et m'a dit : c'est très chouette de s'installer dans le quartier. Avec lui, j'ai fait une tournée des lieux stratégiques de la communauté turque de Saint-Josse et Schaerbeek. Ce fut une journée extraordinaire qui m'a permis d'être adopté par la communauté turque. Je suis devenu « Sakal Dokter », le docteur barbu. Cela nous plaisait très fort. Cela nous faisait du bien. Nous avons continué. Nous n'étions pas dans une dynamique politique de vouloir changer le monde, mais dans une dynamique de chrétiens de gauche, proposant un service de santé, social et culturel, ouverts à tous, sans a priori et sans nécessité de s'enrichir. Nous devons gagner notre vie, mais sans volonté d'enrichissement.





Une maison médicale du nord, par nécessité

Au début, nous n'étions pas une maison médicale, c'était « le docteur Vercruysse et ses collaborateurs ». Petit à petit, nous avons ressenti la nécessité d'être identifiés non par un nom, mais comme une institution. Nous avons alors créé une ASBL Maison médicale du Nord. Pour nous, la maison médicale était un lieu de ressourcement pour les travailleurs, une structure de soutien pour les soignants et les patients devaient garder leur autonomie. Le bien-être des soignants était une de nos priorités, car si l'on veut que les gens aillent bien, il faut que l'on aille bien nous-mêmes. À l'époque, c'était quelque chose d'assez mal vu. Ce n'était pas la préoccupation première du mouvement des maisons médicales qui s'engageait contre la médecine libérale, combat que nous n'avons jamais porté. Notre projet était de faire une médecine sociale, ouverte à tous, en faisant beaucoup de tiers payant, en ne se faisant pas payer si l'argent manquait, en collaborant avec le CPAS, sans volonté de changement politique, mais avec une volonté d'offrir un service de qualité.

Le forfait

Au début du mouvement des maisons médicales, la formule « forfait » n'existait pas. Quand le forfait s'est mis en place, nous avons continué à travailler à l'acte pendant plus de 10 ans, toujours avec la volonté de laisser aux gens le libre choix de leur réseau de soins de santé. Le forfait, c'était les obliger à tout faire chez nous et cela nous gênait. Finalement, notre réflexion nous a menés à recentrer notre action sur la maison médicale pour l'efficacité des soins. C'est alors que nous sommes passés au forfait non sans certaines appréhensions pour notre projet. Avec le forfait, il n'y a pas plus d'argent qu'avec la médecine à l'acte, mais l'argent vient à la structure qui le répartit. Avec le paiement à l'acte, l'essentiel vient des travailleurs indépendants qui mettent en commun ce qu'il faut pour financer la structure. Psychologiquement, c'est très différent. Il y a du temps rentable et du temps non rentable. Quand je suis médecin, je participe à des réunions, ce n'est pas rentable. Quand je vais faire une animation pour les personnes âgées ou dans les écoles, ce n'est pas rentable. Quand je suis au forfait, je ne me pose pas la question. La maison médicale me paie et n'évalue pas la rentabilité de mon temps de travail.

Le rapport du soignant et du soigné ?

Nos fondamentaux étaient de laisser l'autonomie aux patients. C'est difficile, car toute notre formation de médecin vise à faire disparaître les symptômes. Or il y a des gens qui ont besoin de leurs symptômes pour vivre. Je pense que j'ai guéri très peu de patients mais j'ai soulagé et aidé beaucoup de gens. J'ai appris et compris aussi que les soins de santé interviennent pour 10 %

dans la santé, le bien-être des gens. Tout le reste, c'est le logement, la génétique, le travail, le mode de vie... Or le discours médical dit que les gens doivent aller mieux. Comme médecin, nous avons toutes les clés et toutes les variables de la santé. Moi, je crois que les gens que j'ai le plus aidés sont des gens qui n'allaient jamais mieux et je supportais qu'ils n'aillent pas mieux. C'est pour cela qu'il est important de travailler en équipe pour être sûr que nous avons fait tout ce que notre science peut leur apporter. Il ne sert à rien de devenir agressif ou de penser qu'on est mauvais si le patient se plaint toujours. S'il continue à venir, c'est que quelque part il apprécie cette approche du « care », « prendre soin de ». Au début, nous avons fait appel à un anthropologue qui venait chaque mois, analyser avec la lecture anthropologique, les plaintes de nos patients. Nous tentions de comprendre. Grâce à cette collaboration, j'ai mieux compris le monde qu'il y a derrière une plainte qui ne disparaît pas... Je pouvais entendre les femmes turques et peut-être mieux les comprendre et le leur montrer, les soutenir. Mais comme pour tout patient, derrière les symptômes, il y a peut-être aussi un monde que je ne connais pas. Restons modestes. Voyons ce qu'on peut faire pour l'aider.

Êtes-vous un expert des communautés migrantes ?

La population de la Maison médicale était surtout turque et marocaine. On a créé le Comité socio-médical pour la santé des immigrés¹ avec Albert Bastenier, Felice Dassetto. Nous nous sommes mis ensemble pour réfléchir et être plus efficaces face aux problèmes soulevés. Moi, j'étais surtout Monsieur Turc. Je ne connaissais que quelques mots, mais je savais dire si l'enfant traduisait mal au niveau de l'organe concerné, et donc ils pensaient que je parlais turc. Toujours, nous laissions décider la personne. Parfois, nous faisons appel à une traductrice, mais cela ne correspondait pas nécessairement à ce que les patients souhaitaient. Cela nous éloigne de mai 68. Nous n'étions pas dans la critique de la médecine traditionnelle mais du système. J'ai adhéré à la réflexion du GERM (Groupe d'étude pour une réforme de la médecine). Au fur et à mesure de ma pratique, j'ai compris que les intervenants de santé sont beaucoup trop prétentieux quand ils pensent pouvoir gérer la santé des gens. Je peux jouer sur 10 % de cette santé, de ce bien-être. Pour le reste, soyons modestes et voyons ce qu'on peut apporter. Or le discours médical actuel est assez glorifiant : on soigne tout, on guérit tout, et si l'espérance de vie augmente, c'est grâce à nous. Les études montrent que l'allongement de la vie est d'autant plus élevé dans les pays de niveau de richesse égale que la disparité des revenus est petite. C'est le sentiment de bien-être des gens, et plus d'égalité, qui permet l'allongement de la vie, pas seulement la médecine !

¹Création en 1978, par un groupe de médecins, travailleurs sociaux et sociologues en dehors de toute appartenance politique ou confessionnelle et dans un esprit pluraliste. Elle entend faciliter l'accès à la santé des populations issues des immigrations en Belgique. L'association lutte contre les inégalités sociales de santé touchant de plein fouet les populations immigrées par le biais d'un travail de traduction et d'information adaptée à ces publics. Il fournit également un soutien aux professionnels à travers un centre de documentation, l'organisation de journées d'étude, des interventions en formation et la publication d'un périodique intitulé Santé immigrés (6 numéros par an). Deviens Culture et santé en 1974 et est reconnue comme organisation d'éducation permanente.