



## Humanitaire

Enjeux, pratiques, débats

36 | 2013

Les humanitaires au défi des marges de nos villes

---

### « Intervenir au plus près des lieux de vie des personnes afin de mieux prendre en compte la globalité de leur situation »

Entretien avec Coralie Lodavid

Coralie Lodavid et Ingrid Pelgrims

---



#### Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/humanitaire/2796>

ISSN : 2105-2522

#### Éditeur

Médecins du Monde

#### Édition imprimée

Date de publication : 1 octobre 2013

Pagination : 60-65

ISBN : 978-2-918392-67-8

ISSN : 1624-4184

#### Référence électronique

Coralie Lodavid et Ingrid Pelgrims, « « Intervenir au plus près des lieux de vie des personnes afin de mieux prendre en compte la globalité de leur situation » », *Humanitaire* [En ligne], 36 | 2013, mis en ligne le 18 décembre 2013, consulté le 24 octobre 2022. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2796>

---

Tous droits réservés

« Intervenir au plus près des lieux de vie des personnes afin de mieux prendre en compte la globalité de leur situation »

*Entretien avec Coralie Lodavid, secrétaire politique à la Fédération des maisons médicales et assistante sociale dans une maison médicale à Tournai (Belgique)*

**Ingrid Pelgrims : Quel est le principe des maisons médicales et leur contexte d'apparition ?**

**Coralie Lodavid :** Le principe des maisons médicales consiste en une équipe pluridisciplinaire qui dispense des soins de santé de première ligne et pour lesquels il y a une volonté d'accessibilité, de continuité, d'intégration et de globalité des soins. La globalité des soins consiste à prendre en compte l'ensemble des déterminants de la santé (le logement, l'éducation, l'emploi, l'environnement, la mobilité, etc.) et pas uniquement ceux qui sont biologiques.

On essaye d'agir sur les déterminants de la santé en travaillant conjointement avec les kinés, les assistants sociaux, les médecins, les psychologues et les infirmiers sur la problématique dans son ensemble. Par exemple, si un médecin reçoit un patient avec des problèmes respiratoires et qu'il pense que cela est peut-

être lié à son milieu de vie, il collaborera avec l'assistante sociale pour lui trouver un logement plus sain. L'essentiel est de travailler sur l'ensemble du problème et pas uniquement sur le symptôme ou le physique.

Les maisons médicales sont nées au début des années 1970, dans la mouvance de l'après Mai 68, avec une volonté de lutter contre l'hospitalo-centrisme, c'est-à-dire le « tout à l'hôpital ». Il y avait une volonté d'intervenir au plus près des lieux de vie des personnes afin de mieux prendre en compte la globalité de leur situation. Les maisons médicales se sont inscrites dans cette volonté de contestation de l'autorité en place et dans une volonté de plus grande justice et d'équité sociale. Dès le départ, les maisons médicales ont travaillé de façon autogérée et, contrairement aux hôpitaux, avec un système de non-hiérarchie entre l'équipe des soignants et le reste de l'équipe. Chacune, que ce soit l'accueillante ou l'infirmière, intervient auprès du patient avec la même importance. Leurs rôles sont complémentaires. Il y a par exemple une volonté de ne pas avoir des écarts salariaux trop importants au sein du personnel.

L'autogestion a un lien direct avec la vision que l'on a de l'organisation des soins de santé : vision non hiérarchique, transdisciplinaire et où chaque travailleur a une place bien définie, indispensable, reconnue et complémentaire. Cela signifie que les maisons médicales sont maîtresses de leurs outils de travail et que l'ensemble des travailleurs peuvent être membres de droit à l'assemblée générale. Les travailleurs sont aussi souvent membres du conseil d'administration.

### **I. P. : Quel type de patientèle reçoivent les maisons médicales ?**

**C. L. :** Les maisons médicales sont ouvertes à tout type de patients. Il ne s'agit pas d'un modèle conçu uniquement pour les pauvres, même si notre souci majeur est de le rendre accessible à tout le monde, y compris aux personnes les plus précarisées. C'est pourquoi les maisons médicales rencontrent une population défavorisée plus importante que la moyenne belge. Il est cependant important pour nous de pouvoir garder un certain équilibre de mixité parmi nos patients, afin d'éviter le *burn-out* des soignants. Les personnes en situation précaire sont souvent confrontées à des problèmes multiples ; ils ne viennent jamais juste avec une angine par exemple... Il y aura une multitude de choses autour qui vont rendre le petit problème beaucoup plus complexe : le manque de moyens financiers, l'isolement social et la difficulté même d'aller à la pharmacie en laissant son enfant seul, les documents administratifs qui ne sont pas à jour, la place pour réellement pouvoir être au repos dans le calme...

Et cette mixité est également bénéfique pour les patients qui peuvent entrer dans une maison médicale sans déjà être étiquetés « pauvres ». Je pense qu'il s'agit d'un modèle de prise en charge qui est meilleur pour tout le monde. Que l'on soit riche ou pauvre, la globalité des soins est toujours plus intéressante. Pour toute une série de pathologies chroniques par exemple, comme le diabète ou le cancer, la coordination de la prise en charge du patient par le médecin, l'infirmier et le kiné au sein d'une même structure a beaucoup d'avantages. Pour nous, il s'agit d'un modèle bénéfique pour tous et on ne veut surtout pas en faire un modèle pour pauvres.

**I. P. : Les populations vivant dans les zones urbaines sensibles présentent-elles des besoins particuliers en termes de soins ?**

**C. L. :** Je ne travaille pas dans les grandes villes donc je ne connais pas bien la particularité des zones urbaines sensibles. Mais ce que l'on constate en tout cas de plus en plus dans les maisons médicales, c'est le besoin de liens sociaux qu'on ne retrouve plus au niveau urbain. Il manque cruellement de lieux de socialisation et de possibilités de créer des projets ensemble, qui permettent aux gens d'éprouver un sentiment d'appartenance à une communauté. Je pense aussi aux problèmes de logement qui sont plus importants dans les villes. Je préférerais plutôt parler de problèmes d'habitat, parce que ce n'est pas uniquement le logement en lui-même qui pose problème, c'est aussi tout l'environnement. Entendre ses voisins tirer la chasse ou ne disposer à proximité de chez soi d'aucun aménagement conçu pour pouvoir rencontrer des gens ou laisser les enfants jouer dehors sont des choses anxiogènes qui influencent le sentiment de bien-être.

Une part importante de nos patients en maisons médicales souffre de troubles de la santé mentale. Alors est-ce que ce sont les problèmes de santé mentale qui engendrent la précarité ou est-ce la précarité qui déclenche les troubles de santé mentale ? Je pense qu'il y a un peu des deux. Cette augmentation des problèmes de santé mentale est selon moi liée à l'évolution de l'organisation de la société. Les gens ont moins de repères qu'avant, notamment à cause du chômage qui est un facteur très anxiogène. C'est notre société capitaliste qui rend malade en détruisant notamment le lien social et en créant la concurrence au détriment de la justice sociale.

Toutes les statistiques de santé publique montrent l'impact des conditions sociales sur l'état de santé, le renoncement aux soins et même l'espérance de vie<sup>1</sup>. Comment ne pas être angoissé quand on ne sait pas où se loger, se chauffer et surtout de quoi sera fait demain ? Tout cela dans un contexte où la réussite

1. Observatoire santé social Bruxelles : <http://www.observatbru.be/documents/graphics/projets/adelf-obss-2012.pdf> ; Johan Mackenbach *et al.*, « Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries », *The New England journal of medicine*, 358, n° 23, 5 juin 2008, p. 2468-2481 ; Michael Marmot *et al.*, « WHO European review of social determinants of health and the health divide », *Lancet*, 380, n° 9846, 15 septembre 2012, p. 1011-1029.

sociale et surtout économique est devenue la valeur absolue. Quels peuvent être son amour propre et sa volonté de s'intégrer dans une société excluante et stigmatisante ? De plus, personne n'est à l'abri de cette précarisation. En effet, la pauvreté rend malade, mais la maladie rend pauvre aussi.

Les maisons médicales sont, selon moi, mieux outillées pour pouvoir répondre aux problèmes multiples des personnes en grande précarité. Grâce aux équipes pluridisciplinaires, le médecin ne va pas se contenter de médiquer, mais il y aura une prise en charge globale du patient avec les autres professionnels.

**I. P. : Pourquoi les maisons médicales sont-elles plus adaptées à la prise en charge des populations plus vulnérables ?**

**C. L. :** On peut mentionner plusieurs éléments. Le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire permet une prise en charge globale du patient et amène le personnel soignant à être sensible à toute une série de choses qui diffèrent des problèmes physiques.

En ce qui concerne l'accessibilité financière, les maisons médicales ont fortement contribué à la mise en place d'un mode de financement forfaitaire pour que les patients n'aient plus à payer les soins. Mais si cela contribue à réduire les inégalités sociales de santé, on sait malgré tout que ce ne sont pas les soins qui font la santé, mais tout ce qui va autour. C'est pourquoi les maisons médicales mettent en place de nombreux projets en santé communautaire, afin d'aider les personnes à devenir acteurs de leur changement. L'organisation d'actions communautaires est un aspect très particulier des maisons médicales : elles ne se contentent pas d'agir de manière individuelle, elles introduisent les patients dans une dimension plus collective de changement.

L'accueil du patient est également un aspect important. Il y a un suivi qui est autre que simplement appeler son médecin et attendre dans la salle d'attente. L'accueil se fait dix heures par jour et les gens savent qu'ils peuvent pousser la porte sans être face à une salle d'attente bondée où ils devront d'abord patienter sur une chaise avant de s'adresser à quelqu'un. Dès leur arrivée, ils auront déjà un interlocuteur à qui ils pourront poser leurs questions et être éventuellement réorientés. Pour les personnes ayant des problèmes psychiatriques par exemple, bon nombre d'entre elles tirent un bénéfice thérapeutique par le simple fait de se rendre à l'accueil. Le fait de pouvoir venir discuter avec l'accueillante quand ils le souhaitent représente pour eux un repère constant et sécurisant qui diminue leur besoin de consulter un médecin.

Les maisons médicales ne se veulent pas accessibles uniquement sur le plan financier mais aussi au niveau géographique et

culturel. On a le souci d'accueillir la diversité et personne n'est obligé d'être dans la norme pour être soigné dans une maison médicale. On essaye d'être implanté dans les quartiers au plus proche de la population pour devenir leur point de repère quant à la santé. Le problème de l'accessibilité culturelle ne concerne pas uniquement les personnes de nationalités différentes, mais aussi celles, précarisées, qui fonctionnent parfois avec des codes différents. Cela demande d'être en permanence dans un souci d'ouverture, de compréhension et de non-jugement envers l'autre. Les situations plus problématiques sont débattues lors des réunions d'intervention hebdomadaires et à ce niveau-là, la pluridisciplinarité amène une diversité d'approches très intéressante. Un médecin fraîchement diplômé n'est pas du tout formé à la spécificité de la prise en charge des populations précaires et tirera beaucoup d'avantages à collaborer avec l'assistante sociale ou le psychologue. Ces sensibilités-là arrivent donc par le biais d'autres professionnels. C'est un écolage collectif où chacun s'enrichit des connaissances de l'autre.

**I. P. : Les maisons médicales s'inscrivent dans une perspective plus large de promotion de la santé. Pourquoi est-ce si important avec un public en situation précaire ?**

**C. L. :** Les personnes précarisées que l'on rencontre ont souvent une faible estime d'elles-mêmes et il est important de pouvoir leur redonner confiance en les aidant à valoriser ce dont elles sont capables. C'est en travaillant ensemble avec elles et d'autres acteurs qu'on arrive à les convaincre qu'elles ont les clefs en main pour devenir actrices de leur changement. La maison médicale dans laquelle je travaille, par exemple, organise des ateliers créatifs dans le but notamment de rompre l'isolement des gens. Pour certaines personnes, ces ateliers constituent la première porte d'entrée dans une maison médicale et leur permettent de parler de ce qui ne va pas. Outre l'apprentissage de techniques artistiques vraiment intéressantes, ce qui est extraordinaire, c'est la fierté qu'elles développent par rapport à ce qu'elles font. Bien souvent d'ailleurs, on observe que ces gens ne vont plus voir le psychologue ou le médecin.

Par ailleurs, les médecins évitent d'être dans une position de savoir absolu par rapport aux patients. Ils tentent d'établir une relation avec le patient où ils reconnaissent ses compétences et ses capacités à pouvoir décider pour lui-même.

**I. P. : Comment devrait évoluer le modèle des maisons médicales dans le futur par rapport aux nouveaux défis dans les grandes villes ?**

**C. L. :** Le modèle de base des maisons médicales est bon. Il a déjà fait ses preuves et continue à bien fonctionner, me semble-

t-il. Il en faudrait cependant beaucoup plus car bon nombre d'entre elles sont saturées. À Bruxelles, on accepte d'agréer une, voire deux maisons médicales par an et nous avons plus de dix maisons médicales en demande d'agrément. Elles sont cependant ouvertes et fonctionnent car le besoin est très important.

Je pense qu'il faudra réfléchir à l'avenir à la problématique du maintien à domicile. Les maisons médicales ne sont pas encore beaucoup confrontées à ce problème, car ce sont pour la plupart de jeunes structures et que l'âge de la patientèle a tendance à évoluer avec l'âge de la maison médicale : les gens vieillissent avec leurs médecins. Cette problématique doit être réfléchie de manière spécifique afin de créer les dispositifs nécessaires et créatifs pour augmenter le bien-être des personnes éprouvant une perte d'autonomie. Les maisons médicales doivent continuer à s'ouvrir aux autres et à travailler en partenariat. On est peut-être parfois trop pris dans notre pratique et on ne va pas suffisamment voir à l'extérieur ce qui se passe. D'autant plus que l'on travaille en équipe autogérée et que l'on a tout ce dont on a besoin sous la main : les assistants sociaux, les médecins, les psychologues, etc. On collabore déjà beaucoup avec l'associatif local mais pour les projets de santé communautaires nous devrions peut-être plus souvent travailler en partenariat.

Propos recueillis par Ingrid Pelgrims, assistante Coordination de projet à Médecins du Monde-Belgique