

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Un choix de pratique médicale

Xavier Rousseaux

Numéro 1 (41), printemps 1979

La prise en charge communautaire de la santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034830ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034830ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Rousseaux, X. (1979). Un choix de pratique médicale. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (1), 103–104. <https://doi.org/10.7202/1034830ar>

Tous droits réservés © Lien social et Politiques, 1979

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

<https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

érudit

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

<https://www.erudit.org/fr/>

Un choix de pratique médicale

par Xavier Rousseaux

Nous étions en deuxième doctorat de médecine lorsque nous avons commencé à réfléchir à notre pratique médicale future... Il nous semblait important de réfléchir très tôt à cette question. Beaucoup de nos aînés que nous connaissions comme progressistes lors de leurs études à Louvain, s'étaient laissés "piéger" après leurs stages. S'engageant seuls dans la médecine générale, ils s'étaient retrouvés submergés, isolés. S'orientant, au contraire, vers une spécialité, ils se retrouvaient coincés par la structure hospitalière... Les idées progressistes se concrétisaient (au mieux) dans une pratique plus chaleureuse, plus attentive aux gens, mais sans réelle remise en question.

Notre idée de départ était d'exercer comme généralistes dans un groupe médical implanté dans un quartier populaire aux environs de Charleroi. A deux, nous avons prospecté sur la base de deux cartes, l'une localisant les quartiers à forte concentration de sous-prolétaires, l'autre répertoriant les médecins généralistes. Nous avons en même temps contacté des groupes de personnes actives dans le domaine social et sanitaire.

Désirant d'emblée travailler avec des paramédicaux (infirmières, kinésistes) et une assistante sociale, il nous semblait indispensable de connaître l'avis de personnes travaillant déjà sur le terrain. Nous avons eu la chance de rencontrer un groupe d'infirmières dans un des quartiers que nous avions retenus. Ces infirmières nous ont confirmé la sous-médicalisation du quartier mais nous ont surtout fait comprendre qu'il fallait éviter le parachutage d'une équipe toute faite ne fût-ce que parce qu'il y avait des kinés et des infirmières en nombre suffisant !

A ce moment, nous avons senti la nécessité d'habiter le quartier pour le connaître et pour créer des liens "naturels" de voisinage (sans le titre de "docteur"). C'est ainsi que nous avons habité un an et demi avec deux autres étudiants (un Belge et un Marocain) qui désiraient vivre avec d'autres à la Docherie. En stage dans les hôpitaux de la région, nous voulions mieux découvrir les demandes des gens du quartier en matière de santé ; dès l'abord nous avons été frappés par la nécessité de l'information et de

l'éducation sanitaire. Mais, surtout nous nous sommes rendu compte que la lutte pour une meilleure santé ne pouvait s'isoler de la lutte pour des logements plus salubres, pour des égouts, pour de meilleures conditions d'hygiène et de sécurité dans les entreprises... Il est, en effet, indispensable de déceler les vraies causes des maladies.

Ces découvertes ont été capitales pour nous, d'autant qu'à ce moment nous avons été interpellés avec d'autres (qui menaient déjà une expérience commune à Roux, non loin de la Docherie) par un Groupe promotion santé.

C'est durant cette période aussi que d'autres personnes, proches de nous ont commencé dans le quartier une animation les samedis après-midi pour les enfants les plus démunis du quartier. Après avoir réfectionné la maison du groupe entre juillet et novembre 1975, les deux activités (médicale et d'animation) ont commencé en même temps. Très vite, plusieurs responsables de l'animation ont critiqué la prédominance médicale au sein du groupe refusant la mainmise des médecins et insistant sur la nécessité d'activités diversifiées choisies en fonction de besoins perçus et ayant comme objectif de permettre la prise en charge par les personnes elles-mêmes de leurs propres demandes (refus absolu du paternalisme et lutte pour un socialisme d'autogestion). Ainsi par exemple, un groupe de parents qui n'en sortaient pas pour suivre la scolarité de leurs enfants ont fait appel à des animateurs. Ensemble, ils ont créé une école de devoirs pour aider les enfants et interpeller l'école.

La maison s'est alors élargie, le secteur médical étant sur le même pied que l'animation des enfants, que le secteur d'aide psychologique et éducative, qu'Infor-quartier (lieu d'information, d'échanges et d'actions, qui a suscité la création de comités de quartier contre des expropriations inutiles et pour un meilleur environnement).

En décembre 77, trouvant que nos prestations médicales étaient trop lourdes (l'un de nous voyait plus de 25 malades par jour), nous avons décidé avec l'accord de la majorité du groupe, d'élargir l'équipe de médecins.

Depuis lors, nous sommes trois ; la présence de ce troisième médecin, une femme connaissant l'arabe et

l'italien, est notamment importante pour les problèmes gynécologiques des immigrées.

Trois orientations essentielles de notre pratique

1^o) *Volonté de se situer face à des interpellations de "groupes sur le terrain"*. Nous avons maintenant la conviction qu'il est illusoire que des médecins imaginent dans leur coin des nouvelles pratiques. C'est la rencontre (et souvent la confrontation) qui permettra d'élargir avec d'autres groupes non médicaux, le débat sur la santé et de mieux l'aborder en profondeur.

Pour nous, une rencontre clé fut celle avec le GPS (Groupe promotion santé), lorsque nous avons été invités à discuter sur pied d'égalité avec des "consommateurs" (débat public du 26 novembre 1975) sur "le coût de la santé", sur les maladies psychosomatiques, sur la médecine de contrôle. Ce groupe a stimulé plusieurs médecins à réaliser des tracts d'éducation sanitaire (fièvre, diarrhée chez l'enfant, la grippe, la toux...). Plusieurs de ces tracts ont été rédigés avec des membres du GPS.

Plusieurs comités de sécurité et d'hygiène (CSH) des grandes entreprises de la région ont désiré nous rencontrer. Ce furent aussi des rencontres clés : comme médecins traitants, nous ignorions tout des conditions de travail dans les usines, des produits toxiques manipulés journellement par les ouvriers, des rythmes et des cadences de travail. Plusieurs travaux sont en cours avec la collaboration de certains médecins et des délégués CSH sur les conséquences du travail de nuit et sur la toxicité de certains produits.

Une dernière interpellation récente est venue d'un groupe de femmes à propos de la création d'un centre de planning familial. Une demande précise a été faite en ce qui concerne les interruptions volontaires de grossesse.

2^o) *Volonté de dépasser les visites-consultations individuelles*. Le colloque singulier, si utile et nécessaire soit-il dans certains cas, est le plus souvent insuffisant et inefficace. Il nous semble que pour des questions collectives, les réponses doivent être collectives.

Obésité liée à l'alimentation, tabac, accidents de travail, nervosité des enfants qui n'ont pas d'espace de jeux. Pour tous ces problèmes, il nous semble essentiel de proposer aux gens des réunions de groupe. Nous profitons aussi de la salle d'attente comme d'un lieu possible d'animation. A plusieurs reprises, l'un des médecins de notre équipe s'est mêlé aux personnes qui attendaient et a animé avec d'autres la discussion sur les motivations du fumeur, sur la difficulté d'arrêter de fumer. Suite à ces animations de salle d'attente, un groupe de fumeurs du quartier a participé durant une semaine à un projet visant à supprimer ses habitudes tabagiques.

3^o) *Importance de l'intégration du travail médical dans une action de quartier plus globale*. Pour aborder le problème médical de la bronchite chronique, par exemple, il nous semble indispensable de tenir compte de l'humidité à l'intérieur de certaines habitations, de la pollution atmosphérique du quartier (fumées des usines Providence et Thy-Marcinelle), de l'hygiène, des lieux de travail, etc.

La médecine moderne (scientifique) a isolé la santé de son contexte. Il nous semble indispensable de réimaginer une pratique où la santé se retrouverait dans le cadre de vie.

Xavier Rousseaux,
médecin généraliste.

(Témoignage publié dans "Trop de médecins... pour quoi faire", La Revue nouvelle, 9, septembre 1978).