

"Guérir et faire avancer le droit à la justice"

Propos recueillis par Gilles DESRUMAUX

Entretien avec Pierre CABANAC, médecin généraliste au Centre de Santé "Vieux Temple" à Grenoble

Ecarts d'identité : Comment devient-on médecin, quelle est votre histoire ?

Pierre CABANAC : C'est un peu un concours de circonstances, d'abord mon père était chirurgien, cela m'a donc sûrement guidé dans la voie médicale, et puis l'intérêt pour la profession, mais j'avoue que je ne me suis jamais demandé pourquoi je faisais cela. Je l'ai fait, j'avais des possibilités de le faire autrement puisque je me suis orienté dans un premier temps vers la recherche, j'ai fait de la physiologie neurologique, et après j'ai préféré faire de la médecine de soins. Donc, si cela n'a pas été au début un choix dans la formation, cela a été un choix par la suite de faire de la médecine de soins plus que de la médecine de laboratoire ou de recherche.

E.d'I. : Peut-on dire "Pierre CABANAC : médecin des immigrants" ?

P.C. : Cela n'est pas tout à fait vrai. J'ai travaillé en Algérie pendant cinq ans comme médecin enseignant dans une structure de santé publique. De retour en France, je voulais à la fois retrouver une pratique qui allie la santé publique et la santé et travailler en milieu migrant. J'ai donc cherché à m'installer dans un quartier adéquat et ensuite à trouver une structure où travailler. Le quartier où je me suis installé était entouré de médecins mais au centre du quartier, il n'y en avait pas. Je me suis donc installé dans le quartier Très-Cloîtres en 1977.

E.d'I. : Votre clientèle est-elle spécifiquement immigrée ou "mixte" ?

P.C. : C'est un peu la philosophie du Centre de Santé de ne pas faire une médecine de dispensaire qui s'adresserait soit à une pathologie soit à une population. Le but est donc de mélanger les populations et de fait, dans la population qui vient au Centre de Santé, il y a une partie d'immigrés maghrébins mais il y a aussi des Français de souche, des Italiens ou d'autres nationalités. Il n'y a donc pas que des Maghrébins.

E.d'I. : Vous êtes passé d'un statut de médecin libéral au statut de médecin de Centre de Santé, qu'est-ce que cela a changé ?

P.C. : Je crois que le principal avantage, c'est d'exercer une

médecine qui institutionnellement reconnaît le travail "hors soins", hors du travail typiquement médical qui est de faire des diagnostics, de donner des soins. Il y a actuellement beaucoup de difficultés pour faire reconnaître ce travail mais disons que c'est pour faire une médecine intermédiaire entre la médecine libérale classique de soins qui répond à la demande, et une médecine institutionnelle de type hospitalier dans lequel une grosse structure répond à des besoins soit de pathologie soit de population, qui est installée par la collectivité. C'est donc une structure intermédiaire avec une partie d'activités reconnues comme soins de laquelle elle tire le principal de ses ressources et une petite partie qui va au-delà du soin dans laquelle on aborde les problèmes de santé pas uniquement sous l'angle médical mais sous l'angle médico-social, sous l'angle de la prévention, de l'éducation...

E.d'I. : Est-ce une approche en terme de "santé communautaire" de personnes habitant sur un même territoire, un même quartier ?

P.C. : La maladie est une voie d'entrée dans ce processus de santé communautaire et elle donne au médecin une certaine compétence pour parler mais en partageant cette compétence avec d'autres professionnels : des travailleurs sociaux, des gestionnaires de foyer, des membres d'associations de soutien aux travailleurs immigrés, etc. Je ne suis donc pas le médecin des immigrés, je suis le médecin d'un quartier où il y a des immigrés : c'est pour cela que je résiste à cette définition même si elle est facile et commode.

E.d'I. : Quelles sont les caractéristiques de la population immigrée qui habite le centre ville ?

P.C. : Du fait de la localisation à côté d'un foyer de travailleurs immigrés géré par l'ODTI (1), il est sûr que la proportion de ce que l'on appelle les immigrés célibatairisés — c'est-à-dire ceux dont la famille est au pays — est plus importante dans notre quartier qu'ailleurs et par rapport à d'autres quartiers comme Mistral, Villeneuve ou l'Abbaye. Les immigrés vivant en famille sont relativement peu nombreux donc nous voyons relativement peu de deuxième ou troisième génération, relativement peu d'enfants et beaucoup de personnes vieillissantes isolées.



E.d'I. : *Voyez-vous une évolution, après plus de vingt années de pratique, des problèmes de santé rencontrés par cette population ?*

P.C. : Pour les immigrés eux-mêmes, il y a eu une fracture à partir des années 74-75. Je me souviens quand je me suis installé en 1977, les immigrés disant "La France, c'est fini !". Je n'étais pas encore dans l'idée que la crise était bien installée mais eux avaient déjà intégré le fait que les périodes de croissance étaient terminées et que pour eux le plein emploi, la sécurité du travail, l'assurance de pouvoir travailler avec leur force corporelle étaient menacés. Cela a introduit une donnée importante parce que les consultants, ceux que l'on voit tous les jours, n'ont plus le même rapport ni avec leur maladie, ni avec leur corps, ni avec le pays dans lequel ils vivent. Quant à la pathologie, elle suit le vieillissement de la population mais on ne peut pas dire qu'il y ait eu de grandes fractures. Le fait de ne plus avoir de travail, d'être souvent intérimaire, de vivre des périodes de chômage montre dans ma clientèle que le nombre d'accidents du travail est moins important que jadis. Le nombre d'arrêts de travail a chuté aussi au détriment de la pathologie plus courante, broncho-pulmonaire, gastrique, etc.

E.d'I. : *Pour les travailleurs immigrés venus en France, travailler c'était mettre en oeuvre leur force de travail. Quel rapport particulier entretiennent-ils avec leur corps ?*

P.C. : Le corps est leur principal capital. Tout ce qui lui porte atteinte est vécu comme une amputation majeure et demande réparation. Le processus d'indemnisation des accidents du travail est à mon avis à revoir car il ne tient pas compte de ce fait. Par exemple pour les Incapacités Permanentes Partielles (I.P.P.), le problème est que le taux d'I.P.P. n'est fondé que sur des constatations qui touchent le corps dans ce qu'il a de plus objectif. Par exemple, les amputations, les limitations de fonctions articulaires

sont bien reconnues et bien rémunérées mais des troubles fonctionnels à titre de douleurs ou de troubles qui ne sont pas objectifs, comme un vertige par exemple, qui ne peut être prouvé médicalement par des instrumentations objectivantes, ces troubles-là ne sont pas pris en compte. Quelqu'un qui aura par exemple eu un gros trouble traumatique sur la tête ou sur le cou pourra souffrir de troubles qui l'empêchent de travailler comme ouvrier sur des échafaudages, et le médecin interdira certains postes de travail, mais la sécurité sociale ne le rémunérera pas. Voilà un exemple mais il y en aurait bien d'autres.

Pour ce qui est de l'I.P.P. par accident du travail, il y a un barème, mais pour tout ce qui est maladie ce n'est pas le même barème. Aussi assiste-t-on surtout auprès des personnes vieillissantes à un amoindrissement de la capacité de travail qui fait que sur le marché de l'emploi, surtout intérimaire, ils perdent leur capacité de travailler, c'est donc une perte réelle sans qu'il y ait compensation de cette perte du point de vue de l'assurance. Alors naturellement, c'est très mal perçu d'autant que les processus de prise en charge de quelqu'un qui ne travaille pas ne sont pas parfaits non plus. Il y a donc d'abord une souffrance et une non-reconnaissance objective par le corps social de cette souffrance et en même temps une demande de réparation par la personne.

E.d'I. : *Dans la population immigrée d'origine maghrébine vieillissante, il y a donc des "reins cassés", ceux qui ont eu un accident. Or, les reins c'est ce qui permet de se tenir debout. Quelle est l'importance de cette population ?*

P.C. : Nous sommes en train de parler de ceux qui sont malades, mais je crois qu'il ne faudrait pas oublier tous ceux qui ont réussi. Il faut toujours mettre en parallèle les malades avec ceux qui ont réussi, qui ont fait le deuil de certaines choses, qui se sont adaptés à la société, qui sont rentrés au pays avec le projet plus ou moins réalisé de leur émigration, et ne pas voir toute l'immigration sous l'aspect des "reins cassés". L'avantage d'être généraliste, c'est de voir aussi ceux qui ne sont pas des "reins cassés". Ceci étant, il y a une fraction de l'immigration qui a effectivement les "reins cassés". Ce sont ceux qui ont eu un accident de santé ou du travail, ce qui a occasionné une rupture de leur projet migratoire. Il n'y a plus de possibilités pour eux, à la fois objectives par le marché du travail, les conditions de vie, de l'exil et aussi personnelles parce qu'ils n'ont pas les ressources psychiques pour entamer un processus de guérison de cet accident ou de cette maladie et qui

n'ont donc pas les deux conditions nécessaires pour passer au-delà, et on en voit un certain nombre.

E.d'I. : *N'y a-t-il pas finalement chez les immigrés un recours presque "magique" à la médecine qui va tout réparer sans qu'il y ait besoin d'avoir une action sur sa propre santé ?*

P.C. : Je ne parlerais pas de magie, je dirais presque que c'est l'inverse. C'est presque une connotation "mécaniste" des choses. Si quelque chose ne va pas, c'est parce qu'un organe ne va pas. Il m'arrive de temps en temps d'entendre des gens qui me disent "il faut passer une radio générale pour voir ce qu'il y a dedans". Donc, ce n'est pas le concept de magie mais un examen objectif : la radio, le scanner, pour définir la maladie. C'est donc une orientation scientifique plus que magique. Je constate que mes patients d'origine immigrée sont beaucoup plus acculturés à la médecine scientifique culturelle et technique que leurs homologues que j'avais à soigner en 1972 en Algérie. Il y avait une grosse différence de comportement entre une population moyenne d'un dispensaire de la banlieue de la mitidja et d'une population identique ici. Alors là pour le coup, il y avait une conception plus magique des choses. En Algérie, le fait de consulter est un fait thérapeutique en soi. Et puis, la suite médicamenteuse étant plus ou moins suivie par les patients, certains prenant les comprimés d'un seul coup se disant "comme ça je serais guéri en une fois, ça ira plus vite", ou mettant les gouttes à prendre par la bouche dans les yeux, il y a à la fois des incompréhensions de consignes et des conceptions plus magiques de l'acte médical. En France, je dirais que l'observance thérapeutique est peut-être même beaucoup plus forte que la moyenne. Il serait intéressant de faire des études scientifiques sur l'adhésion aux traitements en milieu migrant et en milieu non-migrant.

E.d'I. : *Avez-vous des exemples où la concertation médico-sociale avec des travailleurs sociaux ou des associations a été efficace ? Cela vous semble-t-il utile ?*

P.C. : Je pense à cet ouvrier marocain qui était très dépendant de l'alcool, que je voyais souvent après qu'il ait absorbé 5 ou 6 litres d'alcool, complètement ivre et dégradé, et qui, par l'action collective de l'O.D.T.I., du secteur d'hygiène mentale, et de notre action médicale, a pu se défaire de l'alcool, retrouver une dignité, se marier, avoir des enfants. Je pense aussi à une personne qui était cardiaque, qui avait été opérée du coeur et qui au bout de six mois s'est vue refuser la prise en charge par la sécurité

sociale au titre de longue maladie alors qu'il était très atteint. Il avait deux valves dans le coeur, il ne pouvait pas marcher très vite, il avait des tas de médicaments pour le soutenir. Grâce à l'action conjuguée du service juridique de l'ODTI et de tous les médecins qui l'entouraient, on a pu le faire rétablir dans ses droits à la sécurité sociale et il a pu vivre plusieurs années avec une rente d'invalidité.

E.d'I. : *Votre souci de médecin, tant au niveau individuel que collectif, est donc à la fois d'être à l'écoute des personnes et la volonté que la justice soit rendue à ces personnes ?*

P.C. : Oui, tout à fait. C'est faire déboucher les solutions individuelles sur des cas collectifs du type de l'action entreprise pour l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité. Ce souci de justice, c'est une justice à laquelle on participe et qui nous concerne. Ce n'est pas "pour" les immigrés, c'est une justice que l'on fait à tout le monde. Et si on fait avancer la justice pour faire reconnaître des handicaps, cela bénéficiera à tout le monde. Donc, ce n'est pas une action pour une catégorie, c'est une action pour tous. C'est une avancée du droit et une avancée de la médecine.

E.d'I. : *Finalement, qu'est-ce que le "domaine de joie" d'un médecin ?*

P.C. : Naturellement, c'est de guérir. Mais c'est aussi cette action qui est de faire avancer le droit à la justice, de participer en tant

que citoyen avec nos compétences, et cela est très intéressant. Ce n'est pas une action politique au sens de militantisme dans un parti ou une organisation à visée du pouvoir, mais plutôt pour arriver à travailler là où nous sommes, à faire avancer des solutions qui nous semblent devoir être adoptées. Je crois que nous avons beaucoup de plaisir à cela car c'est un travail complet, en relation avec les gens donc avec les patients, mais aussi en relation avec les autres. Nous avons le retour immédiat de la solution que nous avons proposée, on en a sa critique. Le traitement, on en a ses effets secondaires, la mesure où les dispositions adoptées quand on peut les avoir on en voit ensuite les retentissements. On a donc un retour rapide de ce qui a été fait ou de ce qui a été proposé.



E.d'I. : Quel a été finalement l'apport de votre clientèle issue de l'immigration à votre conception de la médecine ?

P.C. : D'abord, les immigrés nous font voir la situation par le bas, alors que nous sommes immergés par nos fonctions, notre savoir, nos relations dans la société "dominante" sans se faire beaucoup d'illusions mais enfin on participe quand même du pouvoir et de la connaissance. Nous, nous voyons la société dans tout ce qui fonctionne, eux ils voient ce qui ne fonctionne pas, et donc ils nous attirent toujours pour regarder les défauts de cette société que l'on voudrait idéale et qui ne l'est pas. C'est donc très intéressant. Le patient immigré est vraiment très différent des autres. Il est à la fois proche, tout montre qu'il est pareil, mais il est quand même une figure de l'Autre avec un grand A. C'est-à-dire qu'il est d'origine sud-méditerranéenne, arabe, rural, musulman, il est traditionnel, illettré la plupart du temps, il est ouvrier. Et il se retrouve dans une société urbanisée, scientifico-technique, plus ou moins vaguement chrétienne, qui a beaucoup recours à l'écriture, aux signes, aux conventions. Donc, il y a un espèce de choc parce que nous faisons partie de cette culture et de cette société, et cela nous amène toujours à nous poser des questions. Pourquoi ? Pour un simple problème d'efficacité. Si nous voulons être efficace, nous ne pouvons pas raisonner comme avant, on est obligé d'être à l'écoute. L'autre étant différent, on est obligé de l'écouter, sinon ça ne marche pas. Par exemple, lorsque je me suis installé et qu'il fallait passer une fibroscopie par exemple, pour faciliter les choses je disais "Bon, vous êtes d'accord pour la fibroscopie ?", "Oui, d'accord". Je téléphonais pour prendre rendez-vous et trois fois sur quatre le rendez-vous n'était pas honoré parce que je n'avais pas écouté la démarche de l'autre qui me forçait à lui expliquer qu'il fallait faire une fibroscopie, attendre sa demande et puis le laisser libre d'aller voir qui il voulait et de le faire avec le temps qu'il voudrait. Cela montre que pour être efficace il faut obligatoirement passer par l'écoute. Et bien sûr, lorsque l'on écoute, on apprend beaucoup car on s'ouvre au lieu de se refermer sur ses propres conceptions, valeurs, idées et schémas ; on est obligé de s'ouvrir à l'autre, et on enrichit sa pratique. En écoutant, loin de se perdre, on se trouve encore plus, c'est pour cela que c'est intéressant. Souvent on me dit "vous avez du courage de faire cela", mais ce n'est pas du courage, c'est de l'intérêt. Cette écoute nous amène à nous décentrer de notre propre moi et à rentrer en relation d'une autre façon que simplement de manière "anthropophagique", c'est-à-dire dévorer l'autre pour se l'assimiler. On est obligé de sortir, d'être sans défense puisque l'on sort de soi, et d'aller un peu (un peu car il ne faut pas s'illusionner) à la rencontre de l'autre démuné. L'autre est démuné parce qu'il vient consulter. Mais quand on sort de soi sans ses défenses, ses argumentations, on est aussi démuné car l'autre nous mène.

Le processus médical est quand même un processus de domination mais il n'a pas pour objectif de dominer. Il a pour objectif de guérir. C'est donc un jeu subtil entre ne pas se laisser manger mais ne pas manger l'autre non plus. Il faut trouver un équilibre entre la "complaisance", et la rigueur scientifique. Et toujours être amené à sortir de la rigueur pour aller vers le pôle de complaisance mais sans non plus être complaisant. Ensuite, l'abord global : avec quelqu'un de très proche de moi, je peux dire "tu as une angine, ou tu as une gastrite. Je te fais un billet et tu vas voir le gastro". Avec quelqu'un qui est différent, on est obligé d'être plus expli-

cite sur les implicites et donc d'aborder les choses de façon plus générale, ce qui met en relation les ressources, le logement, la famille, les relations. On est obligé d'aborder ces questions avec la personne donc le dialogue est plus riche, obligatoirement. Enfin, du point de vue technique, c'est plus intéressant car la pathologie est plus lourde, et que le type d'action que nous avons s'adresse à des problèmes plus importants. La responsabilité qui nous incombe est donc plus forte. Quand on soigne une angine, notre responsabilité est faible. Quand il s'agit d'un diabète dépendant, un peu instable, on est déjà plus engagé ou un cardiopathe ou un insuffisant respiratoire, c'est plus important.

E.d'I. : Comment vivez-vous ce rapport à la souffrance d'autrui ?

P.C. : Je le vis comme un combat, la souffrance est entre nous. Lui, il l'affronte, moi je l'affronte. Lui l'affronte de l'intérieur, moi je l'affronte un peu de l'extérieur, mais c'est un ennemi commun. C'est pour cela que le combat est sans fin mais pas sans fin au sens où la souffrance n'est jamais vaincue mais sans fin parce que c'est toujours des souffrants qui viennent nous trouver. Le combat doit donc reprendre avec des hauts et des bas et il y a toujours des moments où l'on triomphe et des moments où la souffrance revient. Mais le combat est toujours présent. ■

(1) Office Dauphinois pour les Travailleurs Immigrés