

Lutter contre le confinement de la misère du monde ou comment pratiquer la santé communautaire en période de pandémie

Jean-Charles Basson, Entretien avec Samah Chaaban

DANS **EMPAN** 2023/1 (N° 129), PAGES 88 À 94
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 1152-3336

ISBN 9782749276687

DOI 10.3917/empa.129.0088

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-empa-2023-1-page-88.htm>



CAIRN.INFO
MATIÈRES À RÉFLEXION

Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Érès.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Lutter contre le confinement de la misère du monde ou comment pratiquer la santé communautaire en période de pandémie

Jean-Charles Basson

Entretien avec Samah Chaaban

Méthode

L'entretien, d'une durée d'un peu plus d'une heure, a été réalisé le 8 mai 2020 (alors que le premier confinement a débuté, en France, le 17 mars 2020), par téléphone (Faya-Robles et coll., 2022), avec enregistrement et soumission de la transcription et de la mise en forme à l'intéressée. Il a été réalisé dans le cadre de la recherche « Déterminants sociaux de l'épidémie Covid-19 et conséquences sociales et psychosociales du confinement de la population » (EPIDEMIC), placée sous la responsabilité scientifique générale de Michelle Kelly-Irving et financée par l'Agence nationale de la recherche (ANR) et la région Occitanie. Les questions ouvertes portaient sur l'expérience sociale et professionnelle du confinement de Samah Chaaban, 36 ans, médecin généraliste de la Case de santé de Toulouse.

Terrain

Créée en 2006, selon une approche de promotion de la santé (Basson et coll., 2022), la Case de santé de Toulouse comprend un centre de santé de premier recours et un pôle santé-droits qui, à ce jour, accueillent 3 200 usagers par an (Basson, 2022). Implantée dans un des derniers quartiers populaires du centre

Samah Chaaban

Médecin généraliste de la Case de santé de Toulouse, centre de santé communautaire de Toulouse.
samah.chaaban@casesdesante.org

Jean-Charles Basson

Comité de rédaction de la revue *Empan*.
Politiste, directeur de l'Institut fédératif d'études et de recherches interdisciplinaires santé société (IFERISS, FED 4142) de l'université de Toulouse, expert auprès du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et membre de l'Union internationale pour la promotion de la santé et l'éducation (IUHPE).
jean-charles.basson@univ-tlse3.fr

de la ville nourri de plusieurs vagues d'immigration et concerné par un processus de gentrification, elle se définit comme une alternative à la médecine libérale prenant en compte l'ensemble des déterminants sociaux de la santé. Organisée sur un mode autogestionnaire, l'association communautaire implique ses usagers dans son fonctionnement interne afin d'améliorer leur santé et leurs conditions générales de vie. Pour y parvenir, elle emploie 27 personnes : 5 médecins généralistes – dont Samah Chaaban –, 2 psychologues, 1 sage-femme, 4 assistants de service social, 6 médiateurs, 3 coordonnateurs administratifs et financiers, 4 accueillants, 1 chargée de projet et 1 agent d'entretien, auxquels s'ajoutent des stagiaires, des internes en médecine et des juristes bénévoles.

« Pendant le confinement, l'accueil reste inconditionnel ! »

« Ça fait neuf ans que je suis généraliste à la Case de santé de Toulouse. Mais, je ne suis pas d'ici. J'ai fait mes études à Paris. J'ai juste fait mon internat à Toulouse. Si j'ai fait médecine générale, c'est pour travailler en équipe pluridisciplinaire, pour garantir un accueil inconditionnel aux gens et, surtout, pour prendre du temps avec eux. Pour moi, la santé passe par l'approche globale des personnes, avec leurs spécificités, leur tempérament, leurs conditions de vie, ce qui les structure psychiquement, leurs peurs. Tout ça, ça doit se travailler en même temps pour arriver à des prises en charge au plus près de ce que les personnes vivent, surtout quand elles sont dans la difficulté. Si tu croises ça avec l'accès aux droits, tu peux venir tenir la permanence d'accès aux droits de séjour pour raison médicale de la Case. Faut dire aussi que je

viens du milieu populaire, de la banlieue parisienne, en fait, et que je suis sensible à ces questions, surtout en période de pandémie qui exacerbe tout ça.

À la Case, pendant le confinement, l'accueil reste inconditionnel ! Ça ne se négocie pas ! Sur place, y a toujours des travailleurs sociaux et des professionnels de santé qui sont en contact avec les gens qui ont besoin d'être pris en charge. Avec les mesures barrières et les masques adaptés, bien sûr. On fait des communications en visio, en vidéo et par téléphone. Mais, on maintient les consultations physiques. Pour nous, favoriser l'accès aux soins, c'est prendre en compte qu'il y a des personnes qui ne peuvent pas passer par le téléphone, qui ne peuvent pas se passer du lien humain direct. Alors, ceux qui viennent sont vus par un travailleur social, une médiatrice, un médecin. Ça fait partie de l'engagement des professionnels de santé d'être auprès des malades en difficulté, avec l'exposition que ça suppose. Pour un travailleur social de la Case aussi. En fait, c'est une posture professionnelle générale chez nous pour assurer la continuité d'accès aux droits et aux soins pour les populations vulnérables. C'est comme une vocation, une responsabilité qu'on se donne, une conscience collective, une sensibilité, je pense, politique. On est dans l'humain. C'est pour ça qu'on existe, en fait.

La Case, pour beaucoup de gens, c'est le seul lieu qui est encore ouvert. Certains viennent avec leur courrier parce qu'ils n'ont plus accès à l'écrivain public du quartier. D'autres parce que leur médecin traitant a juste fermé la porte de son cabinet et ne répond plus au téléphone. Ne pas ouvrir, c'est oublier que des personnes ne peuvent pas appeler, sont isolées, peuvent

subir aussi des choses chez elles ou se confiner dans des lieux où c'est juste pas possible. Et puis, le centre de santé est très repéré, notamment par des personnes qui ont des troubles psychiatriques. Si on leur retire ce repère, elles risquent de décompenser. Donc, la porte reste ouverte, avec des consignes strictes certes, mais avec la souplesse de s'adapter aux personnes qui sont en face de nous. Faut faire confiance aux gens. On a quand même 3 000 usagers ! Beaucoup respectent le confinement, beaucoup utilisent le téléphone. Et on reçoit ceux qui passent.

On n'a pas toujours eu une file active si importante. Au début, à mon arrivée à la Case, on était un centre de santé de quartier dont la vocation était le premier recours et de s'inscrire dans la spécificité du quartier, auprès de sa population. On l'est encore, mais, aujourd'hui, le droit au séjour pour raisons médicales est un chantier dominant. Comme il n'existe pas d'autre lieu qui soit organisé de la même manière que nous à Toulouse, ça fait comme un entonnoir et tout le monde oriente les personnes en difficulté vers nous. Mais le fait de favoriser l'accès aux soins et, aussi, d'être sensibilisés aux déterminants sociaux de la santé, d'assurer un accueil inconditionnel, de questionner les postures professionnelles, la surmédicalisation, d'avoir une prescription raisonnée, c'est le travail qu'on devrait tous faire en tant que médecins ! C'est les bases de la santé publique. Sachant que nous, on y ajoute d'autres choses qui viennent de la santé communautaire : s'engager auprès des gens du quartier, avec eux, s'inscrire dans leurs problématiques qui sont spécifiques, faire en sorte que la population soit active en créant des espaces collectifs pour ça. Tout ça suppose que notre porte soit ouverte. »

« Covid ou pas, on s'adapte, comme d'hab ! »

« Avec le confinement, on fait avec les moyens du bord et on s'y envoie. L'intensité de l'investissement est la même qu'avant, seulement, il prend d'autres formes. Covid ou pas, on s'adapte, comme d'hab ! On a une certaine expérience en matière de gestion de crise de toute sorte. On gère collectivement, toujours. On a maintenu la coordination entre nous qui est indispensable à notre façon de travailler. Les professionnels qui sont sur place sont en lien très régulier avec ceux qui sont en télétravail. Du coup, la première semaine du confinement, on a mis en place une liste de personnes identifiées

1. Voir, dans ce numéro, l'entretien de Faïza Benmerzouka, intervenante sociale de la Case de santé, à qui Samah Chaaban fait directement référence.

comme fragiles et une médiatrice¹ les a toutes appelées pour faire du lien. Comme ça, ce n'est pas déshumanisé. On a aménagé nos locaux pour recevoir les autres dans des conditions satisfaisantes. Ce qui est différent d'avant le confinement, c'est l'organisation collective du travail et la vigilance au niveau du respect des mesures barrières. Ça demande énormément de temps de gestion. On discute tous les matins de comment on s'organise, de la gestion des stocks, de la distribution des ressources humaines. C'est pas simple ! On a aussi créé un espace pour débriefer, pour discuter de nos craintes, pour avancer de façon sereine. »

« S'autoriser à dire le mal »

« La grande nouveauté de la période, c'est la généralisation de l'usage du téléphone dans la relation de soins. On a des médecins qui parlent anglais, espagnol, arabe, français. On a un système, Inter-services migrants, qui permet de faire des téléconsultations avec interprète, pour lever la barrière de la langue. Mais y a aussi une barrière de vocabulaire pour bien utiliser les mots. C'est difficile de dire une douleur, une gêne au téléphone quand on n'a pas les mots. Entre ce que la personne dit et ce que j'en comprends, entre ce que je dis et ce qu'elle entend, y a toujours un écran, du flou. En consultation physique, c'est le corps qui vient compléter l'échange. Mais, là, on ne peut pas. Heureusement, je connais déjà les personnes d'avant le confinement. Je les ai déjà rencontrées. Faut qu'il y ait une base, une histoire de la relation avec le patient, pour le comprendre au téléphone. Donc, je sais comment elles décrivent leurs symptômes. Je connais les personnes qui se minimisent ou se surestiment et je fais du

cas par cas. Et si c'est nécessaire, je décide de les voir en consultation directe.

Après, il y a des techniques de question par téléphone qui amènent à comprendre. J'insiste sur des choses pragmatiques qui permettent quand même de donner une intensité aux symptômes. Est-ce que ça t'empêche de marcher ? Est-ce que tu sors jamais ? Tu fais plus la cuisine parce que t'es tellement fatigué ? Est-ce que tu t'endors dans la journée ? Je pose des questions comme ça. La personne donne son appréciation. Mais pas sûr qu'elle puisse s'autoriser à dire le mal, parce que ce n'est pas forcément flatteur pour l'estime de soi d'expliquer qu'il y a telle chose qui va pas. Quand on va voir le médecin, on imagine qu'il va le comprendre sans qu'on lui dise. Mais là, au téléphone, c'est très impliquant, très subtil. Y a beaucoup de gens qui ont tendance à ne pas dire la souffrance parce que c'est déplacé de se plaindre et de montrer sa faiblesse. Y a aussi des personnes qui passent par un tiers pour dire leurs problèmes. Et quand le tiers, c'est un enfant, c'est très dérangent ! Dans tous les cas, la téléconsultation, c'est jamais aussi fin que ce qu'on peut voir en vrai. »

« Avouer sa peur, ça fait peur »

« De même, avouer sa peur, ça fait peur. On craint d'être ridicule. Par exemple, j'ai une dame au téléphone, après trois semaines de confinement. Elle vit à l'hôtel avec ses deux enfants et je comprends qu'elle n'est jamais sortie de l'hôtel parce qu'elle a peur du Covid. Donc elle a fait aucune course pendant tout ce temps-là ! Il lui a fallu trois semaines pour refaire surface. J'ai une autre maman qui n'osait pas faire la balade d'une heure. Le confinement, l'attestation, la police qui peut te contrôler, ça fait peur

à tout le monde. Et encore plus si t'es sans-papiers ! Y a des gens qui ne nous ont pas appelés, qui ne sont pas passés à cause des mesures sécuritaires. C'est le cas des gens qui vivent en hôtel, à la rue, qui étaient déjà instables psychiquement avant le confinement. Avec la fermeture de tous les lieux ressources, leur structuration psychique s'est encore dégradée. Ils angoissent pour les besoins fondamentaux : où se doucher, manger, dormir ? On en est là ! Le risque est grand qu'on les perde de vue. Or, faut maintenir le contact direct avec eux, surtout dans cette période ! »

« Le corps n'est pas une image »

« L'activité se fait principalement par téléphone actuellement. Mais, on marche aussi par visios et par photos pour les gens qui sont équipés. Mais, le corps n'est pas une image ! Le symptôme est traduit, déformé par l'image. Dans notre culture professionnelle, le rapport au corps, au corps souffrant, c'est la relation normale avec les patients. Avec les contraintes du confinement et ces mesures qui font barrière au corps de l'autre, c'est compliqué de soigner. Y a plein de choses qui disparaissent dans une consultation à distance. Le corps produit des odeurs, des humeurs, il a des couleurs changeantes et au toucher on sent des choses. On perd tout ça si on ne rencontre pas les gens. Donc, y a les personnes qu'on voit au centre de santé et qu'on reçoit avec des blouses, des lunettes, des masques. Mais, on fait aussi des visites à domicile pour les personnes de proximité. Et quand ce n'est pas possible, on travaille avec SOS Médecins et avec le Samu qui, alors, est très disponible pour le Covid, mais très peu disponible pour les urgences. Ce qui fait que je me suis retrouvée à gérer des maladies en ville qui, couramment, se gèrent aux urgences, dans une prise en charge aiguë et hospitalière. Ça a été assez impressionnant ! Il a fallu s'équiper pour gérer des situations d'urgence en ambulatoire. On était à l'aveugle total ! Avec des pratiques qu'il faut réapprendre parce qu'on ne les fait jamais habituellement. »

« Dans ordre sanitaire, y a déjà ordre ! »

« Mais, la plus grosse difficulté qu'on rencontre pendant le confinement, dans l'organisation du centre de santé, ce sont les mesures sécuritaires qui sont menées sur la place, juste devant le centre de santé. Alors qu'on doit faire attendre les gens dehors, ils sont contrôlés par six ou sept policiers qui restent là. C'est

2. Voir, à ce sujet : Basson, Haschar-Noé, Lang, Maguin et coll., 2021.

3. Voir, à ce sujet : Basson, Haschar-Noé, Honta, 2021.

quand même fou ! Y a cette question d'attestation que beaucoup de personnes n'ont pas parce qu'elles ne maîtrisent pas la langue, ne savent pas écrire et à qui rien n'est proposé. Donc, elles sont sanctionnées ! Par exemple, on a un patient qui a des troubles psychiatriques enkystés et il en est à sa sixième amende. C'est quand même scandaleux d'en arriver à contrôler des personnes qui sont en attente d'accéder à un droit ou un soin ! Y a aussi les jeunes du quartier qui sont dans la débrouille, dans les trafics. On a l'impression que c'est le chat et la souris avec la police. Ils viennent parfois se cacher au centre de santé et ça met en difficulté la sécurité non pas du quartier, mais de la santé des usagers qu'on reçoit, avec les risques de contamination pour les uns et les autres. En fait, respecter l'ordre sanitaire fixé par l'État revient à exposer un certain nombre de personnes à des mesures d'ordre public elles-mêmes exceptionnelles. Faut pas oublier que dans ordre sanitaire, y a déjà ordre ! Au final, y a aucune relation en bonne intelligence avec les pouvoirs publics². Pourtant, s'il y a des problèmes de sécurité, ils sont ailleurs : les masques, par exemple. Ça a demandé un temps monstre pour en récupérer. Au début, on marchait avec les surplus des masques de l'époque H1-N1. Et quand l'ARS nous fournit des masques, ils sont périmés ! Faut que je souffle une bougie chaque fois que je porte un masque pour vérifier s'il est étanche ! »

« Rappeler le droit, tout simplement »

« J'ai des personnes qui sont en affection de longue durée, qui sont à risque de faire des formes graves et je me retrouve, en tant que médecin, avec des patrons qui m'appellent pour me demander pourquoi telle personne est en arrêt de travail, à

vouloir lever le secret médical et tout ! Et les femmes des communautés immigrées qui travaillent comme agents d'entretien, car il s'agit surtout d'elles, elles me disent que leur patron les oblige à venir au travail alors qu'elles sont positives ou malades. Comme elles ont confiance en nous et qu'elles sont dans leur droit, on les rassure. Parce qu'il ne faut pas oublier que la plupart des gens, c'est nous leur seul point d'accès aux droits et à l'information en santé. Du coup, ma position professionnelle consiste à ne pas les mettre en danger, à décider si elles doivent s'arrêter, à rappeler le droit, tout simplement. C'est pas au patron de le faire et de fragiliser encore un peu plus les plus démunis.

Alors, y a le patron, mais y a aussi la sécu qui ne suit pas et qui a mis énormément de temps avant qu'il y ait une prolongation automatique des droits de trois mois. Et les pharmacies, ça a été un sketch sans nom ! Ils avaient tout simplement peur de pas être payés. La santé des gens passait après. Et les médecins traitants qui ferment leurs portes, c'est inadmissible ! On a fait des stats sur les personnes qu'on reçoit en rendez-vous à la Case de santé. En fait, ce sont principalement des personnes dont le médecin traitant a fermé sa porte, comme s'ils étaient dépossédés de la continuité de soins. Pourtant, c'est tout simplement le travail du médecin ! C'est les mêmes qui mettent en avant les comités d'éthique, qui rappellent qu'ils ont prêté serment. Faut pas aller chercher ailleurs l'explosion des inégalités sociales de santé qu'on subit actuellement³ ! Pour moi, tous ces libéraux sont des entrepreneurs de la santé. À un moment donné, soit on est là pour les gens, soit on est là pour profiter des gens ! »

Bibliographie

- BASSON, J.-C., 2022. « Quand la santé sociale devient politique. La raison communautaire de la Case de santé de Toulouse », dans N. Duvoux, N. Vezinat (dir.), *La santé sociale*, Paris, Puf, p. 87- 99.
- BASSON, J.-C. ; HASCHAR-NOÉ, N. ; HONTA, M. (dir.). 2021. « La fabrique des inégalités sociales de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 3.
- BASSON, J.-C. ; HASCHAR-NOÉ, N. ; LANG, T. et coll. 2022. « Studying the Case de santé de Toulouse (France) as a propaedeutic step », dans L. Potvin, D. Jourdan (dir.), *Global Handbook of Health Promotion, vol. 1. Mapping Health Promotion Research*, Cham, Springer, p. 705-716.
- BASSON, J.-C. ; HASCHAR-NOÉ, N. ; LANG T. ; MAGUIN, F. et coll. 2021. « Recherche interventionnelle en santé des populations et lutte contre les inégalités sociales de santé : les partenariats “en train de se faire” de la Case de santé de Toulouse, France », *Global Health Promotion*, vol. 28, Suppl. 1, p. 24-30.
- FAYA-ROBLES, A. ; SOULIER, A. ; BELTRAN, G. ; BASSON, J.-C. et coll. 2022. « Quotidiens confinés. Réflexions méthodologiques et éthiques sur une expérience de recherche à distance », *Socio-anthropologie*, n° 45, p. 231-248.