



HAL
open science

L'émergence d'une nouvelle médecine ? : Soigner les exilés à la frontière calaisienne

Chloé Tisserand

► **To cite this version:**

Chloé Tisserand. L'émergence d'une nouvelle médecine ? : Soigner les exilés à la frontière calaisienne. Sociologie. Université de Lille, 2021. Français. NNT : 2021LILUA029 . tel-04112754

HAL Id: tel-04112754

<https://theses.hal.science/tel-04112754>

Submitted on 1 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Chloé Tisserand

L'émergence d'une nouvelle médecine ?

Soigner les exilés à la frontière calaisienne



Deux infirmières soignent un patient tombé d'un camion en juin 2017. ©Chloé Tisserand.

JURY

- **Marc Bernardot**, professeur à l'Université d'Aix-Marseille (rapporteur) - **Aurélien Cadart**, directeur des soins au Centre hospitalier de Calais Dr Jean Eric Techer - **Michel Castra**, professeur à l'Université de Lille (président du jury) - **Smaïn Laacher**, professeur de sociologie à l'Université de Strasbourg - **Françoise Le Borgne-Uguen**, professeure à l'Université de Brest (UBO) (rapporteur) - **Isabelle Parizot**, chargée de recherche au CNRS - **Jacques Rodriguez**, professeur à l'Université de Lille (directeur de thèse).

Le 10 décembre 2021, à 14 heures

Thèse de doctorat en sociologie

Sous la direction de Jacques Rodriguez

Université de Lille. École doctorale Sesam (ED73). Laboratoire ULR 3589 Centre de recherches Individus, Épreuves, Sociétés (CeRIES)

Résumé

L'heure est aux réflexions sécuritaires ; les autorités cherchant les meilleurs arsenaux (surveillance par drones, affûtage des lames barbelés, démantèlements de camps) pour repousser les exilés. Ces politiques migratoires répressives heurtent les corps, les mutilent, les tuent. Les victimes sont prises en charge à l'hôpital, institution symbolique de l'Etat Providence. Là, les soignants réparent quotidiennement les corps, pansent les blessures de la frontière et écoutent les douleurs d'une société inhospitalière.

Quel est l'accompagnement médical pour les exilés qui vivent dans l'errance et tentent la traversée de la frontière ? Comment soigner une population mobile et déracinée ? Quelle est la portée de l'acte de soin dans une société qui laisse ces étrangers à la marge ?

REMERCIEMENTS

Merci infiniment aux professionnels de santé qui ont participé à ce travail de recherche et qui m'ont offert de leur temps malgré parfois des rythmes soutenus, merci pour leur disponibilité, leurs échanges et leur accueil. Merci à tous les patients que j'ai pu croiser, je leur espère un avenir meilleur. Merci aux centres hospitaliers Jean-Eric-Techer de Calais et de Dunkerque de m'avoir accueillie entre leurs murs, merci à tous ceux (que je ne peux citer en raison de l'anonymat) qui ont rendu possible ce projet de thèse. Merci aux hiérarchies d'avoir accepté ce travail d'enquête sociologique et d'être allées au-delà des enjeux communicationnels.

Merci à Jacques Rodriguez qui a soumis mes neurones à rude épreuve pendant six ans mais pour la bonne cause : celle de tendre vers plus de rigueur scientifique, vers un maniement élégant de l'écriture, vers la constitution d'une réflexion et connaissance hors des sentiers battus. Merci pour son écoute quotidienne lors de mes questionnements ou manques de confiance, merci pour l'estime qu'il m'a accordée et qui m'a consolidée. Merci pour les retours des professeurs du CeRIES et ceux de Germain Bonnel. Merci à tout le personnel administratif de l'université pour avoir débloqué chaque année mes inscriptions qui ressemblent de plus en plus à... un travail de thèse !

Merci aux membres du jury pour leurs travaux qui m'ont inspirée et portée. Merci pour leur lecture de ce travail.

Un très, très, grand merci à *La Voix du Nord* qui a accepté ma demande en temps partiel ce qui m'a permis de me dégager plus de temps pour mes projets personnels. Dans un temps où le financement de la recherche est le nerf de la guerre, le salaire délivré à temps partiel par *La Voix du Nord* m'a permis d'éviter un tracasserie qui peut devenir un véritable frein à la réflexion ; cela m'a permis aussi de garder une indépendance totale d'esprit. Un grand merci à mes collègues du Pôle littoral et de la rédaction de Calais pour leurs encouragements réguliers et les fous rires partagés.

Merci à l'Institut convergences migrations (ICM) de m'avoir affiliée à leur aventure qui a nettement contribué à mon épanouissement personnel et intellectuel en m'apportant la joie des rencontres avec d'autres chercheurs et la possibilité de mener des projets. Je me suis sentie exister.

Merci à Philippe Gourguechon et Philippe Lapierre d'avoir maintenue - mon corps et

mon esprit - à la surface, loin des eaux troubles. Merci au club Ferry Longe Côte de Sangatte pour m'avoir appris à marcher dans la mer. Merci à elle.

Merci à Jennifer-Laure Djian et Jean-Barthélemy Debost pour avoir relu ma thèse et pour leur patience. Merci à Anne-Lise Domnesque pour ses précieux conseils. Merci infiniment à mes parents, à ma soeur, à mes proches, ma famille, mes amis poilus et non poilus (!), que j'ai moins vus pendant ces six années, qui m'ont soutenue dans les moments de doutes où j'ai failli lâcher la thèse, qui m'ont offert un verre, un plat, une danse, un ronronnement qui réchauffent l'esprit pour ne pas oublier de vivre la vie terrienne aussi. Merci à Hicham, pour le meilleur.

Merci à l'espérance et à la respiration libre ; que d'autres puissent connaître ce bonheur.

SOMMAIRE

INTRODUCTION p.11

- Les exilés à la frontière, une figure peu documentée dans la sociologie des précaires p.13
- Analyser le triptyque corps, frontière, soin à Calais p.15
- Focus sur la PASS p.19
- De “la maladie de Calais” au “syndrome calaisien” p.30
- Une microsociologie du travail médical : les méthodes de l’enquête p.32
- Les contours de la médecine à la frontière p.38

CHAPITRE 1 : LES SOIGNANTS DE L’EXIL p.42

I.Des professionnels de santé inscrits dans une unité de soin marginalisée p.42

A.Travailler à la PASS: une opportunité plus qu’un choix professionnel p.42

1.Des trajectoires plurielles : du médecin retraité à l’infirmière en reclassement p.43

2.Un électisme professionnel tangible et tangent p.46

- a.Un dynamisme participative : un troc de savoir-faire p.47
- b.Divergences sur l’autonomie soignante p.48

3.L’entrée à la PASS, une étape simple p.53

- a.De l’informel au formel p.53
- b.Le repérage en interne des qualités et les candidatures spontanées p.55
- c.Soignants déclassés et reclassés à la rescousse du manque d’attractivité p.58

B.La médecine médico-sociale, parent pauvre de l’hôpital p.63

1.Un service à part et à part entière p.64

- a.Ce que dit la topographie du lieu p.65
- b.Le “petit hôpital”, un dispensaire amélioré p.71
- c.Un travail d’équipe resserré : l’infirmier au coeur des interactions p.76

2.Soigner les exilés désaffiliés : la double réticence p.79

- a.Un médecine “facile”? p.80
- b.Au bas de l’organigramme p.82

II. Les soignants d'une institution rebelle p.84

A. De "s'occuper de" à se "préoccuper de" : le renversement du "sale boulot" p.85

1. Amarrer les exilés au soin p.85

- a. Être utile aux démunis : le sens du travail, le service à l'autre p.85
- b. Assumer de soigner les exilés p.89

2. La compassion plutôt que le sermon p.90

- a. Tolérance et souplesse p.90
- b. Les registres de la compréhension p.92

3. Des "citoyens du monde", des "frontiéristes" mais le soin comme boussole p.95

- a. Misère choisie ou la migration comme chape de plomb p.95
- b. L'expérience PASS et les représentations de la migration p.99

B. De l'indigène à l'indigent, de l'humanitaire aux précaires : le monde à la porte de l'hôpital p.101

1. Exercer à la PASS : des professionnels en mission humanitaire p.101

- a. Vivre ou revivre "l'aventure des French doctors" à Calais p.101
- b. L'expérience de la "new jungle" : l'hôpital en terrain humanitaire p.104

2. Soin institutionnel et soin associatif : le jeu des légitimités p.106

- a. Humanitaire et sanitaire : des philosophies du soin divergentes p.106
- b. L'humanitaire à l'hôpital, un risque de dévalorisation du statut p.109
- c. Le cadre hospitalier ou la gestion des émotions p.112

3. Institution/associations : des liens tendus et distendus p.115

- a. Délimiter son pré-carré p.115
- b. La nécessaire coordination p.116

CHAPITRE 2 : L'AMBIVALENCE DE LA GESTION MÉDICALE p.123

I. Accueillir les exilés à l'hôpital dans un contexte de non-accueil p.123

A. Calais s'emmure, la PASS sans murs p.124

1. La seule porte d'entrée des exilés dans le soin p.124

- a. Accéder aux soins gratuitement, un droit fondamental p.125
- b. Soigner un acte à contre-courant des politiques migratoires sécuritaires p.128

2. Le modulaire, une bulle protectrice p.131

- a. Une proposition de réconfort et des signes de bienvenue p.131
- b. Un espace sécurisant non sécuritaire p.135

B. La PASS, le refuge des exilés...et des soignants p.140

1. Humour et solidarité au travail : un cocon familial p.141

2. La PASS comme issue de secours p.143

- a. La reconquête du statut professionnel p.144
- b. Un retour aux valeurs de soin p.146

II. Une organisation de travail façonnée par les déplacements migratoires p.148

A. L'adaptation permanente de l'institution médicale p.149

1. Déployer la PASS en contexte d'urgence humanitaire : faire face à des besoins croissants p.150

2. Contourner la réglementation pour répondre à l'urgence p.153

B. Réquisitionner l'hôpital : la PASS comme une barrière immunitaire p.156

1. Des automates sur le front p.158

- a. Un travail à la chaîne : le défilé des corps p.159
- b. L'exposition à la violence, la loi de la "jungle" p.163
- c. Repérer, trier, ordonner, la loi de la jauge p.166

2. La prise en charge sanitaire des exilés : une question politique p.171

- a. Contrôler le risque de contagion : inquiétude des autorités, sérénité des soignants p.173
- b. Détecter les agents infectieux p.175
- c. La réponse chimique au service d'une "sanitarisation" de l'inhospitalité p.180

3. A la frontière entre le sanitaire et le sécuritaire p.187

CHAPITRE 3 : UNE MÉDECINE DE L'INSTANT p.194

I. Corps, soin, frontière : le nouveau triptyque médical p.194

A. Réceptionner les "corps traversés" p.195

1.La frontière comme facteur de vulnérabilité p.196

2.Les signes induits par la frontière p.199

a.Guerre et traversées : le récit de la peau p.199

b.Au pied des barbelés, soigner les corps en errance p.201

c.La santé psychique malmenée et mal menée p.211

B.La place du volet social à la PASS p.216

1.Une assistance sociale peu sollicitée p.216

2.Des marges de manœuvre limitées p.219

3.Un rôle purement sanitaire ? p.222

a.La gestion des douches : un marqueur de tension p.223

b.Tension entre le biologique et le biographique p.225

II.Quand les frontières politiques construisent les frontières du soin p.229

A.Incertitude des trajectoires migratoires des patients : l'impossible suivi médical p.230

1.Les "Mohamed Ahmed nés le 1er janvier" : le casse-tête des identités p.231

2.La prise en charge médicale des trajectoires fragmentées p.235

a.Une anamnèse difficilement déchiffrable p.236

b.Quand le temps manque pour soigner p.240

B.Une médecine symptomatique de l'impuissance soignante p.243

1.Se sentir inutile, se sentir utilisé p.244

a.Le tonneau des Danaïdes : la répétition d'une réalité insensée p.244

b.Les pantins du politique p.247

2.Le contraste émotionnel des soignants dans leur relation aux soignés p.249

a.Déroger à la règle par empathie p.249

b.Le don et le dû p.252

C.Maintenir l'arc de travail, échapper aux "effets- frontières" p.255

1.Les échappées des *borderlines* : les artisans d'une médecine des "petits-riens" p.256

a.Des soins "qui tiennent la route" (Une infirmière) p.257

b.S'extirper de l'inextricable face au *care* p.263

2.Déstabilisation du moral : tenter de garder le cap p.267

a."Apprendre à faire avec" la frustration p.267

b.Rester utile dans le temps imparti p.269

CHAPITRE 4 : L'ARRACHEMENT AU PAYS COMME ENJEU MÉDICAL p.272

I.Une consultation insolite : un face à face culturel p.273

A.La PASS au carrefour des médecines p.274

1.La confrontation des modèles de santé p.274

a.L'exotisme des patients, une stimulation déconcertante p.275

b.Médecine cartésienne, médecine traditionnelle p.277

c.Limites des savoirs universitaires et de l'expérience de terrain, le risque de l'interprétation stéréotypée p.282

2.Le rapport des professionnels de la PASS à l'intégration de la culture dans le soin p.285

B.Une parole atrophiée, parasitée, le challenge de la consultation p.290

1.La différence linguistique, un frein majeur au soin p.290

a.Des professionnels français frustrés : de l'usage du mime et des icônes p.290

b.Consentement brouillé, secret médical partagé : la consultation médicale bousculée p.296

2.Construire des ponts entre deux rives p.298

a.Le dilemme de l'interprétariat : un soutien et une contrariété p.299

b.Les soignants exilés, des passeurs culturels p.302

II.Le corps des patients à la rescousse des soignants p.305

A.Le toucher polymorphe du *cure* p.306

1.Le toucher "enquêteur" p.306

2.Le toucher réparateur p.309

B.Les mains des soignants, un outil de travail symbolique p.312

1.Le toucher inclusif à l'égard de l'indésirable p.312

2.Le toucher affectif, la force du contact, la réinstauration d'une dignité p.315

CONCLUSION p.319

-Composer avec l'imprévisible p.319

-Une médecine médicale plus que sociale p.321

-Une médecine de crise p.323

-La puissance migratoire face au biopouvoir p.324

-La constitution d'une sous-spécialité dans la médecine des précaires? p.325

-Des ambassadeurs d'une médecine de l'exil p.326

-Une médecine plurielle p.328

-Une médecine d'avenir p.329

-Les perspectives de la recherche p.329

Bibliographie p.331

INTRODUCTION

“Nous étions dans une situation où l’Europe faisait face à la crise des migrants et maintenant c’est l’inverse, ce sont les migrants qui font face à la crise de l’Europe car la crise des migrants a servi de révélateur, un profond révélateur de toutes nos divisions, les divisions de l’Europe, de nos propres divisions et des divisions qui traversent notre cerveau” (Héran, 2016). La crise de l’hospitalité se traduit par une multiplication des frontières artificielles dans le monde, on compte près d’une trentaine de murs d’interdiction (Quétel, 2012) générant ainsi des “lieux-frontières” (Cuttitta, 2015) qui proposent des décors bien tristes à ses habitants et à ceux qui les traversent, ces “clandestins”, “ceux qui ne sont pas les bienvenus” (Laacher, 2007). Des grilles ont été posées par les autorités espagnoles à Melilla et Ceuta, enclaves situées au Maroc, tandis que la Grèce a érigé un mur avec la Turquie en 2012 imitée ensuite par la Bulgarie. En juillet 2015, la Hongrie a posé un rideau de barbelés à lames la séparant de la Serbie et de la Croatie, puis, en novembre 2016, la frontière franco-britannique a été renforcée par un mur de 30 km présenté comme anti-intrusion et anti-bruit. Melilla, Harmanli, Briançon, Calais, Vintimille sont autant de villes symboles qui illustrent ce phénomène de “refermeture des frontières” (Vallet, 2014) et dont les démarcations sont délimitées par du béton, des clôtures, des rangées de forces de l’ordre. “Il semble donc que les murs contre l’immigration aient de l’avenir au sein même de l’Union européenne” (Quétel, 2012). En plus de ces obstacles et ronces artificiels, les exilés doivent aussi surmonter les frontières naturelles (mer Méditerranée, massif alpin, etc.). Ainsi, “depuis 2016, Briançon fait face à une vague migratoire importante. Le col de l’Échelle situé à 1700 mètres d’altitude est un passage clé, laissant les exilés en confrontation directe avec un milieu alpin souvent méconnu, hostile et cela dans des conditions parfois extrêmes” (Lecarpentier, 2019). Ces tracés physiques reconfigurent l’espace géographique, créent un jeu politique entre les acteurs de terrain, génèrent de nouvelles représentations, obligent les exilés à placer leur corps au cœur de la dynamique de l’exil.

Ces corps, en effet, sont “traversés”. Ce mot est utilisé ici dans ce travail comme métaphore permettant d’évoquer la superposition des épreuves auxquelles sont confrontés les exilés. Le verbe “traverser” est polysémique : il possède d’abord un sens étymologique

signifiant “parcourir un espace d’un bout à l’autre” (Ortolang, CNRTL). Lorsqu’ils quittent leur pays, les exilés sont inscrits dans une mobilité contrainte, elle suppose la double absence (Sayad, 1999) qui s’exprime à travers l’arrachement culturel et affectif au pays. Les exilés sont à “mi-chemin vers nulle part” (Bolzman, 2014). Cette rupture radicale avec l’ancienne vie est jugée et évaluée par les sociétés d’accueil : la guerre serait une bonne raison pour obtenir le statut de réfugié tandis que les raisons économiques ne le justifieraient pas. Les autorités effectuent ainsi une politique du tri entre le “vrai et le faux” réfugié (Laacher, 2005) instaure une “bipartition” selon une frontière morale entre “bons et mauvais migrants” (Streiff-Fenart, 2015), comme il y avait jadis des bons et mauvais pauvres (Geremek, 1987). Mais “traverser” signifie aussi “se frayer un chemin à travers” (étymologie du XVI^e siècle). Cette acception correspond à l’incertitude du voyage “comme étape de plus d’un voyage qui n’en finit pas ; où ils n’en finissent pas d’arriver” (Laacher, 2005). Les exilés, par “sauts de puce”, d’un pays à l’autre, cherchent une vie meilleure mais cette espérance est, bien souvent, plus un mirage qu’une réalité car les routes de l’exil sont des tracés hostiles où les conditions de vie sont misérables ; l’évolution dans ce “couloir des exilés” (Agier, 2011), se réalise en parallèle du monde des non exilés. “Maintenu là, dans l’inachèvement d’un parcours de mobilité, il n’est ni immigré ni émigré mais suspendu en migration. Le camp est tout à l’image de cette frustration. C’est une expérience du monde vécue dans un maintien à la marge des États, dans un maintien dans l’interstice et l’intervalle spatial, juridique et politique” (Agier, 2014). Le camp marque l’individu en tant qu’étranger “enfermé dehors” et lui confère un statut “de mis en camps” (Agier, 2014). Ces camps ne sont pas des espaces de projection mais des zones d’attente où la vie est mise entre parenthèses. Leur situation administrative les oblige à rester cachés sous peine d’être expulsés.

Enfin, traverser c’est aussi “percer de part en part” (X^e siècle, Ortolang CNRTL). Symboliquement les frontières traversent les corps, elles sont des remparts contre lesquels les exilés se heurtent, se blessent, meurent. En mai 2018, *United for intercultural action* a publié une liste des décès aux frontières depuis 1993 : 34 361 décès ont été documentés. Les artefacts sécuritaires participent à une “guerre aux migrants” : “la capture est d’abord un dispositif pratique qui combine des modalités de repérage et de détection, d’arrestation, d’enfermement et de traitement des capturés. Toute la gamme des techniques de la chasse, des plus ancestrales (affûts, pièges, battues, pisteurs...) sont associés à ce dispositif” (Bernardot, 2012). L’exil est interprété tout au long de ce travail comme un mouvement contraint à l’opposé d’une conception de l’exil partagée par Dany Laferrière (2020) comme

“valant le voyage” et d’une migration vue non pas comme “une punition mais une récréation”. C’est ainsi que les victimes aux frontières se présentent à la porte des hôpitaux¹ et les soignants des sociétés dites d’accueil se retrouvent en première ligne pour panser leurs plaies. L’hôpital est une institution d’État qui, dans sa forme ancestrale, protège les indigents ; il est porteur de valeurs fortes d’humanité et, dans sa longue tradition, ses professionnels de santé ont aussi pour obligation de soigner tout le monde sans distinction. “L’hôpital est le seul lieu d’accueil permanent du désordre et des détresses de nos contemporains et de notre vie en société” (de Kervasdoué, 2004). Le soin délivré aux exilés semble constituer aujourd’hui une pratique à contre-courant qui tranche avec l’hostilité que ces errants vivent hors les murs de l’hôpital. En effet, celui-ci reste un des rares lieux institutionnels d’accueil. Dans ce contexte, cette thèse vise à comprendre comment la frontière a poussé cette institution à repenser sa prise en charge sanitaire pour soigner les patients exilés. Nous formulons l’hypothèse qu’une médecine spécifique s’invente sous nos yeux. Celle que nous nommerons “médecine de l’exil à la frontière” constituerait même une nouvelle branche de la médecine des précaires dont on tentera d’en définir les contours dans ce travail.

Les “exilés aux frontières”, une figure peu documentée en sociologie de la santé des précaires

Au moment de commencer ce travail dans le cadre d’un mémoire de Master, en 2013, peu de travaux sociologiques existaient autour de ce croisement entre une sociologie de la santé et une sociologie de l’exil (Laacher, 2005). En effet, la frontiérisation est un sujet en soi qui a donné lieu à plusieurs travaux relatifs à la gestion de l’accueil (Agier, 2011), aux formes de camps et à leur organisation (Courau, 2007), aux statuts des migrants (Clochard, 2007), à l’accès aux droits et aussi à une lecture engagée autour de la violence des frontières (Bernardot, 2012 ; Andrijasevic et Walters, 2011) ou du droit intangible à la mobilité (Wihtol de Wenden, 2013). Ensuite, comme le rappelle Caroline Izambert (2018), les exilés ont été fondus dans une sociologie de la santé des précaires sans que ceux-ci ne représentent une

¹ Le comité de pilotage de l’hôpital en 2016 pour l’année 2015 montre qu’à 89%, les patients n’ont pas de ressource. Ils sont 17% à bénéficier de minima sociaux correspondant ici aux exilés dont la situation a été régularisée mais qui continuent à fréquenter la PASS. 70% du public PASS est sans abri. La file active des patients est composée en majorité d’hommes, souvent jeunes. 14 femmes dont 75% sont originaires de pays hors Union européenne ont été reçues contre 111 hommes. Pourtant, Camille Schmoll (2020) rappelle que la migration concerne autant les hommes que les femmes ; ce qui soulève une interrogation concernant la sous-représentation des patientes à la PASS.

figure distincte. Certaines études les repèrent, bien sûr, mais sans forcément s’y arrêter : ainsi, dans les années 1980, Patrick Declerck (2001) note parmi les SDF non exilés la présence d’une population immigrée peu coutumière des centres d’accueil. Il s’en étonne d’ailleurs et n’hésite pas à noter un détournement des hébergements d’urgence par ces jeunes pauvres étrangers attirés par le confort, qu’il décrit comme “migrants des pays de l’Est” et qu’il distingue de ceux qu’il nomme les clochards. Il existe de nombreux termes pour dénommer les SDF (“clochards”, exclus, nouveaux pauvres, marginaux, mendiants) tout comme la diversité des termes s’applique aussi aux exilés que l’on nomme tantôt “migrants”, “réfugiés”, “déplacés”... Les clochards non exilés formaient déjà aux yeux de Patrick Declerck un groupe d’exilés à la marge de nos sociétés. “Qui sont-ils (...) ces exilés qui nous côtoient, qui dérangent notre regard et suscitent nos fantasmes ?” (Declerck, 2001).

Des études ont été réalisées auprès des SDF (Gardella, Laporte, Le Méner, 2008), des bénéficiaires d’allocation, des détenus, des malades atteints du VIH (Rosman, 1999), des sans papiers (Fassin, 1996). Au sein de cette sociologie de la médecine des précaires, des chercheurs se sont penchés sur les pathologies d’exclusion, d’autres sur les structures médico-sociales en marge de l’hôpital (Lanzarini, Bruneteaux, 1996), d’autres encore sur la place des exclus à l’hôpital (Ogien, 1986), sur les recours aux droits, sur la relation soignant-soigné dans les centres de soins gratuits (Parizot, Chauvin, 2005), sur l’inégalité d’accès aux soins (Fassin, 2000), mais la question de la frontière comme porte d’entrée pour comprendre la santé des exilés est plus rarement évoquée ou alors peu visible (même si elle tend à le devenir). Il me semble donc que l’originalité de ce travail réside dans l’exploration de cette articulation entre population précaire exilée, espaces géographiques frontaliers et espace médical institutionnel. Il s’agit de comprendre comment les frontières amènent à repenser sous un nouvel angle la médecine des précaires.

Le croisement historique entre sociologie de la santé et migration est apparu à la fin du XIX^e siècle et - comme le rappelle Didier Fassin (2019) - quatre approches ont été mobilisées pour penser la santé des exilés depuis cette époque et jusqu’à aujourd’hui : elles se succèdent dans le temps, “se sédimentent et se superposent”. La première est hygiéniste ; elle est le résultat de la lutte microbienne et pandémique. Elle met en place le contrôle sanitaire des populations, surtout des étrangers venus servir de main-d’œuvre après la guerre et que l’on suspecte d’être des vecteurs de maladies dites d’importation. La seconde est exotique et se réfère au développement de la clinique tropicale et de la parasitologie ; la grille nosologique de celle-ci sert alors d’outil pour traiter et catégoriser les immigrants. La

troisième approche est culturaliste : les comportements jugés déviants par rapport à la norme médicale trouveraient des explications et des réponses dans la culture d'appartenance ; l'ethnopsychiatrie est à cet égard une discipline évocatrice. La dernière approche est épidémiologique et repose sur des études et enquêtes statistiques, sur des questions de santé publique privilégiant le collectif sur l'individu. À l'inverse de ces approches qui tendent à singulariser une population, Didier Fassin espère un nouveau temps : celui de "la désingularisation" de la population en migration, rappelant que l'essentiel des pathologies et troubles de santé chez les exilés a une cause sociale. Et c'est au cœur de cette description de ces diverses approches que s'inscrit ce travail de thèse ; celui-ci rappelle que les frontières sont une construction artificielle, le fruit de décisions politiques et que cela a des répercussions sur l'état de santé des exilés.

Analyser le triptyque corps, frontière et soin, à Calais

Ce travail est une monographie réalisée en grande partie à la permanence d'accès aux soins de l'hôpital de Calais (PASS). La PASS est un dispositif apparu dans les années 1990 et dédiée à toute personne n'ayant pas de couverture maladie universelle (CMU) ou de mutuelle (Parizot, 2003). L'idée a été proposée par le Dr Jacques Lebas, un "*French doctor*", ancien président de Médecins du Monde, à qui le secrétaire d'État à la santé, Bernard Kouchner et le ministre du travail, Martine Aubry, ont commandé un rapport en vue d'améliorer l'état de santé des personnes souffrant de précarité. De ses observations, Jacques Lebas repère une difficulté des populations précaires à accéder aux soins et les place au cœur des inégalités de santé. Le docteur estime alors que le système de santé n'est pas adapté : "L'approche essentiellement biomédicale et curative qui a été jusqu'ici celle du système de soins français s'est traduite par une organisation centrée sur l'hôpital dont le CHU représente l'image aboutie et le modèle. Cette approche s'intéresse aux maladies plutôt qu'aux malades" (Lebas, 1998).

Pour lui, il faut repenser la structure de l'hôpital, la prise en charge et l'accès aux soins. Il propose donc une approche qui permette de remettre dans le droit commun les exclus du système de santé et souhaite que la relation au patient ne soit plus strictement médicale et technique, ce qui suppose de mettre en place une équipe médicale adaptée aux besoins des précaires en associant les travailleurs sociaux aux soignants. "Ces dispositifs doivent être à plusieurs entrées, c'est-à-dire organisés au niveau des diverses consultations hospitalières.

Selon les besoins, une consultation référente - assurant des consultations de médecine générale et située au niveau d'une polyclinique, d'une consultation de médecine polyvalente, voire des urgences - pourra effectuer la prise en charge de premier recours, en dehors des urgences avérées, afin d'assurer la prise en charge des malades et leur éventuel aiguillage dans les services hospitaliers spécialisés ou les consultations extra hospitalières adaptées" (Lebas, 1998).

Le nom même de PASS a été réfléchi comme un "mot de passe", "délivré par le travailleur social au moment même de la consultation médicale et en fonction de la situation concrète du malade, un accès sans délai au plateau commun de l'hôpital, sans attendre la récupération effective des droits". Le Dr Jacques Lebas entend réaffirmer par le biais des PASS, le rôle originel de l'hôpital qui est celui de l'accueil et de l'hébergement à l'égard des pauvres. Le dispositif PASS a été inscrit dans la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions. "Les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits." La notion d'orthogénie employée ici par le législateur mérite qu'on s'y attarde. Littéralement "orthos" en latin signifie droit, correct. "Geneia" veut dire formation. L'orthogénie est l'action de faire naître des nouveau-nés sans handicap, elle corrige les défauts en revendiquant le droit à la normalité. C'est un terme fort et polémique - parce que souvent apparenté à l'eugénisme - qui est appliqué ici par Jacques Lebas à propos du public précaire, mais dans un sens positif. L'image ici associe l'exclusion à un handicap qui doit être gommé pour permettre de "redresser" la situation des précaires et pour que ceux-ci retrouvent un accès aux droits "normal". Les centres d'orthogénie ont souvent été animés par des médecins dont la démarche était militante.

Pour fonctionner, la PASS dépend d'un financement délivré par l'Agence régionale de santé (ARS) au titre de la dotation nationale de financement des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) qui comprend les activités de facilitation de l'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement, hors hospitalisations et consultations facturables. Cela comprend aussi le pilotage, la coordination et l'évaluation de ces permanences. La MIGAC intègre les frais de personnel et ceux liés à l'activité de la PASS (dépenses pharmaceutiques, frais d'examens médicaux, prestations d'interprétariat,

frais de transports dans le cas d'une PASS mobile). À Calais, la MIGAC fonctionne avec environ entre 450 et 600 000€ selon les années. Il existe vingt-six PASS dans les Hauts-de-France [cf. Encadré. Numéro 1].

Encadré numéro 1. Le réseau PASS en Hauts-de-France

Il existe vingt-six PASS dans la région. “Comme nombre de structures d'assistance, la PASS est organisée localement et sa forme, les procédures et les critères d'inclusion,

changent d'un établissement à l'autre" (Geeraert, 2016). Dans les années 90, l'État veut contrôler davantage l'attribution des financements dédiés aux PASS. Cette aide financière spécifique était parfois utilisée par les directions hospitalières pour combler le déficit des établissements plutôt qu'allouée au fonctionnement des PASS ; ce qui a, par ailleurs, contribué à créer des disparités entre les PASS de France. La direction régionale des affaires sanitaires et sociales (aujourd'hui ARS) a donc procédé à un diagnostic et souhaité que les hôpitaux remplissent un cahier des charges.

En 2005-2006, des collectifs régionaux PASS se sont constitués pour défendre le dispositif de santé et regrouper des professionnels échangeant ainsi sur leurs pratiques. La coordination régionale des PASS s'est alors structurée et a abouti à la création d'un comité de pilotage qui se réunit une fois par an. En parallèle, des initiatives privées ont construit un mouvement de coordination nationale des PASS régionales en 2013. Dans ce cadre, des journées régionales et des rencontres sont mises en place, *"ce collectif vise à continuer à soutenir le travail des PASS, à renforcer les compétences et les savoirs*

faire", a indiqué la coordinatrice du collectif. En 2016, l'ensemble des régions avaient leur coordinateur PASS, *"ce qui a permis aux établissements d'être plus lisibles et visibles"*, note la coordinatrice. Le "prendre soin" est devenu le "créneau" du collectif. Les PASS constitueraient des laboratoires en devenir où se déploierait une autre manière de pratiquer le soin. De plus en plus, elles deviennent des unités fonctionnelles (UF) de soins à part entière, c'est-à-dire qu'elles se constituent en spécialité, ce qui est le cas pour la PASS de Calais. En France, en 2018, on recensait entre 430 et 470 équipes PASS.

La PASS est un dispositif d'assistance socio-médicale. La médecine qui y est pratiquée se situe entre un univers symbolique médical et un univers symbolique humaniste (Parizot, 2003). Le premier est fondé sur le principe d'égalité et l'éthique médicale ; le second renvoie à une relation interindividuelle de soutien. La relation va au-delà du médical et passe aussi par le souci d'autrui. La PASS veut incarner le retour d'une prise en compte de l'individu dans sa dimension sociale et qui fût oublié (Imbert-Huart, 1996) au profit d'un

monde hospitalier qui a fini par privilégier la technique médicale (*cure*).

Focus sur la PASS²

Le choix de la PASS de Calais m'est apparu évident puisque, outre le fait que je suis Calaisienne, cette ville est une sorte de laboratoire de la migration. Depuis les années 1990, l'histoire migratoire se répète : des exilés, dans le chaos de l'errance et de l'incertitude migratoire, traversent le territoire en espérant pouvoir atteindre la Grande-Bretagne.



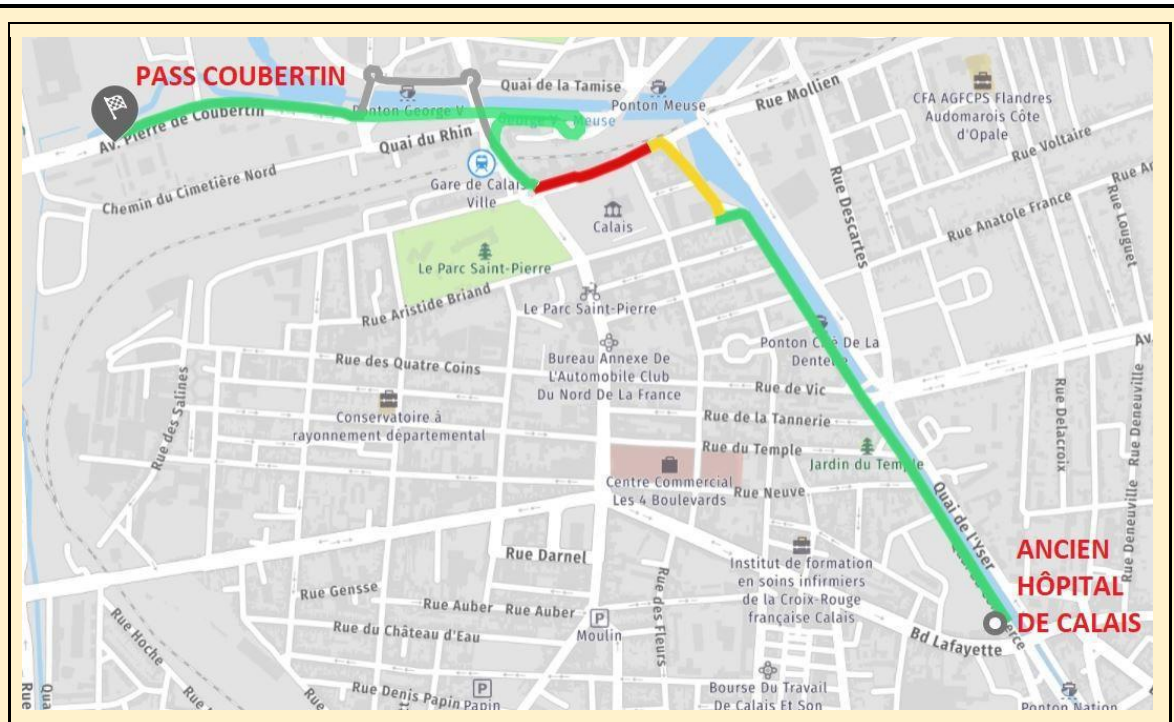
©Infographie Chloé Tisserand

Se greffent autour d'eux des tensions, de l'entraide, des débats, des mobilisations. Les

² Le lieu n'est pas anonymisé en raison d'une situation singulière et unique que connaît Calais et que tout lecteur reconnaîtra de fait à la lecture de ce travail.

soignants sont des acteurs qui vivent les événements sanitaires migratoires, depuis leurs interventions dans le camp de la Croix Rouge à Sangatte (1999-2002), des soins prodigués à l'arrière des coffres de voiture qui faisaient office de lits d'auscultation, dans des camionnettes exigües des associations où le système débrouille prévalait, jusqu'à la PASS de l'hôpital. Celle-ci est dite fixe car repérable physiquement ; sa création en 2006 dans un bâtiment en dur et dédié a marqué un tournant. À cette époque, l'urgence humanitaire était telle que les ONG – Médecins du Monde et Médecins sans Frontières – ont sommé l'État de prendre ses responsabilités. Les réunions de concertation avec l'hôpital ont validé l'installation d'une PASS dans un local de la maison de retraite avenue Coubertin. Ainsi, l'hôpital a eu seul les commandes de pilotage de la prise en charge sanitaire des exilés et le dispositif, qui se cantonnait à un poste d'assistante sociale aux urgences, s'est déployé en une unité de soins avec une équipe composée de médecins vacataires, d'un interprète, d'une infirmière en lien avec l'assistante sociale. Depuis, la PASS a nettement évolué.

Les métamorphoses de la PASS : la PASS Coubertin (2006-2012)



En 2006, le contexte d'urgence humanitaire engendre un engorgement des urgences ; sous la pression de Médecins du Monde et Médecins sans Frontières, l'hôpital en concertation avec les ONG a décidé de se positionner sur la prise en charge des exilés, MSF s'est retiré et MDM a arrêté les soins pour se consacrer à l'accompagnement administratif des exilés. L'hôpital est devenu responsable de la santé des exilés. La PASS Coubertin était installée dans l'ancienne maison du concierge de l'EHPAD de l'hôpital, qui servait de chambres pour les internes et qui était située avenue Coubertin (*Photos ci-dessous*³). Elle dépendait alors du pôle gériatrie de l'hôpital.



“Dans ce lieu-là, il y avait une douche, un séjour qui est devenu une salle d'attente, une chambre qui est devenue une salle de soin et une autre chambre qui est devenue un bureau médical et ça a commencé comme ça”, raconte une infirmière présente en 2006. La PASS était éloignée de

³ À gauche, photo ©Centre hospitalier de Calais ; à droite, ©France Télévisions, France 5, *La santé des migrants, une jungle médicale*, Allô Docteurs, 14/10/2008.

l'hôpital qui se tenait dans un autre quartier du centre-ville de Calais. L'espace était très petit, les gens s'y entassaient, les meubles pour le rangement aussi. L'équipe était composée d'une dizaine de médecins vacataires, d'une infirmière, d'un interprète. Un médecin coordinateur chapeautait l'équipe.

La PASS CH

En 2012, le nouvel hôpital est installé en périphérie de la ville, zone du Virval, près d'une sortie d'autoroute. Des modulaires se trouvent à proximité et servent dans un premier temps aux urgences pédiatriques pour, finalement, être dévolus à la PASS.



À gauche sur la photo, le nouvel hôpital et à droite, la PASS dont les murs sont salis par la mousse.



La façade droite de la PASS par où les patients arrivent. Photos ©Chloé Tisserand

On y trouve aussi le centre périnatal, le centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG). Le modulaire a aussi été choisi car la PASS était censée rester provisoire mais les migrations étant continues, la PASS dure dans le temps. Avec la restructuration des pôles en 2013, la structure médicale dépend désormais des urgences.

Pour se repérer, des exilés la surnomment "le petit hôpital". Même s'il existe des panneaux signalétiques, le positionnement du modulaire n'est pas facilement identifiable. Les exilés

s’y rendaient surtout à pied, soit vingt minutes de marche jusqu’en 2017 mais depuis la “new jungle”, des navettes associatives les y conduisent. Un papier collé sur la porte d’entrée indique “PASS”, il y a des traductions en arabe écrites à la main.



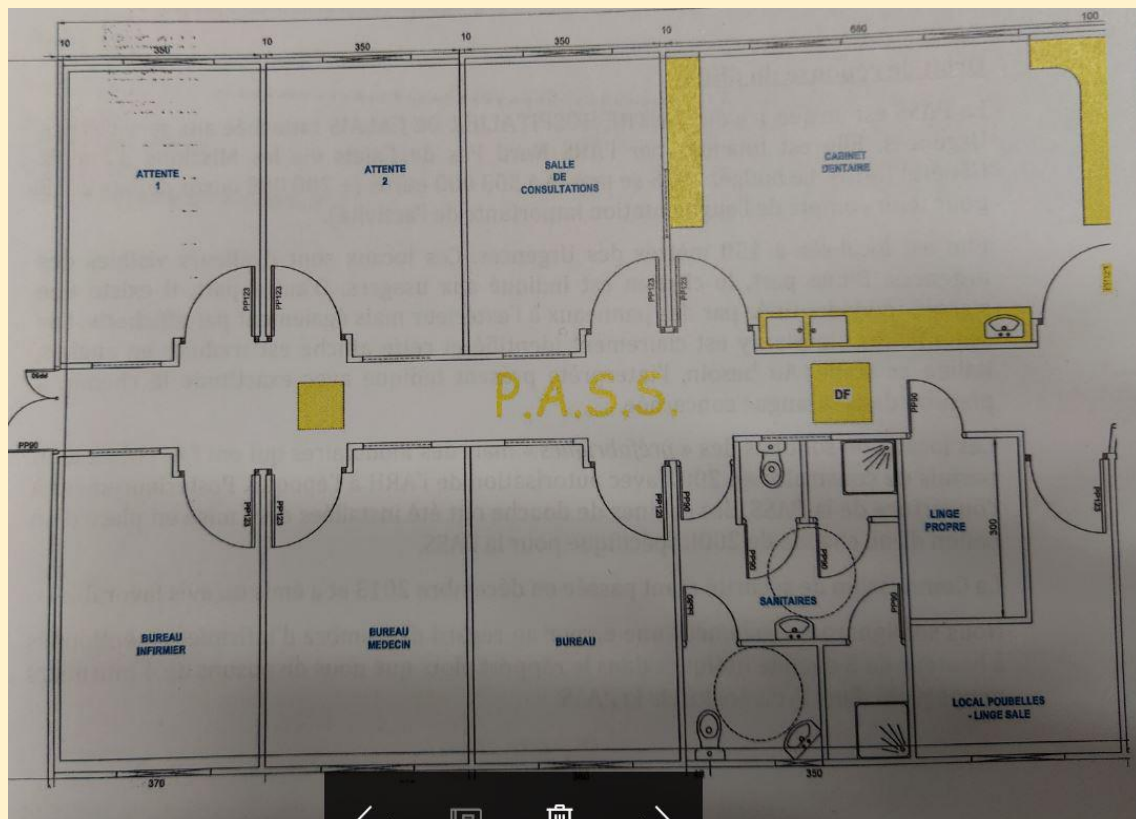
À l’intérieur, un long couloir jaune (*notre photo ©Chloé Tisserand*) distribue les différentes pièces. Les murs des salles du modulaire sont peints avec des couleurs vives. À gauche, deux salles d’attente, l’une pour les adultes, l’autre pour les enfants, sont pleines lorsque l’afflux de patients est important. Une salle est dédiée à la fois aux soins infirmiers et à la pharmacie où des patients reçoivent leurs médicaments dans des sachets marrons comme l’on peut trouver chez le primeur ; une autre salle est réservée aux consultations dentaires les lundi et mardi matin. A droite, on a juste après la porte d’entrée, le bureau des

enregistrements avec des armoires remplies de dossiers, un ordinateur, deux bureaux ; le matériel y est sommaire ; puis la salle de consultation du médecin avec ses murs dans un ton bleu turquoise qui vient un peu égayer l’aspect austère des lieux.

Contrairement aux services dits classiques, le lieu n’est pas aseptisé : on ne retrouve pas cette odeur si particulière de nettoyage ou de produits d’hygiène ou d’après pansements infirmiers, ni le blanc des murs et la lumière éblouissante, le dépouillement, les perfusions et toutes sortes d’appareils un peu effrayants. Dans la salle médicale, on y trouve un bureau avec ordinateur, une grande armoire, un lit d’auscultation. À côté de cette pièce, se tient le bureau de l’assistante sociale, les deux dernières salles correspondent aux douches et

toilettes et espaces de rangement (plan ©CHC).

L'équipe de la PASS Coubertin et qui a été transférée à la PASS CH a grossi dans le temps notamment avec l'arrivée en 2013, d'un psychologue, de deux dentistes vacataires, d'infirmiers supplémentaires. La PASS est la porte d'entrée en médecine générale du système de soin français.



La PASS Ferry 1

Le nombre d'exilés passe de 500 à 2500 selon la préfecture en 2014. Entre-temps, la mairie de Calais cède le centre de loisirs Jules-Ferry - situé en périphérie de ville - à l'Etat afin qu'il prenne en charge les exilés. Cette décision est symbolique puisque ce centre Jules-

Ferry n'est autre qu'un centre aéré que des générations de Calaisiens ont connu et affectionnent. Pour apaiser les reproches, la ville obtiendra une aide financière pour compenser la crise migratoire et créer un centre aéré neuf. Les exilés sont autorisés à s'installer autour du site sans craindre une expulsion, dans le même temps, les squats et camps en centre-ville sont démantelés. La "new jungle" surnommée la Lande par l'Etat se forme et comptabilise au moins 6000 personnes, jusqu'à 10 000 selon les associations et environ 7000 côté préfecture. Ce chiffre se répercute en termes d'afflux sur la PASS-CH, l'hôpital décide alors d'ouvrir de 11h à 14h15 en mars 2015 un centre de soins infirmiers au centre d'accueil (*notre photo ci-dessous. ©Chloé Tisserand*). Un infirmier délivre des soins aux exilés hommes puis se rend à la maison des femmes et des enfants pour un temps de soin, d'orientation des patients et de prévention.



Le Défenseur des droits exprime son indignation face à la situation sanitaire et réclame de l'Etat plus de moyens considérant que la PASS-CH est sous calibrée. L'Etat décide - en plein débat avec l'hôpital plutôt opposé à ouvrir une antenne aux abords de la "jungle" - alors d'ouvrir malgré tout une annexe de la PASS au centre Jules-Ferry. Les soignants y accèdent grâce à des laissez-passer présentés aux policiers à l'entrée du Chemin des Dunes.

La PASS-Ferry 1 est située dans un vieux bâtiment en béton qui correspondait à l'ancienne infirmerie du centre de loisirs (*notre photo. ©Chloé Tisserand*).



On retrouve dans cette PASS, le même inconfort que l'on pouvait connaître à la PASS Coubertin. Les soignants de l'hôpital seront épaulés par une équipe de l'établissement de préparation et de réponses aux urgences sanitaires (EPRUS) pour organiser la prise en charge sanitaire dans le centre d'accueil. Deux consultations médicales sont ouvertes ; deux infirmiers, deux médecins y travaillent; de même qu'un psychologue et un kinésithérapeute mais l'activité de celui-ci a vite cessé. Au fil du temps, une coordination sanitaire sera mise en place avec des acteurs associatifs comme MDM, MSF, Gynécologie sans frontières (Rodriguez, Tisserand, 2017).

La PASS Ferry 2

Progressivement, des préfabriqués remplacent le vieux bâtiment en béton (notre plan ci-dessous, *Image CHC*) qui fait office de PASS délocalisée. MSF qui a ouvert une clinique suppléait le temps que les équipes hospitalières soient prêtes et étoffées.



La salle de soin infirmier



La salle d'enregistrement



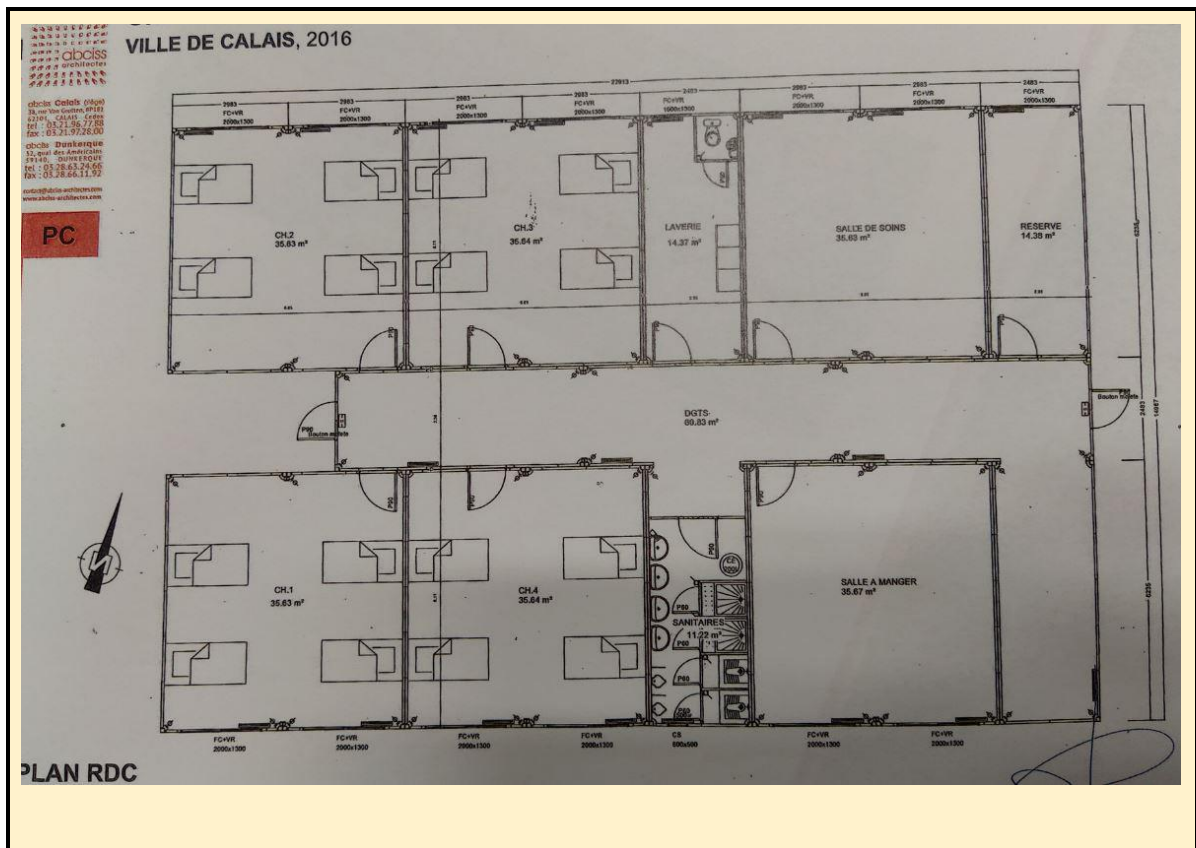
Les préfabriqués positionnés de part et d'autre



Les seize lits SSH répartis en quatre

La pluralité des préfabriqués (*nos photos ©Chloé Tisserand*), détachés les uns des autres, dispatchent les différents métiers : une partie est dédiée au centre de tri, une autre aux salles de consultations médicales et psychologiques, une troisième à la pharmacie et une autre encore au Service social hospitalier (SSH) avec ses lits d'accueil (*voir plan ci dessous, image du ©CHC*).

Des renforts viennent grossir les rangs de l'équipe initiale de la PASS-Ferry 1. La 2, plus moderne dans ses infrastructures, est en première ligne et prend en charge les patients atteints de maladies saisonnières tandis que la PASS-CH en second rang gère les malades chroniques. Le lieu aura été de courte durée puisqu'en octobre 2016, la "new jungle" est démantelée.



La thèse est entièrement réalisée dans ce huis clos qui donne à voir, de l'intérieur, ce qui se passe à l'extérieur. Focaliser mon regard sur ce lieu répond à une forme de travail que j'apprécie, en référence à celle qu'emploie le journaliste Jean Hatzfeld qui, toute sa vie, a observé la reconstruction du Rwanda et l'a traitée sous divers angles. Dans cette perspective, il a consacré un ouvrage aux témoignages des Tutsis, un autre aux Hutus, un autre encore sur la façon dont les communautés réapprennent à vivre ensemble... S'attacher à un terrain, c'est aussi le suivre sur la durée et cela m'a appris que des phénomènes se saisissent avec le temps et prennent aussi un sens différent avec le temps.

Le travail de soin pourrait aussi s'observer du côté des ONG, mais le choix de l'hôpital comme terrain de recherche m'a paru intéressant à plus d'un titre. D'abord, parce que c'est une institution, elle traduit la manière dont l'État prend en charge les patients précaires. De plus, clarifier le positionnement de l'hôpital dans un contexte extrêmement politisé m'intéresse puisqu'il s'agit d'une institution dont la neutralité est imposée à ses agents comme une des injonctions de la fonction publique. L'institution, c'est aussi s'intéresser à une référence médicale, un univers normé, hiérarchisé. Or, je voulais savoir comment cette machine administrative et protocolaire imposante s'adapte à une population en mouvement. De plus, si la crise récente de l'hôpital a permis à une majorité de

professionnels de sortir de leur devoir de réserve, la parole soignante restait cependant discrète avant ces mobilisations et cela m'intéressait de sonder cette parole d'autant plus que la PASS de Calais - lieu sensible - n'est pas ouvert aux médias facilement de sorte qu'on en connaît peu le fonctionnement. J'ai eu la chance d'obtenir des autorisations pour y accéder, peut-être aussi parce que c'est d'abord en tant que journaliste, en 2009, que j'ai découvert ce lieu qui m'a touché profondément : je le voyais d'abord de manière romanesque comme une peinture où le blanc des blouses se mouvait sur un fond noir de misère et de chaos. La symbolique du maintien de la construction malgré la destruction m'a retenue des années à ce modulaire.

De la “maladie de Calais” au “syndrome calaisien”

La “maladie de Calais” est une expression désignant le mal auquel était en proie Louis XIV lors de son passage à Calais et qui lui valu une perte importante de cheveux. Aujourd'hui la “maladie de Calais” ou le “syndrome de Calais” est une expression utilisée par les forces de l'ordre qui craignent d'être mutés à Calais parce que le travail y est difficile et par les bénévoles qui ne sortent pas psychologiquement indemne de la situation qu'offre Calais en termes d'exclusion aux exilés.

Je crois que c'est pour cette raison - à cause du “syndrome de Calais” qui m'a gagné - que cette patientèle, les exilés, on ne l'entend pas, et on ne la voit pas distinctement dans ce travail et je conçois que cela peut être frustrant. Ce n'est pas que leur point de vue ne m'intéresse pas, mais j'estime que ces exilés devraient faire l'objet d'un travail à part entière et entièrement consacré à leur parole avec un dispositif linguistique et une connaissance de leur culture précise et l'assurance d'une confidentialité. Je pense plutôt que ce choix de focaliser sur les soignants est motivé d'abord par le fait que je me sens à mon corps défendant dans une position dominante, un peu “colonialiste” et intrusive à l'égard des patients. Ne pas connaître précisément leur langue et leur culture me place dans une relation d'emblée déséquilibrée ; je reste une personne occidentale avec tout ce que cela implique en termes de passé historique colonial. Comme le rappelle Edward Saïd (2005) : “Il doit être vrai aussi qu'un Européen ou un Américain qui étudie l'Orient ne peut refuser de reconnaître la principale circonstance de sa réalité, à savoir qu'il se heurte à l'Orient en premier lieu en tant qu'Européen ou Américain, ensuite en tant qu'individu. Et être un Européen ou un Américain

dans ces conditions, ce n'est pas du tout un fait sans conséquence : cela signifiait et cela signifie encore que l'on a la conscience, même vague, en Orient, et chose plus importante encore, d'appartenir à une partie de la terre qui a des rapports historiques avec l'Orient depuis pratiquement les temps homériques.”

Rencontrer les exilés à Calais m'a fait passer par différents états émotionnels. En 2009, alors que j'étais journaliste, je me souviens m'être sentie comme une aventurière derrière “Moustache”, surnom d'un bénévole qui arpentait les chemins sauvages de la “jungle” qu'il présentait aux journalistes tel un fixeur. J'ai photographié des bâches accrochées dans les arbres, des couvertures entassées et humides pendant que ma mère, sur une route à proximité, attendait mon retour pour me ramener à la maison car je n'avais pas de voiture. J'ai ressenti de la peur aussi quand j'ai dû me rendre quai de la Moselle lors de la distribution des repas des exilés qui se massaient en petits groupes ici et là. Je ne les avais jamais approchés, je les avais vus seulement marcher le long des routes et en entendais parler de manière péjorative dans le bus scolaire sous le nom de “Kosovars”. J'ai eu peur de les approcher d'autant plus qu'avec d'autres journalistes, nous nous faisions copieusement insulter de “charognards” par un bénévole, épuisé par la situation. J'ignorais les enjeux de la migration et je me sentais investie d'une mission de devoir montrer cette injustice. Le mythe du grand reporter devenait réalité. Quai de la Moselle, je me suis rapprochée d'un exilé fragilisé (*photo ci-dessous*. ©Chloé Tisserand) par une fracture à la cheville et entouré de compagnons de route. J'ai recueilli son témoignage pour un hebdomadaire et c'est grâce à lui que j'ai découvert la PASS, puisqu'il avait été soigné là-bas.



Ensuite, il y a une sorte d'addiction à retourner dans les camps. Moi, c'était pour mieux comprendre : ainsi, vous découvrez que les photographier peut être une menace pour eux, que leur vie est une galère financière, administrative presque sans fin. Déjà cabossés par l'exil, ils portent aussi les poids de la

société française. Le camp des Africains, le squat des Égyptiens, la maison Victor Hugo, les hangars, les bords d'autoroute, sous les ponts, j'ai vu. J'ai vu que rien ne change.

Calais est une ville frontalière, dont on entend parler à la radio pour ses morts, les tentatives de traversées, les camps d'infortune. La "new jungle" a marqué pour moi l'arrêt des visites dans les camps. Spectaculaire, hyper-médiatisé, insalubre, ce nouvel espace à la marge a convoqué mon écoeurement qui s'est accumulé pendant des années. Je ne savais plus où poser mes yeux, je fuyais le regard des exilés, c'est le malaise calaisien. Aujourd'hui, je n'arrive plus à aller dans les camps, je ne parviens plus à m'agripper à ma distance professionnelle. Le sentiment de honte, la culpabilité de ne rien pouvoir faire, la lassitude à écouter sans cesse leurs souffrances a suscité en moi une difficulté croissante à regarder dans les yeux les exilés dans cette condition. Cela m'a poussée à m'interroger sur ma position personnelle par rapport à ces personnes et, plus globalement, sur la société d'accueil à laquelle j'appartiens. Aujourd'hui, je veux travailler sur ces personnes qui dans la société réfléchissent à comment accueillir et s'adapter aux exilés. Parce que le monde médical est porteur de ces valeurs fortes, je me suis engagée dans ce travail d'observation avec les professionnels de santé. C'est la faiblesse mais aussi la force de ce travail que de m'être concentrée sur la parole discrète des soignants, d'observer leurs pratiques et d'avoir documenté une médecine calaisienne encore jamais retranscrite jusque-là.

Une microsociologie du travail médical : les méthodes de l'enquête

Pour intégrer l'hôpital en tant qu'étudiante de master, puis de doctorat, il m'a fallu passer plusieurs entretiens avec la "cadre santé", la direction des soins et la direction des affaires générales. Les consignes étaient claires et je m'y suis tenue en envisageant l'hôpital comme une maison au sein de laquelle je suis invitée, ce qui m'oblige au respect et, dès lors, à ne pas étaler mes pieds sur la table en arrivant. Parmi les requêtes de la direction, je devais signaler par un mail adressé au médecin coordinateur chacune de mes venues. Puis, d'autres exigences relatives à la sécurité, au secret médical et à l'hygiène ont été émises comme, à titre d'illustration, l'interdiction d'intervenir physiquement pour venir en aide aux médecins ou aux patients. Journaliste à *La Voix du Nord*, j'ai dû segmenter mes rôles afin d'écartier tout conflit d'intérêt. Il a été décidé que je ne réalise plus de reportages concernant l'hôpital.

J'ai dû me forger une barrière déontologique entre ces deux casquettes et me suis retrouvée parfois dans une position inconfortable : du côté de ma rédaction par exemple, lorsque des collègues me demandaient des informations sur l'hôpital que j'ai refusé de donner ; et du côté de l'hôpital, certains enquêtés me percevaient plus comme une journaliste qu'une étudiante, de sorte que je devais sans arrêt distinguer les deux rôles. J'ai réalisé durant ces six années des allers-retours entre le terrain et la théorie à la façon de la *grounded theory* où les hypothèses naissent du terrain, où le raisonnement est inductif, puis situé dans un cadrage sociologique (Pettigrew, 2000). Ce travail s'appuie par conséquent sur des observations de terrain non-participantes. L'idée est que ces dernières me permettent de construire une microsociologie du travail médical. Le choix de ma non-participation s'explique par le besoin de garder une distance, un recul par rapport aux faits, une volonté d'être la plus invisible et discrète possible afin qu'on oublie ma présence. De plus, je n'ai pas l'âme militante et suis peu volontaire pour me plonger dans le cœur de l'action. Le recul est selon moi un garde-fou ; il rappelle sans cesse cette distance qu'il faut maintenir avec son objet de recherche [cf. Encadré. Numéro 2].

Encadré numéro 2. Interrogations éthiques autour de ma présence

Réaliser une enquête de terrain sur un lieu intime et auprès d'une population dont on suppose qu'elle subit un processus de domination symbolique est extrêmement mal commode pour l'enquêteur. Ce sentiment de malaise qui naît de ma seule présence m'a amenée à me poser des questions éthiques. Dois-je me présenter auprès de chaque patient ? En principe oui mais le rythme de travail intense ne le permettait pas toujours. Selon les médecins vacataires, certains demandent au patient son accord, d'autres non, mais ceux qui le font, l'oublient au bout des cinq premières consultations. Il est vrai que je voyais des regards de patients interrogatifs pointés vers moi alors j'essayais d'adopter un comportement, des poses et regards qui ne soient pas évaluateurs ou qui donnent l'impression que je ne suis pas là pour obtenir des informations contre eux.

Devais-je me fondre dans l'équipe ? Je ne portais pas de blouse – on m'avait parlé de m'en donner une lors d'un entretien préalable - mais je n'en ai pas reçue et j'ai abandonné l'idée aussi parce que, sans blouse, les patients me posaient déjà des questions comme si j'étais un soignant et cet effet aurait été décuplé si j'avais porté ce vêtement de travail. Sous l'effet des regards méfiants des patients à mon égard, il est vrai que j'ai hésité à porter un badge présentant mon rôle. J'essayais à l'occasion de donner la raison de ma présence, en salle d'attente ou lors de conversations informelles. De manière générale, je parcourais les pièces avec un calepin pour créer des discussions.

J'avoue aussi que, sachant qu'une thèse préserve l'anonymat, j'avais moins de scrupules dans ce cadre que je n'en ai eus en réalisant un documentaire⁴: à ce moment-là, en effet, j'ai pris un maximum de précautions car il s'agissait de figer en image des visages pour la télévision. Avec du recul, je pense que le dispositif utilisé pour la réalisation du documentaire, qui consistait à mettre des affiches traduites avec icônes pour prévenir de ma présence, aurait pu être utilisé pendant la thèse.

⁴ *Les soignants de l'exil*, produit par Les Docs du Nord, diffusé sur Wéo.

Une fois intégrée dans ce lieu, j'ai bénéficié d'une entière liberté pour réaliser ce travail. Je me suis retrouvée assez vite en salle de consultation. Je me tenais debout derrière une armoire basse dans les premiers temps, puis j'ai pu m'asseoir sur un tabouret dans un coin de la salle ; en salle de soin, je me mettais à tourner autour des patients en suivant les mouvements des infirmiers. J'ai été plongée tout de suite dans l'intimité des patients et on me demandait de sortir ou je sortais volontairement dès que la personne devait se déshabiller par respect pour lui comme pour moi. Je n'avais pas de grille d'observation et je notais tout ce que mes sens repéraient ainsi que les échanges. J'ai complété ces observations démarrées en 2013 par une trentaine d'entretiens semi-directifs enregistrés entre 2013 et 2019 (avec des aller-retour pour préciser des idées) sur le lieu professionnel et réalisés auprès de soignants qui ont exercé à la PASS depuis 2006. Pour cela, j'ai dû réaliser une recherche de contacts en direction de tous ceux qui y avaient travaillé et en étaient partis, de manière à avoir suffisamment d'entretiens, et aussi l'aperçu le plus complet de la situation. Les professionnels de santé m'ont gracieusement accordé de leur temps malgré un rythme de travail soutenu. J'ai essayé d'obtenir au minimum une heure et demi d'entretien et j'ai pu en répartir certains sur plusieurs plages horaires ce qui m'a permis de discuter en profondeur avec ces professionnels. Ces entretiens ont été complétés par des échanges avec des cadres du centre hospitalier, des discussions informelles avec des bénévoles d'associations, des soignants indépendants, des patients et tous ceux que j'ai rencontrés pour le documentaire *Les soignants de l'exil*, réalisé en 2018-2019.

La restitution de ce travail s'effectue sous forme ethnographique et se trouve à la croisée de trois styles d'écriture [cf. Encadré. Numéro 3].

Encadré numéro 3. Entre écriture documentaire, journalistique et académique

J'entretiens avec Calais plusieurs rapports. D'abord, je réside dans cette ville ; je suis donc interpellée au quotidien par ce qui s'y passe et ce que je vois : l'injustice sociale à l'égard des exilés, le renforcement sécuritaire, les luttes militantes, les réactions des habitants. Mon métier de journaliste m'offre un autre regard sur ce territoire : une vision plus large à l'écoute de l'actualité nationale et internationale. En parallèle, la réalisation du documentaire *Les soignants de l'exil* m'a aidée à développer mes sens et à les retranscrire : en effet, j'ai dû m'attacher et m'attarder sur les regards, les déplacements et les gestes des patients et des soignants. Visionner, re visionner, re visionner les rushes m'a permis de déterminer les interactions significatives. Si l'écriture journalistique est courte, simple et basée sur les faits, l'écriture documentaire est, par contre, plus longue et s'accorde le droit à la poésie et à la création. L'écriture académique est encore d'une autre nature, plus rigoureuse, complexe et ardue. J'ai dû jongler entre ces trois écritures tout en concevant cette thèse comme un livre à publier. La lecture de ce travail donnera surtout la sensation d'une écriture relevant plutôt de la sociologie visuelle - discipline en émergence dans la recherche (on pense aux travaux d'Éliane de Latour (2007)) - et à mi-chemin entre ces trois formes d'écritures. Cela peut apparaître comme une faiblesse dans le monde académique mais j'espère montrer qu'elle peut se révéler être une force mêlant le rapport aux faits, à la science et aux sens.

Ce travail est aussi enrichi de commentaires de professionnels qui ponctuent le rythme de l'ethnographie. Il s'inspire en cela de l'ouvrage de Jean Peneff *L'hôpital en urgence* (1992), de l'ouvrage *Le médicament qui devait sauver l'Afrique* (2011) de Guillaume Lachenal ou encore de *Bien mourir* (2003) de Michel Castra. La méthode déployée "suppose l'observation directe de pratiques, le recueil de paroles en situation et la collecte d'objets produits par le fonctionnement social en dehors de la sollicitation du chercheur. L'entretien s'ajoute à cela, pour recueillir une formulation par les interlocuteurs du sens qu'ils donnent à la situation dans laquelle ils s'inscrivent, mais il ne peut se suffire à lui-même" (Fournier, Hatzfeld, Lomba et Muller, 2008). Cette méthode a été utilisée

initialement par Robert Park. Il s'agit alors bien de donner à voir, de procéder à la transformation "du regard en langage (...) en interrogation sur les rapports du visible au dicible ou plus exactement du visible au lisible" (Laplantine, 2010).

Le passage du journalisme à la sociologie, de la sociologie au documentaire

Journaliste à *La Voix du Nord*, je me suis alors empressée de lire Robert Park pour m'aider dans mon positionnement et apprendre, tel un "super reporter", à coupler journalisme et sociologie. "Du reporter au chercheur, la pratique du journalisme est ici entendue comme un modèle d'immersion dans le terrain, une façon de s'impliquer et de se confronter au sujet, de ne pas tenir la réalité à distance mais de la prendre à bras-le-corps – ce qu'il nommera la méthode du *depth reporting*. Et, à l'inverse du mythe exotique du grand reporter qui suscite la curiosité par le lointain, c'est au plus près et au plus proche, donc au plus difficile et au plus aléatoire, que travaille Park" (Mulhmann et Plenel, 2018).

Le journalisme se différencie de la sociologie d'abord parce qu'il traite l'événement, le fait d'actualité, le fait divers. Le sociologue analyse les questions de société que ce fait traduit et recontextualise cet événement dans une histoire et des concepts sociologiques travaillés depuis des années. La sociologie, c'est aussi l'opportunité d'écrire plus long, là où, en journalisme, le calibrage et les contraintes de lignage sont de plus en plus forts. C'est la possibilité aussi d'affiner ses qualités d'observation sur un temps plus long.

Le journalisme m'a apporté beaucoup dans ce travail sociologique à la fois pour trouver les contacts facilement puisqu'une des bases du journalisme est aussi de se constituer un carnet d'adresses, pour croiser les sources et tendre vers une vérité. Là où il me pénalise c'est dans l'écriture puisque j'utilise des mots simples, compréhensibles par tous et j'ai une difficulté à employer des termes académiques.

Le passage de la thèse vers le documentaire est simple et est parti de l'envie de partager avec le public les scènes de vie à la PASS auxquelles j'assistais. Le documentaire de création propose une sensibilité visuelle et est un catharsis

émotionnel aussi. Il permet aussi de mettre en images des idées et des faits mêlant ainsi sociologie et documentaire.

En parallèle, j'ai dressé une chronologie des événements migratoires à Calais étant donné que le terrain s'est transformé au gré des décisions politiques locales et nationales. Le contexte de fond est à connaître lorsqu'on travaille sur la migration car cela a, localement, des répercussions directes. Dans ce travail, j'ai fait apparaître en encadrés grisés des extraits significatifs ou longs et descriptifs des carnets de terrain. Les encadrés en fond jaune sont des digressions qui, me semble-t-il, sont utiles pour élargir la réflexion de manière plus macrosociologique. Les lecteurs trouveront aussi des documents du centre hospitalier de Calais et des photos qui précisent le propos.

Les contours de la médecine à la frontière

Calais est à bien des égards la ville symbole de l'indignité de l'accueil réservé aux exilés - définis dans ce travail comme des individus vulnérables subissant ces trois épreuves de vie : l'errance, l'incertitude migratoire et l'arrachement au pays.

Quels sont les effets de la frontière sur une institution comme l'hôpital ? Sur les professionnels de santé et sur leurs pratiques professionnelles ? Quels sont les dommages corporels sur les patients exilés ? Quels sont les freins aux soins ? Quels sont les leviers pour les dépasser ?

Comment un "lieu-frontière" redéfinit un espace social ? Comment des politiques sécuritaires répressives qui visent les exilés finissent, par extension, par s'étendre vers des acteurs professionnels, des agents de l'Etat ?

Cette thèse nous plonge dans une découverte du travail médical des soignants de la PASS. La microsociologie m'a permis de détecter les détails quotidiens qui forment la médecine à la frontière et démontrent en quoi elle est atypique et spécifique. Documenter les répercussions de la frontière sur les corps des patients et montrer comment elles bouleversent les pratiques professionnelles est aussi l'objectif de ce travail. Car la frontière pose de nombreuses limites aux soignants. Pour autant, la puissance de cette médecine réside dans le

fait que malgré les multiples freins au soin, les professionnels usent de diverses tactiques pour les dépasser. Malheureusement, je montrerai aussi que l'absurdité de la frontière a eu raison de quelques bonnes volontés. Que la dimension politique et l'actualité migratoire sur le territoire mettent aussi en exergue l'ambivalence de la prise en charge auprès des exilés.

Alors que dans deux chapitres, nous croisons les épreuves de l'exil telles l'incertitude migratoire et l'errance à la sociologie de la santé ; dans le quatrième chapitre, nous croisons cette dernière avec l'arrachement au pays. Nous verrons que cette rencontre médicale avec l'altérité donne lieu à des reconfigurations du soin qui permettent de repenser la relation soignant-soigné au prisme de l'exil compris comme déracinement social et culturel. Le colloque singulier (Hardy, 2013) se transforme en un trio où l'interprète est un intermédiaire. La dimension culturelle imprègne les consultations et oblige les professionnels à adapter leurs pratiques s'ils veulent soigner les exilés désaffiliés. Nous constaterons qu'il existe bien des écueils et que le retour aux valeurs fondatrices et gestes de base de la médecine clinique semble apporter une réponse pour réduire l'écart culturel, rapprochant ainsi un peu les professionnels de leurs patients.

Tout au long de ce travail, pour évoquer la patientèle de la PASS, je reprendrai le terme "précaire" employé par l'institution hospitalière dans le sens où il correspond à un public dépourvu de couverture sociale, qui rencontre des difficultés d'accès aux soins (administratives, financières, etc.). Toutefois, puisque les exilés rencontrent des obstacles, et pas seulement au niveau de leur vie biologique mais sur bien des aspects de leurs vies publiques et intimes, j'aurai surtout recours à la notion de désaffiliation sociale de Robert Castel (1995) définie comme une dissociation du lien social, un décrochage par rapport aux régulations. En effet, il me semble que l'exil plonge ces populations en mouvement vers un étiolement des relations physiques avec leurs proches et de la vie familiale, une perte du travail et de la vie professionnelle, une perte de reconnaissance de leur statut en passant d'une société à laquelle ils appartiennent vers une société étrangère.

Ma thèse sera donc organisée autour de quatre grandes réflexions. La première sera consacrée aux "soignants de l'exil". Qui sont ces professionnels qui travaillent à la PASS ? Quels sont leurs parcours ? Quelles sont leurs représentations de la migration ? Qu'en est-il de leurs motivations ou de leurs valeurs ? Je tente de définir leurs identités professionnelles

en essayant de les replacer dans le paysage hospitalier en me référant à la sociologie du travail hospitalier (Belorgey (2010), Castra (2003)). J'aimerais délimiter leur action à la lumière de la sociologie du travail humanitaire et social. Nous verrons à l'issue de cette réflexion que les professionnels de la PASS constituent un segment professionnel (Strauss *in* Baszanger, 1992) caractérisé au sein de l'hôpital.

En second lieu, je m'intéresse à l'organisation de travail au sein de la PASS qui, nous le verrons, s'ajuste en permanence aux déplacements migratoires. Ainsi, les observations réalisées sur un temps long m'ont permis de constater que la structure est polymorphe : l'hôpital peut ressembler à un "lieu-refuge" tout comme il peut devenir une "barrière immunitaire" lorsque les enjeux de santé publique s'intensifient. Ces métamorphoses ont des répercussions directes sur l'équipe médicale qui est amenée à s'adapter en permanence. Cette spécificité liée directement à l'actualité migratoire sur le territoire met aussi en exergue l'ambivalence de la prise en charge auprès des exilés.

Dans un troisième temps, nous découvrirons le travail médical des soignants de la PASS. Cette microsociologie m'a permis de détecter les détails quotidiens qui forment la médecine à la frontière et démontrent en quoi elle est atypique et spécifique. L'idée est de documenter les répercussions de la frontière sur les corps des patients et de montrer comment elles bouleversent les pratiques professionnelles. La frontière pose de nombreuses limites aux soignants. Pour autant, la puissance de cette médecine réside dans le fait que malgré les multiples freins au soin, les professionnels usent de diverses tactiques pour les dépasser. Malheureusement, je montrerai aussi que l'absurdité de la frontière a eu raison de quelques bonnes volontés.

Enfin, nous verrons que cette rencontre médicale avec l'altérité donne lieu à des reconfigurations du soin qui permettent de repenser la relation soignant-soigné au prisme de l'exil compris comme déracinement social et culturel. Le colloque singulier (Hardy, 2013) se transforme en un trio où l'interprète est un intermédiaire. La dimension culturelle imprègne les consultations et oblige les professionnels à adapter leurs pratiques s'ils veulent soigner les exilés : nous constaterons qu'il existe bien des écueils et que le retour aux valeurs fondatrices et gestes de base de la médecine clinique semble apporter une réponse pour réduire l'écart culturel, rapprochant ainsi un peu les professionnels de leurs patients.

Au regard de l'ensemble de ce travail, nous pouvons nous interroger sur l'émergence d'une médecine à part entière ou alors d'un nouveau segment professionnel dans la médecine des précaires ? Comment la médecine de l'exil vient-elle repenser la médecine des précaires

? Peut-elle s'extraire de cette dernière ? Une "désingularisation" des patients est-elle réalisable sans contribuer à leur mise à l'écart du bien soigner ?

CHAPITRE 1

LES SOIGNANTS DE L'EXIL

S'intéresser aux contours de la médecine à la frontière, c'est d'abord commencer par définir l'identité professionnelle des acteurs de santé qui travaillent auprès des exilés. Nous montrerons, dans ce premier chapitre, que soigner les exilés à la frontière et s'engager auprès d'eux relève surtout d'un concours de circonstances. Néanmoins, les professionnels possèdent dans leur grande majorité une fibre pour l'humanitaire et surtout ils éprouvent un sentiment de compassion à l'égard des patients placés en marge du soin. Et dès lors, c'est bien en travaillant dans un service dédié aux plus précaires qu'ils peuvent ainsi répondre à leur mission.

I. Des professionnels de santé inscrits dans une unité de soins marginalisée

Des infirmiers, une secrétaire et un interprète, présents quotidiennement du lundi au vendredi, des vacations de médecins, de dentistes et d'une psychologue permettent, avec une assistante sociale, de faire fonctionner la PASS. Certains de ces médecins sont issus du monde libéral, d'autres de l'hôpital ; les uns sont engagés dans des missions humanitaires, les autres ne le sont pas ; certains, enfin, sont français, d'autres afghans, d'autres en situation de reclassement professionnel, mais tous ne le sont pas. La PASS est par conséquent un agrégat atypique de différentes identités professionnelles et, en même temps, un lieu d'échanges où peuvent aussi circuler des savoirs.

A. Travailler à la PASS : une opportunité plus qu'un choix professionnel

Il ressort des entretiens que les soignants ont plus ou moins d'expérience auprès des exilés : il y a ceux (dix entretiens) qui les connaissent depuis le camp de Sangatte (1999-2002) et ceux (dix-huit entretiens) qui les ont connus récemment lors de la "new jungle" (2014-2016) ; des médecins ont travaillé à la PASS Coubertin (avant 2012), à la PASS CH et à la PASS Ferry, d'autres ont quitté la PASS. Nous verrons que celle-ci brasse des profils professionnels très variés ce qui se ressent dans son fonctionnement, notamment à travers l'exploitation des compétences de chacun : la structure médicale repose beaucoup sur le savoir-faire et savoir être du personnel. Nous parcourrons dans ce chapitre à la fois les profils

et trajectoires professionnels des soignants tout en nous penchant sur les modalités de recrutement qui influencent aussi la dynamique de travail au sein de la PASS.

1. Des trajectoires plurielles : du médecin retraité à l’infirmière en reclassement

La PASS a été fréquentée par des soignants âgés entre 23 et 68 ans qui, s’agissant des médecins (treize entretiens enregistrés), sont exclusivement des hommes, à l’exception d’un médecin femme afghane arrivée en 2015. On observe en revanche une certaine mixité dans le corps infirmier (huit entretiens enregistrés), tandis que les dentistes, pour leur part, sont exclusivement des femmes ; il y a aussi plus de femmes que d’hommes (deux sur trois) parmi les psychologues (quatre entretiens enregistrés). Pour des raisons d’anonymat, nous “féminiserons” les psychologues afin que les propos du seul homme soient protégés et nous “masculiniserons” les cadres (cinq entretiens enregistrés) dans le même but. Il existe une diversité de profils professionnels à la PASS qui concourt à engendrer une dynamique participative avec notamment des échanges de savoirs techniques - dynamique qui doit toutefois être nuancée, certains soignants se montrent critiques. Nous constaterons aussi que cette diversité s’explique par une carence de postulants, ce qui oblige la hiérarchie à mobiliser les “bonnes volontés” en puisant dans divers services et en recourant aussi aux soignants exilés.

Chacun des professionnels a ses raisons de s’être orienté vers le soin ; elles sont puisées dans l’enfance ou dans leur histoire propre (“*Ma mère est décédée d’un cancer alors je me suis dit que si je devenais médecin, je pourrai aider les femmes afghanes.*” Un soignant), auprès d’une figure modèle, s’enracine une appétence pour les matières scientifiques (“*J’aimais bien la biologie.*” Un médecin) ou procèdent - classiquement - des hasards d’une vie (“*Je voulais être vétérinaire, finalement, je suis partie vers le dentaire*”, raconte une dentiste. “*Je voulais travailler dans les langues mais mon père voulait que je sois médecin*”. Un soignant exilé). Il est très difficile d’élaborer des “catégories” tant les profils et parcours des professionnels sont variés. Néanmoins, j’ai essayé d’en dégager deux en fonction des espaces d’intervention et du type de médecine. Ces deux catégories, je les subdivise ensuite en trois sous-catégories, en fonction des missions exercées et des parcours professionnels. La PASS est un mélange entre professionnels du “dedans” (milieu hospitalier) et du “dehors”(ville) - faute de volontaires au sein de l’institution. Dans ce contexte, Médecins du Monde a souhaité que ses bénévoles soient rémunérés par l’hôpital s’ils intervenaient en son sein et a martelé sa volonté de ne pas se substituer à l’État en précisant ne pas avoir vocation à rester et donc à ne pas financer les vacances des

intervenants à l'hôpital.

La première catégorie, qui correspond à ces soignants du “dehors”, est celle des “praticiens libéraux”. Nés en grande majorité en France, ils sont médecins, dentistes ou psychologues. Ces soignants ont choisi de s'orienter vers l'activité libérale parce qu'il ne leur était pas possible naguère de pratiquer la médecine générale à l'hôpital. La plupart ont leur propre cabinet ; quelques-uns travaillent au sein d'une maison pluridisciplinaire. Une dizaine de ces médecins effectuent des vacations à tour de rôle à la PASS au sein de l'hôpital et ne sont pas salariés de cette institution. Dans leur cabinet de ville, ils croisent rarement des patients exilés puisque la plupart d'entre eux ne peuvent y accéder en raison de leur situation juridique et administrative. C'est donc à la PASS ou dans le cadre d'ONG installées dans le Calaisis que ces médecins les découvrent pour la première fois. En règle générale, ceux-ci ont tous une attirance pour l'humanitaire et certains ont effectué des missions en Afrique principalement dans des pays anciennement colonisés. Et d'ailleurs, avant d'intégrer la PASS, beaucoup intervenaient en France au sein d'ONG telles que Médecins du Monde ou Médecins sans frontières.

La deuxième catégorie est celle des “soignants salariés de l'institution”. Elle regroupe surtout les infirmiers (neuf rencontrés) qui sont issus du monde hospitalier et ont travaillé dans des services spécialisés (pneumologie, réanimation, traumatologie...). On recense aussi quelques médecins qui ont préféré effectuer leur carrière à l'hôpital avec, parmi eux, un urgentiste, un pédiatre à la retraite, un pédopsychiatre. De cette catégorie, nous pouvons distinguer trois sous-catégories significatives. En premier lieu, ceux que l'on appellera les “philanthropes des étages”. Ce sont ces soignants qui ont migré d'un service spécialisé vers la PASS, ou qui ont circulé de services en services, à l'instar du médecin-coordonateur de la PASS qui est également actif aux urgences, dans le service gériatrique, au centre de rétention administrative et au centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), ou encore comme cet infirmier qui travaillait en traumatologie, aux urgences, et qui oeuvre désormais à la PASS. Ces soignants ont acquis des compétences et expériences liées à chacun des services qu'ils ont traversés. À la PASS, ils deviennent des sortes de piliers sur lesquels peuvent s'appuyer les novices. Puis, deuxième sous-catégorie, nous trouvons les “médecins exilés” qui sont à la PASS au nombre de quatre. Originaires d'Afghanistan, ils ont été recrutés en 2015 pendant l'épisode de la “*new jungle*”. Comme leurs patients, ces soignants ont fui la guerre et ont emprunté les routes de l'exil avec comme avantage plus ou moins certain - pourrait-on dire - de se singulariser aux yeux des bénévoles de la société d'accueil qui les repèrent

du fait de leur qualité de médecin (Tisserand, 2019). Ces soignants sont parfois passés par une expérience dans l'interprétariat en France aux côtés d'associations. L'hôpital a aussi eu recours à l'embauche d'interprètes afghans, soudanais, érythréens qui sont d'anciens exilés arrivés à Calais ou à Sangatte. Les soignants exilés exercent dans un contexte où leurs statuts de professionnels étrangers peine encore à évoluer (Déplaud, 2011), car ils restent "invisibilisés" (Wolmarck, 2012). Ces soignants exilés qui exercent à la PASS recomposent le trombinoscope médical de l'hôpital. En effet, leurs profils sont différents de ceux des médecins étrangers recrutés dans les années 1990 et qui proviennent surtout de pays anciennement colonisés ou placés sous protectorat français. Les médecins afghans forment ainsi une minorité parmi les médecins extra-communautaires puisque leur origine n'apparaît pas parmi les dix principaux pays des médecins nés en Europe ou hors d'Europe et exerçant en France (Cnom, 2014).

Enfin, parmi le personnel hospitalier, nous trouvons "les soignants reclassés". Diverses raisons viennent expliquer un tel reclassement professionnel : un arrêt maladie prolongé, un épisode de harcèlement, de l'épuisement ou du mal-être professionnel. Nous avons l'exemple de cette infirmière expérimentée en bloc opératoire qui indique avoir été victime de harcèlement, ou cette autre infirmière qui, à cause de problèmes de santé, ne peut plus soulever de charges lourdes ou encore cette autre soignante qui ne supportait plus son service. Ces soignants ont donc des trajectoires professionnelles qui ont été bouleversées et ils se retrouvent en situation de fragilité ou de vulnérabilité. Le profil de ces professionnels reclassés en dit aussi long sur le malaise des soignants dans les "services des étages", un malaise qui n'est pas propre à l'hôpital de Calais mais lié à la situation française, comme en ont témoigné les récentes manifestations de 2018-2019.

Les soignants, dans leur majorité, ont suivi des études classiques pour obtenir leur diplôme parfois en travaillant pour financer leurs études. L'un d'eux raconte : "*j'étais fils d'ouvrier, j'ai été pion dans un internat d'une boîte à curé, puis je suis allé chez Usinor pour payer mes études et mon logement*". Ce médecin a pu s'installer en cabinet par la suite. Si l'on compare les parcours, on note que c'est au cours de leurs premières années de travail qu'ils se distinguent selon leurs préférences professionnelles. Certains médecins s'orientent vers l'hôpital pour exercer une spécialité particulière ou par amour du service public, tandis que d'autres préfèrent la médecine libérale. Des infirmiers se sentent plus "*infirmiers relationnels que techniques*" (une infirmière) alors que d'autres apprécient les deux dimensions du métier. Un autre infirmier adore par exemple les défis : poser des cathéters ou piquer des patients qui ont des petites veines très fines car "*quelqu'un qui a des autoroutes, pour moi ce n'est pas marrant !*"

Il existe, parmi ces soignants de la PASS des parcours qui sont plus originaux que d'autres. En effet, tous ne sont pas de purs produits du monde médical. Ainsi, une psychologue a d'abord travaillé dans les ressources humaines en entreprise avant d'intégrer l'hôpital. De même, un ancien salarié d'imprimerie s'est reconverti pour devenir infirmier tandis qu'une psychologue était anciennement traductrice. On note aussi que chacun a des centres d'intérêt qui enrichissent les profils professionnels : une infirmière a ainsi réalisé un mémoire sur la place de la spiritualité dans le soin, par exemple ; un médecin généraliste à la soixantaine, a passé son diplôme de psychiatre et, de même, une infirmière validé des compétences en psychiatrie transculturelle. Une cohabitation entre soignants plutôt sédentaires (médecins libéraux) et polyvalents (salariés de l'hôpital) se forme à la PASS. Cette ouverture à la médecine libérale est peu commune. Nous verrons que ces différences de cultures médicales sont sources de partage et de tensions.

2. Un éclectisme professionnel tangible et tangent

Venus de divers horizons, nous verrons que les soignants donnent - de par leur subjectivité - un ton singulier à l'organisation de la PASS. Les soignants de l'exil "n'arrivent pas vierges" (Dubar, 2008) dans le service ; ils mobilisent leurs compétences qu'ils adaptent afin de soigner les exilés. Ils sont le plus souvent "*mis en situation*" sur le terrain : ils apprennent sur le tas et par expérience auprès de leurs collègues. "*C'est par les stages que j'ai appris tous mes soins. Les pansements d'escarres, j'en avais déjà fait avant. On avait des plaies post-op' [post-opération], (...) on avait des soins avec des ablations d'agrafes, de fils, comme j'avais fait de la chir' ça m'avait aidée. Et puis, il y avait des techniques que des collègues m'ont montrées, des petites astuces aussi*", explique une infirmière. Cette diversité professionnelle, tangible, mesurable, enrichit les pratiques puisque, nous le verrons, se met en place un troc de savoir-faire. Mais cette diversité est aussi tangente : l'autonomie de travail n'est, par exemple, pas perçue de la même manière par les intervenants libéraux et les hospitaliers. Pour les premiers, elle semble créer des déconvenues, tandis que pour les seconds, elle est vue comme un gage de responsabilité.

a. Une dynamique participative : un troc de savoir-faire

La diversité des profils, les multiples savoir-faire donnent lieu à des échanges de pratiques innovants et riches. On le voit ici à travers l'exemple de cet infirmier qui, à la PASS, a partagé ses compétences acquises dans le service traumatologie : "*Il y a des*

protocoles de soin que je connaissais, que mes collègues ne connaissaient pas parce qu'eux n'avaient pas fait ça, enfin tu te sers de l'expérience.” Il explique avoir transmis à ses collègues, le protocole des grands brûlés : *“Pour une brûlure, c'est un mélange de bétadine gel, de vaseline avec un pansement gras, c'est un protocole qui est mis sur Lille au service des grands brûlés que j'ai appris en traumatologie.”* Ce même infirmier a indiqué qu'il s'imprégnait aussi du travail effectué par la dentiste qui lui a permis d'enrichir ses connaissances médicales. Le transfert de compétences s'est aussi effectué entre les soignants jeunes et des soignants plus âgés. *“Les plus jeunes souvent faisaient appel à moi ; ils disaient: 'Viens voir le pansement'. J'ai eu mon rôle parce que j'avais une certaine expérience, je pouvais donner mon idée, [je montrais et répondais] : 'Là, tu mets ça sur le pansement’”,* décrit une infirmière. Un de ses collègues utilise à plusieurs reprises des termes comme *“mettre son grain de sel”, “apporter sa pierre à l'édifice”,* des métaphores qui témoignent de l'apport de chacun.

Les soignants français et exilés échangent aussi des savoirs sur la culture médicale des patients et sur les différences entre les systèmes de soin. L'expérience à la PASS est aussi une première approche pour se familiariser avec les pratiques professionnelles liées au système de soin français. Les médecins afghans ont fait des études dans des universités créées entre autres par la France, ou dont le contenu des cours est influencé par l'Occident (Jonquet, 2005). Cependant en France, ils doivent s'adapter à un modèle sanitaire qu'ils jugent - positivement - *“plus strict”* en matière de normes et les réglementations (Azria, 2013 ; Belorgey, 2010). L'un des soignants exilés le résume bien : *“La médecine ici est plus standardisée. L'hôpital a des protocoles, par exemple pour le traitement de [la] gale, c'est spécifique, et aussi pour la douleur et les infections : on ne peut pas prescrire un antibiotique comme cela, il y a un protocole. En Afghanistan, il n'y a pas beaucoup de protocoles. C'est plus de liberté mais ce n'est pas bien en termes de santé publique, car très vite le médecin va prescrire un antibiotique et c'est comme ça que cela crée des résistances.”* Un médecin français a d'ailleurs constaté que ces soignants prescrivaient beaucoup d'antibiotiques, il leur a alors conseillé de diminuer cet usage systématique. Cet échange de bons procédés ou ce type de transferts de connaissances n'est bien sûr pas propre à la PASS et se retrouverait dans divers services, comme l'indique une cadre qui s'est longtemps occupée de la PASS avant d'être rattachée au pôle chirurgie. Des tutorats officiels existent ce qui n'exclut pas la mise en place, parallèlement, d'une forme de *“compagnonnage”* ou encore de démarches d'autoformation initiées par les soignants eux mêmes. Cette polyvalence des compétences façonne un service de soin. Les médecins de ville ou des services hospitaliers spécialisés sont aussi amenés à changer leurs pratiques. C'est ce qu'a aussi pu constater Julie Cellier

(2019) au refuge solidaire de Briançon : “Il [un médecin retraité en chirurgie orthopédique de l’hôpital de Briançon] a lui-même modifié sa pratique en laissant beaucoup plus de temps à l’expression de la parole pour comprendre la source des douleurs, bien souvent somatique, l’étiologie du trouble redevenant centrale pour le résoudre et emmenant à un nouvel exercice qui ‘ne s’arrête pas à juste donner le médicament.’” Pour certains, il faut remettre à jour leurs connaissances comme ce pédiatre à Calais qui vérifiait les posologies dans le Vidal⁵. On pense aussi à cette soignante afghane qui en France a soigné pour la première fois des hommes.

Ces multiples singularités professionnelles suscitent au sein de l’équipe des arrangements, mais aussi des désaccords, qui façonnent et font évoluer l’organisation interne de la PASS.

b. Divergences sur l’autonomie soignante

Matériel, créneaux horaires, ajustements, etc. : l’organisation de travail à la PASS est co-construite, notamment lors de concertations entre le cadre de santé et le médecin coordinateur. “*Nous sommes au soin des soignants qui prennent soin des patients*”, est une expression que mobilise volontiers un cadre. Les soignants de l’équipe PASS pouvaient au départ, lors de la création de la PASS en 2006, participer aux comités de pilotage ce qui n’est plus le cas. Lors de l’installation de la structure près du nouvel hôpital, une réflexion conjointe entre l’équipe et les cadres a été menée afin de déterminer l’organisation de l’espace (Comment s’y projeter ? Faut-il une ou deux salles d’attente ?). Mais au-delà de l’installation, l’organisation du service fait surtout l’objet de discussions quotidiennes au niveau de l’équipe. Le rangement de l’armoire à pharmacie donne à voir ces aménagements entre les membres de l’équipe. Chaque infirmier avait sa propre organisation qui venait se télescoper avec celle d’un autre, et ce d’un jour à l’autre. “*Après moi je suis carré donc j’ai besoin que tout soit rangé. Dans les autres services c’est comme ça, tout est plus ou moins bien rangé, les chariots tout ça, la pharmacie doit être tenue en ordre (...) Quand je suis arrivé, j’avais un regard neuf. Après d’autres personnes sont venues et ont dit : ‘Tiens ce serait mieux là’ et puis finalement on s’est dit : ‘Ah ouais t’as raison, c’est mieux là, c’est mieux dans cette disposition’*”, explique un infirmier. Finalement, l’équipe a tranché en faveur d’une disposition qui privilégie le sens pratique plaçant les médicaments couramment

⁵ Livre de référence des professionnels de santé avec les fiches médicaments, parapharmacie, substances, etc.

utilisés au premier rang et qui regroupe les médicaments d'un même protocole. La proposition d'un café aux patients a fait l'objet d'un débat qui met en jeu les comportements de chacun vis-à-vis des patients et les limites de la bienveillance qu'ils doivent s'imposer. Pendant la pause-café, deux soignants et l'interprète se retrouvent et débattent d'un cas de figure. L'un des infirmiers partage le café avec les patients qui se font soigner, l'autre dit qu'il ne le fait pas. L'interprète, lui, n'a pas aimé cette situation car le patient a bu du café et en a partagé avec ses amis dans le couloir sous le regard de ceux qui n'en ont pas eu ; il disait qu'il fallait que cette pratique reste cantonnée à la salle de soins. Finalement, il a été décidé d'offrir le café seulement à l'abri des regards [Carnet de terrain, 2014].

Par ces échanges, le noyau dur de la PASS (celui qui est présent quotidiennement) pourrait à la limite être rapproché de ce qui se joue parfois dans les mouvements citoyens de démocratie participative - *bottom up* - qui élaborent des idées, prennent des initiatives et délibèrent. Ils sont des acteurs "actifs" qui proposent, débattent, se concertent ; ils constituent un collectif informel et spontané. Si "décider est le produit d'une intention" (Thuderoz, 2017), à la PASS, c'est certainement l'intention d'apporter plus d'organisation, de clarté dans le service et de trouver des solutions pour faciliter le travail qui sont prédominantes. Et il semble que dans ce domaine, les soignants disposent d'une latitude pour agir. En théorie, les règles de l'hôpital s'appliquent dans tous les services, y compris la PASS. Pourtant, en croisant les travaux sur le nouveau management à l'hôpital - qui impose des règles drastiques, une rapidité, un contrôle qualité (Belorgey, 2010 ; Grimaldi, 2013), la multiplication des procédures de contrôle des activités des médecins (Pierru, 2013) - et mes observations à la PASS, il semble que le cadre hospitalier ne soit pas ici aussi prégnant que dans d'autres services. Étant excentrée et sans chef présent au quotidien, la PASS semble préservée de cette rigidité managériale. On a le sentiment que son fonctionnement se rapproche de l'idée analysée par Sainsaulieu (2003) lorsqu'il parle de l'hôpital comme étant polarisé entre un pôle "flexible" et un pôle "rationnel" ; la PASS correspondrait au premier : "À côté d'un ensemble composite donc, à la fois procédurier et individualisé, que l'on nomme "artisanal", on a une polarisation, avec d'un côté un pôle 'flexible' et de l'autre un pôle 'rationnel': d'un côté un pôle regroupant les soins et le social marqués par le travail unitaire, d'équipe, relationnel, polyvalent, autonome, porteur d'innovation et d'ouverture sur l'extérieur ; de l'autre un pôle marqué par de la série, de la routine et de la hiérarchie, en gros les services techniques et médico-techniques (radio, labo, cuisine et service technique)."

Suite aux observations de terrain, cette part d'autonomie constatée chez les soignants démontre que l'organisation à la PASS n'est pas totalement standardisée, encore moins

“taylorienne”. Comme Jean-Daniel Reynaud (1988) l’indique, il existe des règles explicites et implicites. Ces dernières ne s’observant que sur le terrain ; l’auteur distingue les règles de contrôle (produites par la direction) des règles autonomes (produites par le groupe). Il ne les oppose pas mais explique qu’elles sont présentes simultanément. La hiérarchie n’est pas pesante, ce sont davantage les soignants qui la sollicitent au moment où ils en ont besoin. Autonomie et subjectivités peuvent s’exprimer à la PASS - ce que George Herbert Mead (Coté, 2015) appelle la construction d’un soi dans la relation à autrui : les soignants sont dans un équilibre entre le Moi (qui intègre l’esprit du groupe) et le Je (affirmation positive de soi dans le groupe). Les soignants arrivent avec leur bagage scientifique et ils s’ajustent en fonction des relations qu’ils entretiennent avec les différents membres de l’équipe et aussi avec les patients.

Toutefois, cette autonomie n’est pas toujours bien accueillie par tous. *“On ne sentait pas un poids réglementaire”*, affirme un médecin de ville en partageant son ressenti. Comme d’autres de ses confrères, issus du libéral, la PASS s’apparenterait à ces “zones franches” dont parle Erving Goffman (1968), et qui désignent des endroits où surveillance et règles sont relâchées. De fait, cette souplesse du cadre est apparue à la fois comme un avantage et un inconvénient. Un avantage car elle laisse une vraie latitude d’action aux soignants dans l’exercice de leur métier, ce qui s’avère utile face à des situations inattendues qui n’entrent pas dans les cadres prédéfinis ou formatés pour une population sédentaire. Cette autonomie, une infirmière la vit par exemple très bien et apprécie *“de gérer seule”* et, dit-elle, *“qu’il n’y ait que le patient et moi”*. Mais pour d’autres, cette autonomie révèle une absence de cadre dérangement. *“Car si rien, ni un dieu ni un règlement, ne vient nous indiquer ce que nous devons faire, ni comment le faire, il faut alors agir par nous-mêmes”* (Thuderoz, 2017). C’est en tout cas l’interprétation qu’en font des soignants - surtout des médecins libéraux - qui la traduisent plutôt comme un éparpillement des tâches professionnelles et s’indignent d’une organisation non lissée. Un soignant indique à cet égard : *“L’organisation au sein de la PASS était assez chaotique, tout le monde fait un peu tout et n’importe quoi, celui qui est à côté du téléphone, il répond, celui qui peut prendre le dossier, il le prend, celui qui comprend ce qu’on dit, il le fait.”* Il ajoute avoir eu du mal à mobiliser l’interprète qui est pris par le travail administratif, qui en même temps aide l’équipe et était *“rincé”* une fois disponible en fin de journée. Lors de mes observations, j’ai pu assister à l’épuisement d’une infirmière, à bout de cette accumulation des tâches : *“Je suis infirmière, secrétaire, je fais tout !”*. *“J’ai un rôle d’accueil, de secrétaire, d’infirmier, de pharmacien”*, ajoute un infirmier. À plusieurs reprises, la répartition des rôles a dû être repensée. Un agent de service hospitalier (ASH) a été placé au secrétariat afin de soulager les infirmiers de leurs tâches administratives. Un

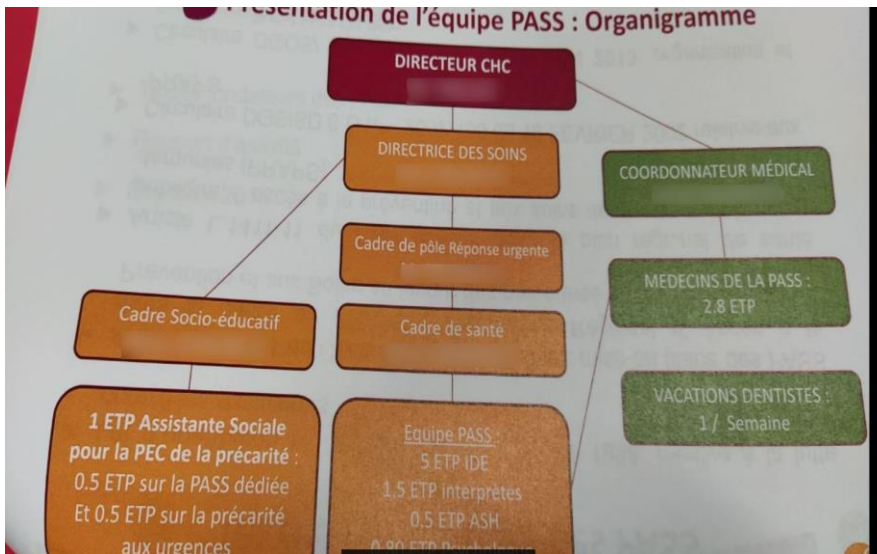
ASH avait été embauché pour gérer les douches à la place de l'interprète. Certains soignants pensent aussi que cette forme de laxisme et l'absence de règles précises amènent à perdre l'objectif principal et à ne pas tenir compte des patients exilés à leur juste mesure. Tout comme ils ont la sensation d'être eux-mêmes négligés. *“Je l'ai ressenti de manière négative de ne jamais avoir vu le chef de service. Si j'avais été à sa place, je l'aurais fait ne serait-ce que pour remercier les professionnels”*, souligne un médecin libéral qui travaille en maison médicale et qui aurait aimé une *“harmonisation des prises en charge”* regrettant que *“chacun arrive avec son expérience”*: *“Cela nuit à une forme de cohérence dans la prise en charge des personnes accueillies et dans l'attribution des rôles.”* Un sentiment que partage un de ses collègues, lui aussi praticien libéral, qui dénonce un manque de volonté institutionnelle, et l'absence d'un cadre *“qui donne du sens”*, pour réellement aider les patients. *“Je ne suis pas là pour vendre du rêve!”*, s'indigne-t-il. L'usure s'installant, ce soignant s'est résigné : *“je me suis mis à aller chercher et accueillir les patients, à ne plus attendre plus d'échange. Je cherchais ce dont j'ai besoin quand j'en ai besoin”*. Des entretiens font part de cette absence de réunions communes entre praticiens, des réunions au cours desquelles chacun aurait pu s'exprimer sur sa manière de travailler ou sur les limites à sa pratique. Cette absence a souvent été amèrement regrettée. Face au *“chacun fait ce qu'il veut”*, l'uniformisation était recherchée. En 2012 déjà, une analyse (SWOT⁶) réalisée par l'hôpital pour évaluer le dispositif PASS et l'améliorer avant son déménagement, avait souligné ces faiblesses : *“un manque d'organisation”, “une dilution des tâches de chacun”, “un manque de fiches de poste”*.

Cette perspective diverge chez les soignants hospitaliers qui tiennent à rappeler que la PASS est un service de l'hôpital avec les mêmes règles que partout ailleurs. *“Les règles à suivre”, “être dans une institution”, “ne pas avoir le droit de”, “je ne dépasse pas mes compétences”* : ces termes employés par les soignants dans les entretiens rappellent la présence du *“cadre hospitalier”*. Ils sont conscients qu'ils sont plus autonomes que dans les autres services de l'hôpital, pour autant, ils indiquent aussi qu'ils restent *“tenus”* par des règles. *“On est tenu à un cadre mais on a une liberté de travail. Le fait d'être en dehors de la structure, tu peux avoir l'impression d'avoir une autonomie ou quoi, en fait tu ne l'as pas vraiment, tu es tenu aux mêmes règles, aux mêmes directives, au secret professionnel, à la qualité de soins. On pourrait penser qu'on est des électrons libres mais loin de là, on est financés, on est suivis, on a des chiffres à donner”*, argumente un infirmier. La PASS s'inscrit

⁶ Cette analyse SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats - a été commandée par l'hôpital au moment de son déménagement en 2012 afin de repérer les besoins et dysfonctionnements de la PASS. L'objectif était de bien les identifier pour y remédier lors de sa nouvelle installation.

en effet dans un organigramme clair.

L'organigramme de la PASS ©CHC ↓



Des infirmiers rappellent que si les personnels d'encadrement ne sont pas toujours présents physiquement à la PASS, ils n'en sont pas pour autant absents et restent directement

joignables par téléphone, de même que le médecin coordinateur ou les cadres intermédiaires des soins infirmiers. On a d'ailleurs observé, à plusieurs reprises, notamment sur la PASS-Ferry 1, les soignants téléphoner à leur cadre pour obtenir des précisions, leur faire part de leurs difficultés ou encore leur demander des autorisations par rapport à la situation médicale d'un patient. Il existe aussi un système de responsabilité qui passe par la désignation de "référents". Ainsi un médecin exilé est devenu référent à la PASS-Ferry tandis qu'un infirmier a endossé le rôle de référent pour les soins dentaires. Cette vision de l'organisation à la PASS est bien résumée par ce que dit ce cadre : *"L'autonomie de travail à la PASS est valorisante pour les équipes ; cela implique une responsabilité de chacun, le cadre et le médecin chef de service ne peuvent être sur place en permanence. Par contre, s'il le faut, il y aura des contrôles et des rappels à la règle."*

Cette diversité à la PASS qui participe positivement à la transmission de savoir-faire fondée sur des expériences singulières n'est pas sans difficultés puisqu'elle révèle aussi des écarts de conceptions de l'organisation du travail médical. Cette variété de profils soignants s'explique en partie par un recrutement du personnel de la PASS qui s'effectue selon plusieurs modes.

3. L'entrée à la PASS, une étape simple

À la PASS, les infirmiers et agents de service hospitalier (ASH) dépendent de la

direction des soins infirmiers (DSI) tandis que les médecins relèvent de la direction des affaires médicales (DIRAM) et les psychologues de la direction des ressources humaines (RH). Sur les professionnels interrogés, seuls les médecins afghans indiquent avoir rencontré la direction ; d'autres ont rencontré des cadres de santé alors que pour d'autres encore, l'intégration a surtout été rendue possible par le biais du bouche à oreille. Trois modes de recrutement des soignants peuvent être identifiés : le "bouche à oreille", justement, le repérage des qualités en interne et les candidatures spontanées.

a. De l'informel au formel

Pour la PASS de Calais, les professionnels sont recrutés sur la base du volontariat afin d'éviter de la part des soignants des réactions désagréables et désobligeantes à l'égard des patients exilés. À l'inverse, à la PASS de Dunkerque, faute de volontaires, les professionnels du service des urgences effectuent un roulement obligatoire dans la semaine. L'envie de changement dans la carrière professionnelle, la volonté de se reconstruire une carrière, le sentiment de servir l'intérêt général sont des raisons que les soignants de Calais invoquent pour préciser leurs motivations ; elles peuvent à la fois relever d'un idéalisme médical et aussi être très pragmatiques. En effet, à la PASS, les soignants ne travaillent pas le week-end, n'ont pas de garde, et le service semble d'ailleurs "*plus familial*". Dans un premier temps, il est proposé aux soignants d'effectuer des jours d'observation dans le cadre d'une évaluation (BEV) afin qu'ils puissent se projeter dans leur futur rôle. Nous verrons qu'intégrer la PASS est aisé et que la plupart des soignants - surtout les médecins de ville - n'ont pas passé d'entretiens de recrutement : de fait, les volontaires semblent être systématiquement retenus et sont ensuite enregistrés dans une base de données.

De manière générale, le recrutement des médecins à la PASS se pratique par le biais du réseau relationnel. Si les soignants interviennent auprès des exilés, c'est rarement lié à une initiative personnelle dans le sens où c'est globalement à la suite d'une proposition émise par un tiers qu'ils ont décidé d'accepter de travailler à la PASS. Entre médecins généralistes libéraux, c'est essentiellement ce mode de communication du "bouche-à-oreille" qui fonctionne : l'un parle à l'autre de son expérience à la PASS, ou alors un membre de l'hôpital contacte un médecin. "*J'étais une fois avec un collègue de Médecins du Monde qui m'a emmené à la PASS et puis j'ai commencé comme ça. (...) J'ai vu qu'il y avait des besoins et je me suis proposé pour travailler là. J'ai téléphoné au médecin chef de la PASS qui m'a dit : 'ok, faites un dossier'. Donc, j'ai un dossier de médecin vacataire à Calais*", explique un médecin libéral. Les médecins, engagés avant la création de la PASS en 2006 dans des

associations humanitaires, telles que Médecins du Monde, ont glissé naturellement vers la structure hospitalière lorsque celle-ci a été exclusivement chargée de la santé des exilés. *“Bon, j’arrive à Calais et au moment où je décide de m’installer commencent les mouvements migratoires. Des amis engagés auprès des migrants vous sollicitent pour les soigner parce qu’à l’époque la PASS n’existait pas. J’ai une voisine qui me disait : ‘Docteur, est-ce que vous ne pouvez pas nous prendre des migrants qu’on a chez nous pour des soins ?’ Quand vous voyez ça, forcément ça vous pousse à vous engager”*, détaille l’un de ces médecins libéraux. *“Au départ, j’étais volontaire dans le cadre associatif (...) une association qui œuvre pour les plus démunis partout dans le monde en commençant par chez nous, sur le littoral. Et puis, finalement, à la longue, on a eu un statut d’attaché puisque la PASS est rattachée à l’hôpital et ils ont recruté des médecins qui étaient payés à la vacation. (...)”*, indique un autre. Le bouche-à-oreille est un procédé de recrutement officieux qui est cependant critiqué car il introduit des différences de protocoles dans le recrutement. Les médecins libéraux n’ont pas rencontré la direction, n’ont pas signé de contrat ; certains ont eu quelques brefs échanges avec le médecin coordinateur de la PASS ; ils ont simplement été enregistrés sur une liste de soignants vacataires et ont démarré tout de suite. *“C’était un peu particulier. Je n’ai pas passé d’entretien d’embauche, je n’ai pas rencontré de médecin, ni les ressources humaines, ni les cadres de santé. Je suis arrivé à mon premier jour sans savoir comment ça fonctionnait ni où j’allais et voilà”*, regrette une psychologue. *“Je me suis pointé, on m’a dit : ‘tu viens quand ?’”*, se souvient un médecin.

Pour certains, ce n’est pas problématique que la direction ne les rencontre pas. Beaucoup de médecins qui intervenaient auprès d’ONG ou de manière bénévole avant 2006 ont continué cette activité à la PASS ; c’est donc dans un mouvement naturel, une démarche leur semblant évidente que ces médecins déjà engagés ont migré vers l’hôpital. *“Ça s’est fait le plus naturellement du monde”*, se souvient ainsi un médecin libéral. En revanche, d’autres soignants traduisent l’absence d’entretien en bonne et due forme par un manque de considération pour le personnel qui travaille à la PASS et par extension, pour les patients. Ils expriment leur déception avec des termes ou adverbes qui traduisent le manque et l’insuffisance. *“Et encore, je l’ai eu simplement au téléphone, je l’ai vu une ou deux fois”*, précise un médecin libéral en parlant d’un cadre. Des soignants s’interrogent sur cette absence de la hiérarchie et en sont étonnés : *“C’était un peu particulier”*, estime une psychologue. Cette absence d’accueil à la PASS les a déçus. *“On a été embauchés bizarrement et virés aussi bizarrement”*, indique un médecin libéral. Un autre ajoute : *“C’était frus.... Effectivement, j’ai plutôt ressenti de manière négative le fait de ne jamais avoir vu le chef de service ; peut-être qu’il n’avait pas le temps parce qu’il avait d’autres*

occupations mais quand même.” Parmi ces critiques, des professionnels vont jusqu’à regretter de s’être investis à la PASS pendant plusieurs années sans obtenir une reconnaissance particulière de la hiérarchie. Ces mêmes soignants n’ont guère apprécié qu’après le démantèlement de la “*new jungle*”, du jour au lendemain, leur activité ait été arrêtée d’un simple coup de téléphone. “*On nous a dit que ce n’était plus la peine de venir*”, indique à cet égard un médecin libéral ; “*plusieurs fois, ils nous appelaient, ils nous reprenaient, ça c’était assez désagréable. Ils nous ont rayés sans nous envoyer une lettre de remerciement, sans explications*”, réagit un autre. Les termes sont durs et traduisent la rudesse que des soignants ont pu ressentir, ce qui fait dire à certains qu’ils ne retravailleront plus à la PASS si on les sollicite une nouvelle fois.

b. Le repérage en interne des qualités et les candidatures spontanées

Il existe encore deux autres modes de recrutement, cette fois en interne et exclusivement réalisés auprès des infirmiers et agents de service hospitalier (ASH). Ce type de recrutement déplace donc des soignants des différents services vers la PASS, de sorte que les compétences sont démultipliées. “*Je travaillais dans les services de soins traditionnels, en pneumo-cardio, on [y] rencontrait pas mal de population issue de la migration. (...) Ça me plaisait à force de rencontrer les gens [les exilés] dans les services, c’était sympa, on discutait, tout ça. Je me suis dit : ‘Tiens pourquoi pas [intégrer la PASS] ? C’est intéressant, ça a l’air vachement pas mal.’ J’ai choisi de me lancer pour changer un petit peu*”, raconte un infirmier. “*Ils ont vu que ça me plaisait [la relation avec les exilés], ils m’ont proposé des remplacements. (...) J’ai fait une observation pendant une après-midi*”, souligne un autre. En effet, les cadres sont des observateurs qui décèlent les qualités des soignants susceptibles d’être compatibles avec celles nécessaires pour travailler à la PASS. Un cadre précise qu’il ne mettra pas un soignant technique exclusivement sur ce type de poste ; il effectue un tri et explique “*que ce n’est pas anodin de travailler à la PASS, il faut une certaine dose d’humilité, le respect de la différence*”, ce pourquoi il met en avant les termes de “mutabilité”, “d’adaptabilité”. La direction repère les capacités d’écoute, d’empathie, la relation avec un public précaire et étranger, elle favorise les soignants polyglottes. “*La DRH me convoque et me dit : ‘Bah écoutez, on a vu sur votre dossier que vous parliez anglais et on a besoin de quelqu’un chez les migrants, est-ce que ça vous tente parce que vous n’êtes pas à temps plein ?’*”, se remémore une psychologue. Une part de l’identité personnelle dans la sphère professionnelle est donc sollicitée implicitement pour participer à l’organisation du travail d’équipe. “Après des siècles où la recherche de l’identité

personnelle devait se faire dans la chambre intérieure” (J.-L. Chrétien, 2014 ; C. Taylor, 1989), le monde contemporain exige des démonstrations de Je en public. Il valorise l’extimité, forme paradoxale du mouvement d’intériorité (S. Tisseron, 2001)” (De Singly, 2017). Cependant, les soignants de la PASS n’en jouent pas, tels ces politiciens que décrit François De Singly. Au contraire, ils sont authentiques puisque leurs qualités sont innées et s’expriment naturellement : il existe chez eux des “trous” dans les habits sociaux afin de prouver que le rôle n’a pas tué la personne” (de Singly, 2017).

La première qualité recherchée et citée par un cadre est de posséder une “*solidité émotionnelle*”, car exercer auprès des exilés, c’est être exposé à des récits tragiques, rencontrer quotidiennement des personnes en situation de pauvreté et d’exclusion. “*Il faut de tout car avoir que des personnes lisses, ce n’est pas ça. La PASS est un service dans lequel il faut quand même être solide émotionnellement parce qu’il y a des choses qui vous sont dites, qui vous sont déversées, il y a des choses que vous voyez, il y a des choses que vous comprenez et il y a des choses que vous vivez, il n’y a pas que des choses qui sont dites. (...) On parie sur l’avenir, on se dit : ‘Est-ce que ça va matcher entre eux?’*”, décrit un cadre de la direction. D’autres compétences sont requises telles que la capacité à s’adapter, l’appétence pour la culture de l’autre, les aptitudes relationnelles. Les synthèses des rencontres pour des candidats au poste de psychologue témoignent de ces repérages. Ainsi, les qualités et défauts tels que “*très investie dans les associations interculturelles*”, “*inexpérimenté*”, “*parcours riche culturellement*”, “*candidate pertinente*” sont notées. Il en est de même pour les synthèses des commissions de recrutement des contrats d’avenir où, pour chacun des candidats, un avis favorable ou défavorable est émis. Ainsi, on observe des ressemblances avec le recrutement effectué en unité de soins palliatifs (USP) tel qu’il a été analysé par Florent Schepens (2014). En effet, travailler dans ce service ou à la PASS ne relève pas de la spécialité accessible sur concours et c’est donc par désignation des chefs que s’effectue le recrutement. “*Cette désignation repose sur le repérage d’un potentiel défini comme inné par les recruteurs en charge de juger des aptitudes des apprenants à l’activité palliative*” (Schepens, 2014).

Enfin, se porter volontaire de manière individuelle, cela arrive, mais la démarche est assez rare. En effet, sur les entretiens réalisés, seuls deux soignants se sont positionnés pour travailler à la PASS. Ils ont souhaité postuler d’abord par envie de découvrir les exilés et aussi pour se construire leur propre jugement. L’un d’eux indique : “*J’en avais marre des urgences déjà et je voulais voir autre chose et puis après je ne suis pas calaisien... Et puis on entend beaucoup de choses et je me suis dit : ‘c’est une découverte’ ; l’idée c’était vraiment la découverte, découvrir autre chose, découvrir la prise en charge.*” L’autre s’est

engagé un peu pour les mêmes raisons : *“J’ai postulé librement (...) Après, les migrants, on connaissait avant la situation parce qu’on en entend beaucoup parler ; c’est ça qui m’intéressait c’est ça qui m’a donné envie de travailler à la PASS. C’est déjà parce que j’entendais plein de jugements sur ça, je voulais comprendre ; à chaque fois, je cherche à comprendre, c’est ça qui m’intéresse et du coup je me suis dit je vais aller voir par moi-même.”*

Toutefois, les postes ne sont pas très demandés. La structure médicale d’emblée n’attire pas et rares sont les soignants qui y candidatent spontanément. *“Il y avait très peu de monde, certaines personnes étaient intéressées, mais pas énormément, parce qu’effectivement les gens ont de l’appréhension”*, précise un infirmier. *“On ne peut pas parler de jalousie vu les appels à candidature pour le poste et le nombre de candidats (rire moqueur). Les gens ne sont pas envieux !”*, résume une infirmière. *“Il n’y a pas beaucoup de gens qui se bousculent ici”*, constate une psychologue. Ce que corrobore un infirmier : *“Il n’y avait pas grand monde emballé à l’idée de travailler à la PASS ; limite, il y avait plus de postes à pourvoir que de demandes”*. Pour autant, il y aurait chez les jeunes étudiants, selon les cadres, un surcroît d’intérêt pour cette médecine. Ceux-ci seraient *“de plus en plus avides de comprendre la prise en charge migratoire”* et *“de plus en plus d’interrogations naîtraient”*. La direction juge aussi que c’est l’occasion pour ces jeunes, de se forger une identité professionnelle forte, en situation, au sein de *“cette vraie école de la vie”* (un cadre). Des actions de sensibilisation sont d’ailleurs menées auprès des internes tandis que des interventions spécifiques sont effectuées à la Croix Rouge. Selon un cadre, de plus en plus de soignants au sein de l’hôpital demanderaient aussi à effectuer des formations spécifiques afin de mieux prendre en charge les exilés. De même, la formation pour le diplôme de psychiatrie transculturelle intéresserait de plus en plus les professionnels, ce qui peut être un signe d’une transformation des mentalités au sein de l’hôpital même si la PASS fait encore l’objet de jugements négatifs.

c. Soignants déclassés et reclassés à la rescousse du manque d’attractivité

Pour répondre à cette non-attractivité, l’institution hospitalière met en œuvre des stratégies : à la PASS de Dunkerque, par exemple, c’est l’obligation de roulement du personnel des urgences qui est un des moyens trouvés pour que la structure continue à fonctionner. L’hôpital calaisien s’est appuyé sur les professionnels exilés déclassés et les

professionnels reclassés qui constituent un réservoir pour faire perdurer cette médecine marginale.

Les soignants afghans forment une minorité parmi les médecins étrangers : leur nationalité n'est pas recensée parmi les dix principales correspondant aux médecins nés en Europe ou en dehors de la communauté européenne (Le Breton-Lerouillois, 2014). Leur nationalité est donc étonnante dans ce panel de profils de soignants car la plupart des médecins hors communauté européenne proviennent surtout de pays anciennement colonisés ou placés sous protectorat français : Algérie (25%), Maroc (11,5%) ou Liban (4,4%). Si je me fie aux entretiens réalisés avec les soignants et aux études publiées, j'ai compris que les soignants exilés - à l'inverse des médecins de ville - ont eu des entretiens formels avec la direction⁷. Leur situation administrative et professionnelle est plus contrôlée que celle des médecins libéraux, certainement parce que leurs diplômes ne sont pas reconnus en France. En effet, ils doivent repasser des équivalences et prouver leurs expériences passées ; "ces diplômés ont alors besoin d'une attestation voire de deux attestations supplémentaires émanant de leurs autorités qui précisent que leur diplôme est conforme aux exigences minimales de formation" (Drexler, 2008). Quittant bien souvent des pays en guerre où ils sont opprimés, on imagine ô combien, cette obligation émanant de l'État français peut être fastidieuse et incongrue. Interrogés sur ce point, des médecins afghans sans forcément savoir que leurs collègues n'ont pas passé d'entretiens, indiquent que cela ne les a pas dérangés de rencontrer la direction. Ils entrevoient cette démarche comme valorisante, l'un d'eux signale néanmoins que, de manière générale, le modèle français est discriminant : *"En Angleterre, (...) une fois que vous avez vos équivalences, on ne vous demande pas d'où vous venez, qui vous êtes, votre passé, il n'y a pas de questions personnelles du tout, c'est le même entretien pour tous. En France, on va vous rappeler que vous n'êtes pas de ce pays ou que vous étiez réfugié avant."* Ce soignant n'est pas naïf et a saisi combien lui en tant que médecin est devenu indispensable en situation d'urgence : *"L'hôpital avait besoin de moi, c'est pour cela que ça a marché car deux ans avant, on m'avait dit non."* Force est de constater que ce sont essentiellement des médecins afghans qui ont œuvré en première ligne à la PASS Jules-Ferry pendant la "new jungle". Un cadre argumente dans le sens de ce soignant en précisant que ce recrutement de médecins étrangers ne relève pas d'une "politique, d'un choix délibéré" mais bien d'un "choix pragmatique" parce que ce sont des personnes qui présentent un intérêt à la fois en termes de disponibilité personnelle et de

⁷ Malgré mes multiples sollicitations, je ne suis pas parvenue à obtenir un entretien avec la direction aux affaires médicales. Ce qui peut constituer un biais dans l'information traitée.

compétences linguistiques.

Pour les médecins exilés, le “bouche-à-oreille” permet de percer les murs de l’institution hospitalière. Et c’est grâce au repérage effectué entre ses murs par certains professionnels que les soignants exilés évoluent professionnellement [cf. Encadré. Numéro 4]. Un cadre indique d’ailleurs que l’institution hospitalière tente aussi d’agir de ses murs pour soutenir ces médecins PADHUE⁸ dont elle a besoin : *“La direction de l’hôpital et la direction aux affaires médicales ont défendu la cause de deux médecins auprès de la préfecture : [ceux ci] avaient des titres de séjour reconduits tous les mois ou tous les trimestres et (...), pour avoir un vrai contrat de travail, il nous fallait une vraie régularisation de la préfecture.”*

Encadré numéro 4. Être médecin, une profession en surbrillance

La mise en relation entre l’institution hospitalière et les soignants exilés s’établit surtout à l’aide de biais informels et relationnels. Un médecin afghan, par exemple, s’est fait connaître parce qu’il a appris le français auprès d’un professeur dont le fils, médecin, l’a mis en relation avec une de ses amies qui travaille à l’hôpital et avait besoin d’une traduction pour un patient atteint de paludisme. Ces soignants français qui se trouvent à l’intérieur de l’institution jouent alors un rôle de “coup de pouce” auprès des soignants exilés puisque ceux-ci finissent par obtenir un entretien auprès de la direction. Le rôle de traducteurs par défaut que ces soignants endossent, les aide à être repérés par la société d’accueil. Au fil des expériences d’un métier qui n’est pas une vocation et pour lequel ils n’ont pas reçu de formation, ils acquièrent des références et se frayent ainsi un chemin jusqu’à l’hôpital. L’interprète de la PASS est ainsi un ancien exilé qui, bénévolement, aidait les ONG en traduisant les échanges lors de consultations médicales ; il s’est ainsi retrouvé en contact avec l’hôpital qui l’a repéré et embauché comme salarié. Un médecin afghan, 41 ans, raconte alors qu’il était exilé dans un camp en Normandie : *“J’ai parlé avec le bénévole, je lui ai dit : ‘Il y a plein de migrants qui sont malades ; lui, il a besoin de voir un médecin pour se faire soigner sinon il va contaminer les*

⁸ Praticiens à diplôme hors Union Européenne.

autres.' Il m'a dit : 'Comment tu sais?' Je lui ai répondu : 'Je suis médecin.'"

Ce bénévole de Cherbourg l'a ensuite pris sous son aile, notamment en l'aidant à réaliser ses démarches administratives. Cet exilé obtient alors une protection et entre-temps, il vit de traductions qu'il effectue pour le compte de France Terre d'Asile, de l'Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), de la Police aux frontières (PAF) ou des tribunaux.

Un autre soignant a quant à lui été repéré par le Haut Commissariat aux Réfugiés (HCR), puis par France Terre d'Asile qui l'a embauché comme interprète avant d'intégrer la PASS comme médecin. De plus, selon mon expérience de terrain à Calais, cette profession semble retenir l'attention des bénévoles, lesquels sont souvent admiratifs et étonnés de voir des personnes diplômées dans la précarité, ce qui semble aussi les pousser à les aider. Être soignant aide donc à se démarquer, à devenir singulier parmi les surnuméraires (Castel, 1995). Les exilés soignants semblent durant leurs parcours "avoir plus de chance" si on peut dire que les autres.

Outre la traversée des frontières, à leur arrivée en France, les soignants exilés sont mis à l'épreuve (Francesca Sirna, 2021 ; Victoire Cottereau, 2018 ; Angèle Flora Mendy, 2016). Car, avant de pouvoir exercer, les praticiens à diplôme hors Union Européenne (PADHUE) doivent régulariser leur situation administrative et obtenir le statut de réfugié. Le parcours professionnel de l'un d'entre eux est révélateur et mérite qu'on s'y arrête. L'obtention de son statut de réfugié s'est effectuée rapidement mais ce soignant a, pour autant, dû faire face à deux défis : celui d'apprendre la langue française et de retrouver un emploi. *"J'ai commencé une vie plus difficile que celle dans mon pays."* Comme les autres soignants afghans, il lui a fallu maîtriser le français. C'est souvent auprès d'associations qu'il s'est formé, ce qu'il regrette d'ailleurs parce que le niveau linguistique du public n'est pas homogène, d'où sa frustration de ne pas avoir pu bénéficier *"d'un niveau académique"* : *"le niveau était trop bas, considère-t-il. J'ai perdu beaucoup d'années pour apprendre la langue"*. Il ajoute sur un ton blasé et un sourire complice : *"Toujours, on me demandait de savoir : 'Combien j'achète de carottes ?' ou 'Combien je vends ceci ?' Mais je leur ai dit : 'Je ne suis pas là pour faire mon marché ! Je suis médecin, j'ai besoin d'un bon niveau de langue."* Il a donc utilisé ses économies pour financer une formation accélérée dans une université française. *"J'étais toujours avec mes livres devant la télévision, je m'occupais*

moins de mes enfants. J'avais peur de perdre du temps pour ma carrière.”

Pour obtenir le statut de praticien exigé par la France, cela relève d'une véritable épreuve. Il leur faut reprendre des études en première année de médecin - un concours réputé difficile d'autant plus lorsqu'on ne maîtrise pas le français - ou l'autre solution est de passer la procédure d'autorisation d'exercer (PAE) qui est accordée par le ministère de la santé, démarche qu'ont choisi trois soignants exilés de la PASS. Cette PAE exige des prérequis. Les soignants doivent prouver qu'ils ont bien exercé en Afghanistan, passer un examen écrit de vérification des connaissances pratiques et fondamentales où il est stipulé qu'une bonne connaissance du français est indispensable. Le niveau B2 de français en expression orale est obligatoire. À la suite de cette validation, ils enchaînent avec une période probatoire de trois ans sous la responsabilité d'un chef de service agréé dans la formation des internes. Les dossiers sont examinés par la commission PAE : 941 dossiers ont été examinés en 2016 et 72% ont reçu un avis favorable (Bouet, 2017). Il faut ensuite être inscrit au tableau départemental de l'ordre des médecins. On comprend que cela nécessite d'avoir de grandes ressources en soi pour ne pas décrocher et, finalement, renoncer. Le parcours de ce soignant afghan pour trouver du travail a ainsi été très laborieux. Il explique avoir démarché plusieurs hôpitaux parisiens pour trouver un emploi, mais a essuyé refus sur refus. Au Pôle Emploi, il indique qu'on lui proposait toujours des postes d'agent d'entretien. Il a fallu qu'il attende 2015, quatre ans après son arrivée en France, pour renouer avec la pratique médicale. C'était à Calais, pendant la “*new jungle*”, et sans doute parce qu'à l'époque ; son collègue y avait déjà été embauché, au terme de la PAE, comme médecin associé pour la PASS-Ferry. Le médecin-coordonateur lui a demandé s'il pouvait intervenir sur une épidémie de varicelle. Il a été recruté sous statut de faisant fonction d'interne (FFI) : “*J'ai passé des entretiens avec la direction et le chef de la PASS ; on m'a expliqué les conditions, les procédures de prise en charge des patients. Finalement, j'ai accepté même si cela ne me semblait pas très intéressant pour moi comme j'ai une expérience de huit ans de gynécologie. Mais maintenant je suis trop content parce que je sens que je suis très utile ; j'ai trouvé que ce pan de la médecine était pas mal.*” Pour les soignants étrangers, obtenir un statut de praticien *made in France* ressemble aux douze travaux d'Hercule nécessitant autant de compétences médicales que d'acharnement.

L'hôpital s'appuie aussi sur les professionnels reclassés pour combler les effectifs de la PASS. À première vue cela paraît étranger, sinon cynique de réserver les “médecins les plus fragiles” aux “patients les plus fragiles”. Mais nous verrons plus loin que l'expérience PASS peut en fait contribuer à la reconstruction professionnelle et personnelle de ces

personnels reclassés.

Ce recours à ces deux catégories de soignants - les reclassés et les exilés déclassés - a donc été une aubaine pour l'institution hospitalière. Le mépris des patients pauvres a permis d'ouvrir la PASS à d'autres formes de relation patients-soignants et soignants-soignants grâce à ces recrutements pragmatiques. Il apparaît assez aisé d'intégrer la PASS car il n'y a pas pléthore de candidats : s'occuper des pauvres, en effet, et qui plus est des étrangers, semble encore dénigré. Ce manque d'attractivité de la PASS se matérialise par exemple par un appel d'offres lancé par l'hôpital pour des vacances de dentistes, un appel qui n'a recueilli sur tout le Calaisis que deux réponses favorables. De plus, nous le verrons plus loin dans ce travail, mais la médecine pratiquée est une médecine générale rudimentaire qui relève du *care* (prendre soin) plus que la technique médicale pure (*cure*) ; or, le *care* est encore apparenté au genre féminin et aux groupes infériorisés (Glenn, 2016) ce qui peut aussi expliquer ces réticences à postuler. Comme en soins palliatifs, à la PASS, certains postes ne trouvent donc pas de candidats, et l'offre d'emploi y est plus importante que la demande.

Nous venons d'observer la PASS comme une structure médicale regroupant une diversité de profils soignants. Cette diversité, on la doit à la fois aux différents modes de recrutement et aussi au dénigrement de beaucoup de professionnels à l'égard d'un dispositif médical qui s'adresse aux précaires. En effet, les candidats sont peu nombreux, ce qui offre une chance à des postulats peu ordinaires, comme ces soignants exilés venus de pays traditionnellement peu représentés dans le système médical français, ou ces médecins de ville qui ouvrent le service public sur la médecine libérale. Cette mixité humaine et professionnelle évolue dans un espace lâche : les règles hospitalières y sont moins prégnantes que dans les services spécialisés. Les professionnels de santé à la PASS en tirent partie à la fois à travers les échanges de savoir-être et de savoir-faire et aussi du fait de l'inventivité et des initiatives de ces soignants atypiques. Toutefois, cet agrégat cosmopolite est néanmoins fragile, et les professionnels se divisent, notamment sur la question des règles. Quand certains d'entre-eux en ressentent suffisamment le poids, d'autres estiment qu'elles ne sont pas assez présentes ce qui engendrerait confusion et désorganisation dans le service.

Pourquoi ces professionnels acceptent-ils d'exercer dans une structure médicale parfois déconsidérée ? De quelle manière, d'ailleurs, l'est-elle ? Et comment les

professionnels de la PASS reçoivent-ils les critiques dont cette structure fait l'objet ?

B. La médecine médico-sociale, parent pauvre de l'hôpital

La PASS se présente sous la forme d'un modulaire installé hors du corps principal de l'hôpital, à quelques mètres du service des urgences. Elle n'est pas très visible et le panneau qui l'indique reste discret même après qu'une réflexion ait été menée pour mettre en évidence le modulaire. Les exilés la surnomment le "*petit hôpital*", sans doute pour la distinguer de l'institution hospitalière dont la PASS dépend pourtant. L'emplacement même de la PASS peut faire l'objet de deux lectures antagonistes : on peut y voir une volonté de reléguer et d'invisibiliser cette médecine des pauvres, ou alors, comme le soutient la direction, une volonté de ne pas stigmatiser une population précaire vis-à-vis des non précaires.



Le modulaire de la permanence d'accès aux soins de santé du centre hospitalier de Calais. ©Chloé Tisserand

1. La PASS, un service à part et à part entière

L'enjeu de la PASS en 2006 est que son volet social s'étoffe et, selon un document relatif à la stratégie de l'hôpital, que le dispositif soit "*bien identifié en interne, puis à*

l'extérieur,” et qu’il permette de “*repérer les situations de précarité et d’y remédier*”. La fermeture en 2002 du centre de Sangatte a triplé le nombre d’exilés présents sur le territoire entre 2003 et 2004 et rendu nécessaire la création de la PASS en 2006. Sur la base de témoignages et d’une recherche dans les archives de l’hôpital, il est possible de recontextualiser les débats qui ont eu lieu en 2012 autour de l’emplacement actuel de la PASS sur le site du nouvel hôpital. Une réflexion a alors été menée sur la mobilité de la structure et de son caractère provisoire.

Nous verrons que la topographie de la PASS exprime la manière dont l’hôpital veut accueillir le public dit des “précaires”. Nous constaterons aussi que cette structure médicale se situe à mi-chemin entre le dispensaire humanitaire et le service spécialisé où le rôle de l’infirmier est prépondérant.

a. Ce que dit la topographie du lieu

La conception d’un lieu de soin et la réflexion qui l’entoure ne sont pas anodines puisqu’elles vont à la fois façonner l’organisation du travail et délivrer un message aux patients qui s’y rendent. Ainsi Patrick Declerck estime-t-il que l’architecture des nouveaux locaux d’un centre d’hébergement à Nanterre relevait d’une “conception erronée de la ‘dignité’ des personnes accueillies”. D’où l’importance de retracer les échanges au moment de la construction de la PASS pour comprendre l’intention qui a présidé à son installation. La PASS a été conçue comme un dispositif éphémère puisque, comme le rappelle l’ARS, les budgets MIGAC ne “*sont pas éternels*”. Le modulaire incarne le provisoire ; c’est un bâti qui se démonte vite et peut s’implanter partout. Il se trouve aussi qu’il abritait initialement les urgences pédiatriques installées là en attendant leur déménagement dans le corps principal de l’hôpital. Lorsque celles-ci ont laissé la place vacante, la PASS s’y est installée. Plusieurs services se partagent ce modulaire en L : on y trouve sur toute la longueur le centre gratuit d’information, de dépistage et de diagnostic (CEGIDD) séparé seulement par une porte battante de la PASS proprement dite, qui occupe la largeur du L ; des espaces distincts non communicants accueillent le réseau périnatal et un centre pour adolescents. Le déménagement de la PASS Coubertin vers l’actuelle PASS CH est intéressant parce qu’il met en relief les réflexions qu’ont eues les professionnels à l’époque pour déterminer son emplacement. La PASS Coubertin était éloignée de l’hôpital et nécessitait sans arrêt des transports de patients. Ce mode de déplacement relevait à l’époque surtout du “système débrouille”, à telle enseigne que l’infirmière et l’interprète (soit la moitié de l’effectif PASS

initial) devaient bien souvent s'en charger. L'idée d'une PASS mobile qui devait venir en complément d'une PASS-fixe, a donc été abandonnée.



À gauche, le corps principal du nouvel hôpital installé en 2012. À droite, les murs verdâtres de la PASS de Calais. ©Chloé Tisserand

De la mousse verdâtre s'accroche à l'un des pans du mur, comme si le lieu avait été laissé à l'abandon. Un chat dort sous le modulaire et reçoit parfois de la part des soignants de la nourriture tombée de la fenêtre. Les bruits de l'hôpital se font entendre : on est à proximité de la laverie, à 150 mètres des urgences et d'un parking qui ceinture une bonne partie du modulaire et accueille surtout les familles des résidents de l'EHPAD, situé à une minute à pied de la PASS-CH. Des véhicules techniques de l'hôpital se déplacent d'un bâtiment à l'autre. Des agents apportent les plateaux repas aux retraités. Autour de la PASS-CH, la vie est aussi rythmée par les allers-retours des camionnettes associatives qui déposent leurs patients, quand d'autres y viennent à pied.

La distance qui sépare la PASS des urgences. Source Google Earth ↓



La structure médicale donne l'impression à première vue de constituer un espace de relégation pour les exilés (Lecarpentier, Lhuilier, 2012). En entretien, des professionnels de la PASS expriment leurs désaccords face à cette position excentrée. *“On n'est pas les parias ; c'est un mot trop fort mais on est physiquement séparé de l'hôpital”*, souligne ainsi une psychologue. Certains ont pu se plaindre à quelques reprises de ne pas être incorporés au

sein de l'hôpital ou bien ils estiment cette séparation étrange car elle leur donne l'impression de travailler dans un service à part. La PASS marque une séparation physique entre autochtones et exilés. Plus généralement, la question de la ségrégation sociale et culturelle se pose. Historiquement, les indésirables étaient pris en charge par l'hôpital, puis de plus en plus relégués dans des espaces distincts : on regroupe les lépreux dans des léproseries, les fous dans des asiles tandis que les lazarets accueillent les malades placés en quarantaine. Léopold Lambert (2017) s'interroge à cet égard sur la violence intrinsèque de l'architecture dont il a fait son métier. Il cite le cas de l'hôpital Franco-musulman de Bobigny (actuel hôpital Avicenne), ouvert en 1935, expliquant que son architecture instaure : "un espace de ségrégation intense puisqu'il [l'établissement] permettait aux autres hôpitaux parisiens de ne pas accueillir de membres de la population colonisée", mais aussi "un espace de contrôle puisqu'il était sous l'administration de la préfecture de police et rattaché au service de surveillance et de protection des indigènes nord-africains (SSPINA)". Or, les concepteurs de l'hôpital Avicenne estimaient qu'une architecture mauresque et familière améliorerait la convalescence des malades. Cet exemple montre en cela que l'architecture offre des points de vue sur la manière dont on veut accueillir une population. Dernièrement, les travaux de l'architecte Cyrille Hanappe, visible dans le documentaire *La Ville Monde* (2018), montrent comment penser la création d'un espace d'accueil aux exilés de Grande-Synthe en 2015.

Si on l'appréhende comme une structure médicale d'exclusion, la PASS participerait en quelque sorte à la catégorisation de ces "surnuméraires" dont parle Robert Castel (1995). Il s'agit de ceux "qui n'ont pas de place pour des raisons qui ne sont pas de leur fait". Ils sont le surplus, ceux dont on ne sait quoi faire. Les soigner relèverait-il alors du "*dirty work*" au sens de Hughes (1996) ? La PASS semble aussi être un lieu que l'on ne cherche pas forcément à valoriser ou à rendre visible. Comme pour le recrutement, des soignants estiment que la PASS est délaissée par la direction. Elle souffre aussi d'une méconnaissance de la part des soignants eux-mêmes : "*Je me suis aperçue que la majorité des gens, moi la première, ne savait pas ce que c'était que la PASS, et je ne savais pas qui avait le droit de bénéficier de ces soins. Rien que la position excentrée à l'hôpital, ce n'est pas bien, parce que j'ai découvert qu'il y a des PASS qui sont intégrées à l'hôpital ; je pense qu'ils auraient pu faire un accès différent mais discret. C'est mal connu*" (Une infirmière).

Cette mise à l'écart participe de la séparation entre précaires et non précaires, entre autochtones et non autochtones. Mais cette stigmatisation serait déstigmatisante. Elle est, en effet, vidée de son sens négatif et défendue par la direction de l'hôpital et les cadres ; elle protégerait au contraire les patients précaires des regards vexatoires et discriminants des non précaires non exilés fréquentant les urgences ; elle les préserverait de la stigmatisation et leur

assurerais une meilleure confidentialité. *“Dans d’autres établissements, la PASS, tu y entres en arrivant aux urgences. Tout le monde arrive, parfois il y a beaucoup de monde et quand on vous voit aller vers la PASS, on vous stigmatise comme pauvres. Cette image est très douloureuse et peut être vécue douloureusement. D’où la délocalisation de la PASS à cet endroit-là [qui] permet cette forme de discrétion”*, défend un cadre. *“Installer la PASS à distance, c’était pour pouvoir créer un parcours spécifique de soin pour cette population précaire et avoir un dispositif complet avec de la médecine générale, des soins infirmiers, une pharmacie, un cabinet dentaire, chose qu’on n’aurait pas pu structurer au niveau des urgences. Et c’est aussi ne pas engorger les urgences avec des prises en charge qui sont très différentes de la prise en charge [habituelle] dans un service d’urgence”*, souligne un autre cadre. Rappelons que la PASS fixe de Calais s’est créée au départ dans un contexte d’urgence humanitaire où il a fallu, de fait, désengorger le service des urgences.

Une telle localisation a également permis de réduire les tensions qui pouvaient exister entre exilés et Calaisiens. Sur la base des témoignages des soignants, il m’a été possible de reconstituer l’ambiance aux urgences. En 2006, des Calaisiens disaient se sentir incommodés par le bruit ou les odeurs ; ils se plaignaient des exilés qui *“salissent le hall de l’hôpital”* ; ils se sentaient lésés et ne comprenaient pas pourquoi les “migrants” étaient privilégiés en passant prioritairement aux urgences. Cela a pu être constaté aussi aux urgences de Dunkerque où des tensions sont survenues pour cette même raison. On a aussi le témoignage de cette soignante qui accueillait des exilés dans son cabinet dentaire jusqu’à ce qu’elle sente que cela gênait certains de ses patients français, et même ses collègues. *“La PASS m’a permis de ne plus amener des migrants puisque ça dérangeait ma troisième associée qui elle ne voyait pas ça d’un très bon œil, qu’ils ramènent les odeurs dans le cabinet. (...) Mais c’est vrai que les patients qui se retrouvaient en contact avec eux n’aimaient pas trop.”* Dix ans plus tard, on retrouve les mêmes critiques. Il en est fait état dans un rapport interne qui évoque le *“non respect évident du règlement intérieur de l’hôpital par certains migrants”*, *“l’arrivée dans les couloirs en dehors des heures de visite”*, *“le bruit”*, *“les équipes de sécurité [qui] doivent ramener le calme dans les services”*. L’hôpital a reçu dans le même temps des réclamations de patients non exilés. Un soignant raconte aussi comment pendant la période de la *“new jungle”*, l’hôpital était devenu le théâtre de toutes sortes de rumeurs : il serait en particulier devenu un véhicule de maladies infectieuses. Cette croyance expliquerait *“le départ de la patientèle rentable”* (un cadre) durant cette période. À cela s’ajoute l’insécurité puisqu’il y a eu des tirs par armes de guerre à cinquante mètres de l’établissement, un incident médiatisé mais, en réalité, assez rare. L’image d’un hôpital entouré de camps de misère détériorerait son image et alimenterait aussi, selon un cadre, ce

racisme des Calaisiens à l'égard des exilés, ce qui - reconnaît-on dans les hautes instances - a amené une scission du dispositif, laquelle "*va à l'encontre de la déontologie*". Un médecin ajoute : "*Il fallait trouver un moyen de faire cohabiter tous ces gens.*" Toutefois, la direction insiste sur le fait que la "*PASS est un service comme un autre même si elle est décentralisée*". Il y a aussi cette volonté dans le discours des soignants de marteler qu'ils offrent aux exilés les mêmes soins qu'aux Calaisiens. Ils tiennent à convaincre que soigner les démunis, c'est les soigner comme n'importe quel autre habitant. Mais, il est vrai que selon les regards portés sur lui, l'hôpital sera toujours jugé, d'un côté comme de l'autre ; c'est ce que signale d'ailleurs une lettre adressée au Défenseur des droits dans laquelle l'hôpital rappelle sa position "d'entre deux feux" : "Soyez assuré que nous traitons les migrants comme n'importe quel patient français. Tantôt, on nous reproche d'en faire trop et de faire de la discrimination positive, notamment aux urgences où les patients français ont l'impression que les migrants sont pris en charge plus rapidement, ce qui est faux bien évidemment. La réalité est que les migrants arrivant aux urgences ont des pathologies plus graves en général notamment des plaies importantes, des fractures, des défaillances d'organes, etc. Tantôt, on nous reproche d'en faire moins que pour les Français alors que nous ne faisons que respecter les conditions réglementaires que nous adaptons quand même aux situations particulières afin de trouver des solutions conformes au droit et à la réglementation."

Cette scission entre exilés et non exilés, on la retrouve aussi parmi les précaires de la PASS. Dans le couloir, au milieu des Afghans et Africains, une femme fluette aux cheveux blonds lissés se fraye un chemin au milieu des colosses ; le regard un peu intimidé, elle demande à voir la psychologue. Il est rare que les exilés croisent ainsi des patients non exilés. C'est un indice d'une compartimentation dont l'institution tente de se défaire afin que la structure ne soit pas étiquetée "PASS migrants" - ce qu'elle est pourtant *de facto*. Pour éviter une énième ségrégation en poupées russes, l'hôpital a multiplié ses efforts de communication à propos de la PASS en direction de Calaisiens, soit sous la forme de brochures distribuées dans des foyers d'hébergement, soit auprès d'organismes professionnels. Depuis plusieurs années, l'institution martèle sa volonté d'en faire un lieu mixte, mais en vain : la quasi-totalité des patients de la PASS sont des exilés, près de 95%. Pour maintenir un équilibre entre patients exilés et Calaisiens, une antenne de la PASS a d'ailleurs été créée dans un quartier de la ville dit "prioritaire". Différentes hypothèses, qu'une autre étude devrait conforter, peuvent expliquer cette non fréquentation de la PASS par les Calaisiens. En particulier celle-ci : un imaginaire collectif fort, lié à la peur des exilés et des maladies qu'ils pourraient véhiculer. C'est en tout cas la thèse soutenue par beaucoup de professionnels. "*L'étranger fait peur, c'est encore d'actualité*", regrette un cadre qui se souvient que le dispositif était

surnommé “la PASS des Kosovars”. “Les Calaisiens ne veulent pas se mélanger. Voir vingt-cinq personnes d’origine étrangère en salle d’attente, ça rebute”, rapporte un autre cadre. Cette intolérance ne peut pas expliquer à elle seule ce désintérêt des publics précaires français pour la PASS et d’autres pistes, comme la méconnaissance du lieu ou la réticence d’une quelconque prise en charge médicale mériteraient d’être creusées...

b. Le “petit hôpital”, un dispensaire amélioré

Le “petit hôpital” est parfois considéré comme un dispensaire plus qu’une réelle structure médicale, mais toutefois un dispositif amélioré comparé aux dispensaires humanitaires. Un infirmier, qui y a travaillé, décrit ses impressions lors de son arrivée à la PASS : “Je me retrouve dans une structure [différente] de l’hôpital, c’est du matériel hospitalier mais c’est un préfabriqué. J’ai un vieux bureau de récupération avec du mobilier qui date de je ne sais combien de temps.” Le fauteuil dentaire est un don de Médecins du Monde ; certains soignants ont recours à leur réseau pour enrichir la dotation de la structure et du matériel a été récupéré sur le site de l’ancien hôpital. Au début, le stock s’est donc en partie constitué avec des bouts de ficelle et l’implication de chaque professionnel ; surtout pour la partie dentaire puisque le micro-tour provient du cabinet libéral des dentistes, tout comme les limes pour le traitement endocanalaire, tandis que les amalgames sont des dons d’associations. Il n’est pas non plus possible d’effectuer des radios sur place et de distinguer ainsi une dent vivante d’une dent nécrosée. Les dentistes spatulent leur eugénate (ciment dentaire) considéré comme un vieux pansement et qui constitue “un bon pis-aller pour attendre des soins”. On note aussi dans les archives de l’hôpital des problèmes soulevés autour de l’interprétariat, notamment pour les patients parlant pachto et farsi sur le camp Jules Ferry. Une psychologue explique avoir pâti de l’absence d’un interprète pertinent : “Je n’avais qu’un interprète arabophone donc quand la consultation était en pachto ou en farsi je ne pouvais pas gérer ; soit il avait un copain pour l’aider, soit il n’y avait pas d’entretien possible.” Cela a d’ailleurs été un objectif de l’hôpital en 2016 que de professionnaliser l’interprétariat sur des langues rares. Des demandes de matériel sont aussi remontées par les professionnels comme le besoin d’un otoscope et deux lampes pour examen de la gorge. “On parait à l’urgence. Mon ressenti est qu’il y a un minimum”, signale un médecin libéral. De même, à la PASS de Dunkerque, on parle de “rapiéçage en fin de feuille de soins” parce que les médicaments ne sont pas financés par l’ARS, ou bien de “faire des pieds et des mains” pour obtenir satisfaction.

Sans détours, Dominique Memmi (2018) estime que les PASS incarnent une

médecine de troisième classe qui a peu de moyens, une “médecine de brousse” qui rappelle la médecine coloniale et militaire telle que la décrivait Patrick Declerck (Schlegel, 2019) : “Les PASS sont un service de soin au rabais. (...) Bref, tous les traits de la médecine de ‘deuxième classe’ évoquée plus haut (coût moins élevé mais attentes plus longues, prestations incomplètes et moindres égards pour la patientèle) sont fortement accentués ici. Or cette ‘troisième classe’ des services de santé s’est vue créée de l’intérieur de l’institution” (Memmi, 2018). Médecine pour les précaires d’un côté, pour les personnes plus argentées de l’autre ; ainsi, se constitue une médecine de classe (Gelly, Pitti, 2016 ; Venizat, 2016) à trois vitesses (Baszanger, Bungener, Paillet, 2002), potentiellement stigmatisante pour les groupes sociaux qui ont recours à la médecine bas de gamme. Or, il existe tout de même une divergence de points de vue entre les professionnels sur la qualité des moyens matériels alloués. Les premiers pensent en effet que “*ce n’est pas une médecine de luxe*”, alors que les seconds - surtout les praticiens qui ont une longue expérience auprès des exilés - affirment, au contraire, qu’obtenir une structure comme la PASS, c’était du confort. Les premiers estiment que la direction fait “*le minimum syndical, entre guillemets, pour que ça tourne*”, qu’il n’y a, comme le décrit ce médecin de ville, “*pas tous les moyens, pas tous les traitements disponibles, [que] c’est plus une médecine d’urgence, [où] on ne faisait quasiment pas de prévention et que de la médecine symptomatique*”.

Si elle n’est pas soumise à la tarification à l’activité (T2A), la PASS fonctionne avec un budget alloué à l’année et, selon son montant, l’attribution de moyens matériels et humains varie. En cela, il faut gérer le budget, et, d’ailleurs, j’ai déjà entendu des soignants se retenir d’attribuer tel ou tel traitement car il fallait économiser les moyens. “*Il vaut mieux nettoyer avec de l’eau et du savon que mettre un antiseptique qui coûte cher*”, souligne par exemple une infirmière. Mais au regard de la PASS Coubertin, la PASS-CH est mieux dotée - “*il y a eu plus de considération après le déménagement de l’hôpital*”, rappelle un médecin libéral qui a une forte expérience de terrain à la PASS Coubertin. Néanmoins, les moyens manquent [cf. Encadré. Numéro 5].

Encadré numéro 5. En octobre 2013, une patiente kényane demande la pilule contraceptive - une sollicitation urgente. L'interprète a cherché dans l'armoire. Alors que l'infirmière en avait commandées, il ne restait plus de boîtes. Celle-ci demande à la patiente de repasser, sauf que les exilés ne sont pas sûrs de pouvoir revenir le lendemain.

Le 25 octobre, une mère africaine et son fils entrent. Leurs regards sont tristes, leurs mains croisées entre les genoux, tous deux regardent dans le vide. Ils viennent chercher un médicament. L'infirmière appelle l'hôpital : *“Ils ne savent pas s'ils ont reçu le médicament ou non.”* Alors elle ouvre la deuxième salle d'attente. Tout le monde la sollicite sans arrêt. Finalement au bout de deux heures, elle rappelle l'hôpital dont elle attendait une réponse. *“Vous deviez me rappeler pour l'Utrogestan®. Ça fait deux heures qu'elle est là cette pauvre femme !”*, s'est-elle énervée. L'infirmière, gênée, finit par demander à la patiente de repasser un autre jour [Carnet de terrain, PASS CH, 2013].

15h36 à la PASS-CH. Le médecin relit un papier de Médecins du monde (MDM), en mordillant son stylo. Le patient a une entorse de cheville. *“On n'a pas d'attelle ici ?”*, interroge un médecin. L'interprète : *“On peut lui faire un strapping.”* Le médecin : *“Demande où ils ont mis les attelles, ça fait trois semaines qu'on aurait dû les avoir.”* Le patient tousse. Le médecin : *“Cough ?”* *“Little.”* Le médecin : *“Je veux les attelles, elles sont où les attelles ? La cadre est à l'hôpital, il faut qu'elle me donne les attelles.”* Il prend le téléphone et l'appelle. Pas de réponse. L'infirmier entre dans la pièce pour évoquer le dossier d'une patiente. Puis, au bout de quelques minutes, le médecin réitère sa demande : *“On a les attelle ou pas ? Faut en trouver pour lui donner !”* L'interprète insiste à nouveau : *“Sinon on fait un strapping.”* Le médecin rétorque : *“Déjà quand tu dors chez toi ça ne sert à rien alors pour quelqu'un qui dort dehors...”* [Carnet de terrain, 2015].

Les professionnels sont amenés à trouver des solutions à la sauvette et prodiguer des soins au rabais. Dans la salle de consultation du dentiste à la PASS-CH, la soignante peste : *“Là par exemple, je n'ai pas le matériel, il faut mettre un amalgame mais cela nécessite un appareil alors je lui mets un pansement d'attente. S'il supporte l'amalgame ça va, sinon, on doit dévitaliser la dent. Il doit repasser dans tous les cas.”* Elle note dans le dossier. Le patient grimace. *“On peut lui*

donner un cachet pour aujourd'hui" [Carnet de terrain, 2015].

La PASS-Ferry 1 dans le premier bâtiment en béton a été l'expérience la plus difficile pour les soignants en matière de confort. Le lieu était exigu, froid avec du carrelage au sol qui renforçait l'impression d'humidité ; des restes de matériel de chantier étaient posés dans un minuscule sas de 4m² situé entre l'espace d'enregistrement et la salle de soins infirmiers. Les soignants pouvaient juste poser une chaise dans le sas pour installer leur patient. Des chaises en bois d'écoliers, réparties de part et d'autre contre les murs, servaient dans la salle d'attente. Il manquait un rideau de séparation dans la salle de consultation, qui comportait deux lits. L'air était confiné. Les patients s'entassaient, le personnel avait du mal à se frayer un chemin. On notait des coupures d'électricité dommageables pour les vaccins placés dans un petit réfrigérateur. Les soignants avaient des cache-nez et des gros pulls, ils se tenaient derrière une petite table sans allure pour accueillir les patients. Ce lieu et la PASS-Coubertin ressemblaient aux vieux dispensaires que l'on peut trouver sur le continent africain. "*On travaillait comme en Afghanistan dans la jungle*", décrit un médecin exilé. À l'inverse, les modulaires de la PASS-CH et la PASS-Ferry 2 ne produisaient pas du tout le même effet : si les services restaient petits, les revêtements neufs donnaient une impression de propreté. Toutefois, un soignant témoignait de la longueur de délais pour obtenir des médicaments, d'une dotation insuffisante et aléatoire, et il indiquait que les patients étaient obligés de revenir un autre jour, "*ils faisaient des allées et venues pour rien*".

Notons aussi que les moyens dont disposent les bénévoles surpassent parfois ceux de l'hôpital. Lors de l'épisode de la PASS-Ferry par exemple, faute de psychiatres hospitaliers, l'équipe médicale de la PASS s'est appuyée sur ceux de Médecins sans frontières (MSF),

mieux dotés en termes de moyens humains. Comme en témoigne un infirmier : *“À la PASS Ferry, on a pris le relais des bénévoles avec des règles et des horaires, et les patients ne comprenaient pas pourquoi on fermait à telle heure. Car, avant, les humanitaires venaient avec de gros moyens : il y avait un kiné en permanence, une équipe plus étoffée. Nous, avec nos petits moyens, parfois les migrants nous le reprochaient.”* À la PASS de Dunkerque aussi, un médecin a indiqué qu’une interprète a accepté un poste chez MSF plutôt qu’à l’hôpital parce qu’elle était payée le double. Un praticien hospitalier dresse un constat : *“L’hôpital a fait des efforts mais il y a des limites à ses efforts. Là où le bas blesse, c’est au niveau de la traduction, chose que les ONG surmontent parce qu’elles ont davantage de volonté politique de faire des soins dans la langue des patients (...). Il y a quand même un manque de volonté politique des hôpitaux à mettre suffisamment de moyens pour pouvoir communiquer dans la langue maternelle des migrants, donc ça, c’est une obstacle dont nous soignants, on pâtissait.”*

Malgré ces carences, on reste loin des situations que la majorité des soignants de la PASS ont pu connaître lors de leur mission humanitaire, où ils ont été confrontés à des conditions de travail plus extrêmes. Une ethnographie a été réalisée par Magali Bouchon (2006) dans un service de pathologies lourdes au Mali. Elle montre combien le manque de moyens peut nuire au travail médical. Des soignants peuvent en effet assister à la mort d’un patient faute de pouvoir l’assister matériellement. Les médicaments sont coûteux, les salles de soins sont vétustes, et l’auteure souligne clairement un manque d’hygiène. C’est ce qu’a pu constater un praticien de la PASS lors de ses missions humanitaires. Il énumère un service des urgences avec quatre sommiers à ressort, un hôpital installé dans un immeuble crasseux, le paiement des médicaments, le manque de sérum antivenin sur un territoire à scorpions, et conclut *“quand tu as vécu ça, tu relativises la situation en France”*. Son collègue, parti en mission humanitaire avec lui, partage la même impression : *“J’ai connu pire en humanitaire.”* Un médecin exilé afghan raconte aussi le dénuement des hôpitaux dans son pays : des patientes du service maternité ont été infectées suite à la dégradation d’une canalisation qui a mélangé des matières fécales à l’eau du robinet. On est loin aussi de ces formes de désaffiliation sociale des professionnels dues à des conditions sanitaires et matérielles déplorables qui mènent à l’irrespect voire l’indifférence dans la relation soignant-soigné, telles qu’elles peuvent être observées dans certaines structures de soins algériennes (Metboul et Salemi *in* Pennek, Le Borgne-Uguen et Douguet, 2014).

Au regard de ces expériences, les soignants relativisent, d’autant que des moyens dédiés aux exilés s’améliorent dans le temps. C’est ce que notent les plus anciens soignants qui ont un recul sur leur expérience. *“Le fait d’avoir la PASS était quelque chose de magique*

pour nous (...), car avant il fallait négocier directement les produits avec le pharmacien qui récoltait des médicaments (...). C'était comme ça, un peu à la sauvette", témoigne un médecin. "La PASS CH était l'espace le plus important que ce qu'on avait connu, ça nous semblait beaucoup mieux qu'avant", se souvient un cadre. Pour les soignants qui ont soigné les précaires dans le cadre d'ONG, avant 2006, les consultations se pratiquaient la plupart du temps dans des camionnettes associatives ou à l'arrière d'un coffre de voiture. Dès lors, pour eux, la PASS Coubertin est arrivée comme une bénédiction. Des soignants sont aussi tolérants vis-à-vis de la direction en précisant qu'elle fait ce qu'elle peut avec les moyens qu'on lui donne à l'instant T. "On ne peut pas critiquer l'hôpital, ils ont toujours essayé de faire pour un bien. Il y a toujours des budgets dans les services. On a toujours fait", se satisfait un infirmier. "On ne peut pas toujours râler sur la hiérarchie ; elle n'est pas toujours responsable de tout. Ici, on est à l'hôpital public, il faut toujours un temps entre l'offre et la demande et c'est partout pareil", affirme une infirmière.

La PASS devient même une sorte de cabinet public de médecine générale, mais mieux doté et adapté aux exilés. Ainsi, elle accueille - alors que ce n'est pas en théorie son rôle - des populations admissibles à l'ouverture de droits. Des bénéficiaires de la CMU non exilés se rendent à la PASS pour obtenir gratuitement un traitement contre la gale plutôt que de l'acheter en pharmacie, tout comme des exilés qui devraient consulter en ville continuent de se faire soigner par des médecins de la PASS. Le citoyen se transforme ici en citoyen de seconde zone (Thomas, 2002). Certains ont d'ailleurs tiré la sonnette d'alarme face à ce risque que la PASS devienne "un guichet de la CPAM", un "circuit de dérivation" dont parlait déjà Isabelle Parizot (2003), parce que les personnes rencontrent des difficultés d'ouverture des droits et que les démarches administratives se complexifient (ainsi du délai de carence pour obtenir la CMU). Un cadre du collectif PASS s'inquiète d'une "dérive" du système qui transformerait la PASS de Calais en "dispensaire de ville bien équipé". En effet, la structure pallie de plus en plus les manques qui existent en ville et les problèmes non résolus pour accéder au droit commun du soin pour soulager les besoins des exclus. Si les exilés se rendent toujours à la PASS, c'est aussi parce qu'il n'y a pas d'interprètes dans les cabinets de ville, ou bien parce que les médecins de ville sont surchargés et ne prennent plus de nouveaux patients.

c. Un travail d'équipe resserré : l'infirmier au cœur des interactions

Les interactions sont directes entre les personnes à la PASS. On note plutôt une communication horizontale (entre les membres de l'équipe) plus que verticale (entre les

membres de l'équipe et la hiérarchie). Le couloir de la PASS-CH qui ramifie les différentes salles a son importance : il est une artère centrale courte où les soignants se croisent, échangent des informations, passent d'une salle à l'autre. Ils sont moins de dix employés à la PASS quotidiennement. On constate, en s'arrêtant sur les tâches de chacun, que la figure de l'infirmier tient un rôle prépondérant.

Présents quotidiennement de 9h30 à 12h45 et de 13h15 à 17h30, à l'inverse des médecins qui interviennent épisodiquement, les infirmiers constituent le socle de l'organisation de travail à la PASS. Ils jouent souvent le rôle de "*pense-bête*" (un infirmier) auprès des médecins de ville, placés un peu en position d'hôtes, ou des médecins exilés qui n'ont pas l'habitude du fonctionnement de l'hôpital français. Ainsi, ils repèrent plus aisément les patients, identifient ceux qui s'y rendent régulièrement et ils peuvent aussi nouer plus facilement un rapport de confiance. Il n'est pas rare d'observer les médecins s'appuyer sur les infirmiers parce qu'ils ont une meilleure mémoire. Cette délégation des tâches s'observe aussi entre les infirmiers et les aides-soignants comme le décrit Françoise Acker (2005) : "Dans un service de chirurgie ambulatoire et de très court séjour, les infirmières, constatant la disponibilité plus grande des aides-soignantes, leur ont proposé de prendre en charge une partie du travail de constitution et de préparation des dossiers de soins avant l'entrée des patients. Ceci allège la charge de travail des infirmières et permet aux aides-soignantes d'avoir, avant leur arrivée, une connaissance de l'histoire médicale des patients." Les infirmiers bénéficient d'une marge de manœuvre auprès des médecins et certains en tirent une fierté de pouvoir aussi leur apporter des informations dans le cadre d'une distribution des rôles non rigide. "*Il y avait ce côté je dirais autonome*", apprécie une infirmière. La "collaboration" - terme souvent employé en entretien entre infirmiers et médecins - agit aussi comme un filet de sécurité. Les infirmiers ont la possibilité de "rectifier le tir" des médecins : ils entrent souvent dans la salle de consultation pour leur demander des précisions sur un traitement, pour souligner une erreur au praticien ou pour lui indiquer des symptômes que le patient n'a pas forcément évoqués. "*Quand il y a un traitement qui nous paraît bizarre, on va voir le médecin*", rappelle une infirmière. De plus, les infirmiers peuvent apporter au praticien de nouvelles informations concernant le patient qui a plus de propension à se confier aux premiers, ce qui fait dire à un médecin que les consultations sont "*évolutives et vivantes*". Déjà, Agnès Camus et Nicolas Dodier (1994) avaient observé le rôle primordial "de donneurs d'ordre" du personnel paramédical à l'égard des médecins internes aux urgences, leur indiquant les cas prioritaires à traiter plus que d'autres.

D'une manière générale, à l'hôpital, l'expression de l'autorité médicale à l'égard du personnel paramédical tend à s'éroder - nous ne sommes plus aux temps des "mandarins"

(Pierru, 2012, 2013) - davantage peut-être dans des structures médico-sociales où la collaboration avec le corps infirmier tend à s'imposer. *“Ça fait longtemps que cela n'existe plus l'autorité du médecin surtout en psychiatrie”*, observe un médecin hospitalier. En théorie, il n'existe pas de rôle hiérarchique entre infirmiers (qui dépendent de la direction des soins) et les médecins nommés directement par le Conseil de l'ordre. Les deux corps au sein de l'institution hospitalière se doivent de respecter le Code de santé publique. En revanche, l'institution prête un pouvoir symbolique au médecin qui a un nombre d'années d'étude plus importantes et l'exclusivité de la prescription, ce qui lui donne une prééminence et une aura par rapport aux professionnels paramédicaux. *“Le couple médecin/infirmière a longtemps cristallisé la division sexuée du travail à l'hôpital”* (Carricaburu et Ménoret, 2004). Un cadre infirmier décrit ce rapport comme *“fonctionnel et non sans ambiguïté”*, et ajoute : *“il faut absolument se faire connaître et se faire respecter. Ils ont le droit de prescription oui mais pas de vie et de mort sur nous”*. Un autre cadre explique qu'on est loin du portrait de l'infirmière exécutante *“qui ne pose pas trop de questions et tant qu'à faire si elle peut être gentille, c'est génial”*. Si cette autorité médicale est encore palpable, on sent malgré tout que le corps infirmier cherche à se constituer en corporation qu'il faut traiter sur un même pied d'égalité que les médecins. On le voit notamment à travers l'évolution des formations diplômantes et la création du statut d'infirmier en pratique avancée : ces professionnels vont acquérir de nouvelles compétences réservées habituellement aux médecins. De plus, l'hôpital-entreprise qui fait peser une pression sur les médecins ouvre un espace aux infirmiers, qui les soulagent d'un certain nombre de tâches. Ce rééquilibrage est d'autant plus palpable à la PASS que le rapport infirmiers/médecins a même tendance à s'inverser en faveur des premiers, qui deviennent un véritable point d'ancrage pour les médecins. Cette inversion du rapport aux hiérarchies habituelles professionnelles est observé dans un *“univers humaniste”* où *“la valeur d'une personne ne se mesure pas à ses titres, mais à son expérience et, surtout, sa capacité à donner”* (Parizot, 2003). Pour autant, les médecins restent respectés. On l'observe à travers l'attitude des soignants à leur égard : *“Docteur”*, *“Monsieur”*, l'usage du vouvoiement, tandis que l'équipe se tutoie. Les infirmiers appellent leur cadre pour savoir s'ils peuvent utiliser le tampon du médecin comme si cela pouvait être un sacrilège de ne pas demander la permission. Le respect du médecin se mesure aussi à travers le rappel des rôles de chacun. J'ai plusieurs fois entendu un infirmier répéter aux patients qu'il n'était pas médecin.

Le pouvoir médical de prescription qui fait autorité (Lert, 1996) est parfois remis en question en contexte d'urgence. Par exemple, une infirmière délivre des médicaments spontanément car elle connaît les habitudes de travail des médecins, non sans vérification a

posteriori, cependant. Les infirmiers se sont retrouvés aussi à faire des points de suture en 2015 à la PASS-Ferry alors qu'ils n'en avaient pas le droit (seul le médecin le peut), car cela permettait de garder une cadence de travail acceptable et de soulager les médecins. *“On dépassait nos compétences mais il fallait aller vite et on ne pouvait pas déranger tout le temps les médecins. Pour les pansements, ils nous faisaient confiance, ils voyaient qu'on se débrouillait. On était dans une structure moins officielle mais ça me convenait”*, indique une soignante qui a pratiqué les points de suture lors de son expérience à la PASS-Ferry. Ainsi l'obligation de ne pas dépasser les compétences réglementaires ou les compétences reconnues, qu'évoque Françoise Acker (2005) s'étiole. On retrouve ce chevauchement des rôles dans les travaux de Michel Castra (2003) réalisés en soins palliatifs : les infirmières et les aides soignantes y sont inscrites dans une collaboration étroite. Michel Castra observe une modification des frontières professionnelles comme on a pu l'observer à la PASS, *“une modification de la division du travail soignant et un assouplissement des relations hiérarchiques traditionnelles”*. Il explique que cette permutation des rôles peut s'expliquer par le partage d'un même espace, d'un même matériau humain et des interventions simultanées auprès des patients.

On voit, dans cette première partie, que, par son emplacement géographique et par son fonctionnement, la PASS est un service à *“part entière”*. La division du travail n'est pas aussi marquée à la PASS et on assiste presque à un renversement des rôles entre le paramédical et le médical. Cette forme d'exercice de la médecine n'est pas forcément attractive. En effet, la médecine médico-sociale reste un secteur qui ne fait pas recette parmi les professionnels de santé.

2. Soigner les exilés désaffiliés : la double réticence

Dans le couloir de la PASS-CH, l'odeur du feu de bois imprègne les manteaux des patients. Lorsqu'ils les enlèvent en salle de consultation, la chaleur emprisonnée sous les habits se dégage, chaleur à laquelle s'ajoutent parfois d'accidentels relents liés à l'absence de douches quotidiennes. *“Faut venir le soir après les dix douches, en plus on a la chance de ne pas pouvoir ouvrir les fenêtres, on a les odeurs de douches, de toilettes, je te promets, c'est sympa”*, commente une infirmière. Des patients sont habillés avec des vêtements récupérés auprès d'associations, vêtus avec des habits mal ajustés, une chaussure au pied gauche, une sandale au droit. De fait, tous les patients de la PASS sont dans des situations sociales extrêmes et soigner cette population n'est pas du goût de tous les soignants.

a. Une médecine “facile”?

Une des réticences à travailler à la PASS vient du fait que s’occuper des précaires dans le cadre d’une médecine médico-sociale, cela n’exige pas de prouesse technique et ce n’est pas “ce qu’il y a de plus prestigieux à l’hôpital” (Bessin, 2003). La médecine générale requiert moins d’années d’étude, et les soignants qui ne parviennent pas à accéder au cursus des spécialités se retrouvent, pour ainsi dire, sur le banc de touche, en médecine générale (Jaisson, 2002). Avec la réforme Debré en 1958, sont créés les centres hospitalo-universitaires (CHU) qui effacent peu à peu le volet “social” de leur activité pour affirmer, une logique de technologie de pointe. Face aux spécialités hospitalières, la médecine générale est alors peu à peu dévalorisée. Isabelle Baszanger a d’ailleurs montré à travers l’intégration des étudiants en médecine générale à l’hôpital que cette discipline, dans les années 1980, est mise à la marge et que les soignants qui la pratiquent finissent par évoluer en autarcie. “En repoussant toujours davantage les médecins généralistes aux marges du système de santé (...), il y a une tendance de plus en plus marquée chez les généralistes à tenter de se définir à partir de la médecine générale et non plus à partir de la médecine hospitalière ; à définir plus largement les zones de compétence de la médecine générale. En ce sens, à la base du système, les médecins généralistes semblent développer une tendance à l’autarcie par rapport à la médecine hospitalière” (Bazanger, 1981). Ce constat a trouvé une illustration lors d’une de mes observations à la PASS de Dunkerque : une infirmière des urgences, en remplacement à la PASS, qui vivait son affectation comme “*une punition*”. Selon elle, les soins n’étaient pas techniques, comparés à ceux dispensés au service des urgences, et elle s’ennuyait. “*Que faire ? À part coller des étiquettes sur les dossiers et faire de l’accompagnement ?*”, se demandait elle. Un infirmier qui travaillait aux urgences précise que des soignants n’étaient pas intéressés par le fait de prêter leur concours au moment de Jules-Ferry, considérant que le travail à la PASS se réduisait à “*aller distribuer des produits anti-gale*”. Les professionnels de la PASS de Calais eux-mêmes reconnaissent que l’exercice de la médecine générale à la PASS n’est pas très compliqué. “*Après, c’est de la médecine générale, ça va vite, c’est pas...*”, le médecin ne termine pas sa phrase mais me laisse entendre que les pathologies sont le plus souvent faciles à détecter et à traiter. “*Le soin est toujours le même*”, abonde un infirmier. Les observations de terrain ont montré que les pathologies sont, de fait, plutôt simples à prendre en charge. Ce sont des soins “*fatalement plus simples, plus basiques pour lesquels les patients classiques ne consultent pas, ce sont des soins primaires même pré-primaires*”, décrit un médecin libéral. Ce qui, dans un service comme les urgences est considéré comme “*chronophage*”, rappelle un infirmier.

Dans la grande majorité des cas, les patients de la PASS relèvent de la “*bobologie*”⁹ et, en cela, les soignants partagent la réflexion que se font les professionnels de santé des soins palliatifs qui reconnaissent aussi que “la maîtrise de la douleur ne constitue pas en général une difficulté majeure” (Castra, 2003). Pour cette même raison, les soins palliatifs sont jugés par leurs collègues comme “*peu crédibles*”: ils s’apparentent à une médecine douce et “*peuvent avoir une connotation très péjorative, étant assimilés à une nouvelle forme de relégation des malades en fin de vie*”. Un cadre de la PASS a indiqué récemment : “*Une infirmière des urgences dit d’un infirmier de la PASS que ce n’est pas un infirmier.*” Un infirmier qui y a travaillé le confirme : “*La gale pour eux ce n’est pas une situation d’urgence, ils aiment le côté dynamique. Les patients qui relèvent de la médecine de ville ne les intéressent pas. La prise en charge, ce n’était pas grand-chose, on y va beaucoup pour délivrer du paracétamol*”. On imagine aussi ce qui peut être pensé dans les services de pointe. Mais même en zone extra hospitalière, s’occuper des exilés est un poids. Ainsi, un infirmier témoigne de sapeurs pompiers qui râlaient de venir les chercher disant “*on va servir de taxi*”. Ces “médecines à la marge” souffrent d’un manque de légitimité et tentent de s’imposer dans le paysage médical. Ainsi la psychiatrie a-t-elle naguère “négocié” sa place (Danet, 2013) car sa pratique n’est pas strictement médicale, contrairement aux médecines installées. François Danet évoque Janous qui, après Crozier, nomme ces soignants de “marginiaux sécants”: “selon ce sociologue, les marginaux sécants tirent leur capacité à réformer leur système d’appartenance, car leur marginalité s’enrichit du fait qu’ils maîtrisent des connaissances extérieures à leur système”. Et comme ces services marginaux, la PASS est un segment professionnel (Strauss *in* Baszanger, 1992) qui “négocie” sa place dans le champ médical.

b. Au bas de l’organigramme

Les exilés qui fréquentent la PASS, vivent dans leur grande majorité dehors, dans ce que les bénévoles surnomment les “*jungles*” (Galitzine-Loumpet et Moghani, 2018). S’occuper de ces populations laissées à la marge comporterait un risque de déclassement professionnel au sein de la corporation. Car, selon le mot que Declerck emprunte à Titmuss,

⁹ Terme relevant du jargon médical et qui regroupe les pathologies bénignes, faciles à diagnostiquer, telles que les maux de tête, ventre, douleurs articulaires.

“le médecin des pauvres est un pauvre médecin” (Declerck, 2001). Malgré le serment d’Hippocrate, pour certains professionnels, devenir médecins des pauvres les transformerait en pauvres médecins. D’une certaine façon, ils sont pris par cette “peur de la pollution” dont parle Norbert Elias (1965), qui écrit : “tout contact avec des intrus menace d’abaisser son statut au sein du groupe installé. Il risquerait d’y perdre la considération des autres, aux yeux de qui il ne partagerait plus la supériorité que s’attribuent les installés.” C’est ce que l’on retrouve aussi dans l’enquête sur les soins palliatifs réalisée par Michel Castra (2003). Le sociologue montre que les professionnels qui y travaillent sont considérés par leurs collègues des autres services comme des “déviant”. En effet, soigner les mourants semble incompréhensible pour certains.

Cette gêne, on la retrouverait à l’égard des exilés chez des professionnels de santé de l’hôpital qui ne travaillent pas à la PASS, à en croire les entretiens réalisés auprès des soignants de la PASS qui rapportent les réticences de “professionnels des étages”. Certains ne s’imaginent pas s’occuper des pauvres et encore moins des “*migrants*”. Les soigner n’est pas forcément positif à leurs yeux et la PASS souffre encore d’une image négative. Je m’appuie ici seulement sur ce que rapportent les soignants de la PASS mais cela doit se rapprocher de la vérité tant les témoignages sont nombreux. “*C’est dénigré parce que ce sont des migrants - mais ça c’est mon interprétation ; [il y a] la peur de l’autre, de l’inconnu (...). Ils viennent et ils ont souvent la gale, ils ne sont pas propres, les marginaux qui arrivent, ils sont dans un état d’incurie, alors c’est très cliché mais ça reste quoi*”, explique un infirmier. Une collègue surenchérit : “*Moi ça m’est déjà arrivé d’entendre : ‘Ouais bah de toute façon, c’est un migrant, donc c’est bon, le rendez-vous, de toute façon, il ne viendra pas’*”. “*Quand je dis que je bosse à la PASS, ils me regardent tous avec des grands yeux et disent : ‘Ah ouais tu te sens en sécurité ?’ Du point de vue des autres soignants, c’est un service qui est lourd, qui est dur*”, relaie une psychologue. La réticence se manifeste aussi dans le comportement : des soignants afficheraient aussi clairement dans certains services leur refus de ne pas rentrer dans la chambre des exilés par peur d’être contaminés. On retrouve d’ailleurs ces préjugés chez les pompiers ce qui ne manquait pas d’indigner un soignant exilé : “*Les gens devaient partir tout de suite aux urgences, parfois ils attendaient des heures pour les conduire ou les pompiers prenaient le temps de la réflexion parce que la jungle, c’était trop risqué. Ils devaient attendre d’être accompagnés par la police, je me suis dit : ‘Ce n’est pas vrai! Les migrants ne sont pas violents’, toujours, il y a des préjugés*”. Ce type de rejet a aussi été observé également dans une étude auprès des patients roms (Prud’Homme, 2015). Comme dans un service de soins palliatifs, la PASS “bénéficie d’un faible prestige” (Castra, 2003). Les soignants seraient ceux qui occupent les “postes

poubelle” (Une infirmière) et effectueraient les basses besognes. D’ailleurs, les soignants de la PASS sont stigmatisés comme étant les “médecins des migrants”. Dans ce contexte, s’occuper des exilés constituerait donc une tâche ingrate “un sale boulot” (Hughes, 1962) délégué au personnel de la PASS. Un peu comme pour les soins palliatifs qui reçoivent des patients complexes et considérés comme “difficiles” dans les autres services (Schepens, 2014). “Ainsi à l’hôpital, peuvent devenir indésirables non seulement les pauvres, mais aussi les médecins des pauvres” (Lecarpentier, Lhuilier, 2012). Plus qu’une question relative aux “migrants”, ces réticences interrogent aussi le rapport qu’entretiennent les soignants à l’égard des pauvres. De ce point de vue, les médecins de ville qui interviennent à la PASS se démarquent aussi d’autres médecins libéraux qui s’attardent moins sur les personnes défavorisées. Caroline De Pauw (2013) a montré que des médecins de ville ont des difficultés à accueillir ce public précaire au point de penser que ce public méritait une médecine spéciale : “un discours assumé par une partie du corps médical ferait de la précarité une ‘spécialité’, un exercice particulier à l’image de ce qui peut se faire pour l’alcoolologie, la toxicomanie” (De Pauw, 2013). Caroline De Pauw relate aussi que des médecins généralistes dans les cabinets de ville refusent des patients précaires par souci de qualité des soins car, expliquent-ils, ceux-ci ont besoin d’être pris en charge plus longuement qu’un patient non précaire. L’universitaire révèle en fait que ces médecins se défient de la précarité, les pauvres étant appréhendés comme une charge. C’est donc tout un art de trouver de “bonnes âmes” pour soigner ces pauvres, dont une élite médicale ne veut pas entendre parler.

La migration est un mouvement continu à Calais. La frontière renforce la présence des exilés sur le territoire. Cette durée inscrit donc la PASS en tant que dispositif de santé pérenne et non plus provisoire. Si cette prise en charge spécifique des précaires exilés s’ancre sur le territoire, elle semble néanmoins se réaliser discrètement. La topographie de la PASS démontre qu’il existe une réflexion autour de la visibilité et l’invisibilité des patients - précisément parce que ce sont des précaires exilés - pour le public non précaire et non exilé. Cette réflexion met en jeu des questions de stigmatisation, de déstigmatisation et pose des dilemmes entre exposition ou protection d’une population précaire. Ensuite, le manque de moyens est interprété par des professionnels comme une absence d’ambition médicale pour ces patients exilés, un argument nuancé par d’autres soignants, plus anciens, qui notent une évolution des conditions matérielles de travail au fil des années. Enfin, la PASS est aussi

atypique car elle oscille entre un pôle médical et un pôle plutôt “humaniste” où les infirmiers jouent un rôle prépondérant et disputent aux médecins l’autorité qui était traditionnellement la leur.

Soigner les exilés rebute certains professionnels des services spécialisés. Travailler à la PASS est en ce sens perçu comme peu remarquable, usant et relevant pour ainsi dire de la “basse besogne” ; comme une médecine de la double peine, avec un soin adressé aux précaires, qui plus est, des étrangers. La peur d’une rétrogradation ou d’une contamination par une patientèle venue d’ailleurs, réactive bien des préjugés. Ces professionnels portent aussi un regard critique sur le type de médecine exercée qui serait plus rudimentaire et, par conséquent, peu digne d’intérêt. Or, nous verrons que les professionnels de santé de la PASS ripostent. Ils tiennent un discours qui loue leur pratique. Celle-ci serait plus complexe qu’il n’y paraît, réactualiserait des valeurs perdues, notamment un sens du travail et une proximité avec le patient. Cette médecine a ainsi pu aider des soignants “cabossés” par un système hospitalier pusillanime et bureaucratique.

II. Les soignants d’une institution rebelle

Cette première lecture sociologique perçoit les soignants comme exécutants du sale boulot. Une seconde lecture les appréhende plutôt comme les “gardiens” des valeurs relatives au service public (intérêt général, égalité de traitement, neutralité). La PASS ne serait plus une structure où l’on “s’occupe” des précaires mais, au contraire, un lieu où l’on s’en “préoccupe”. D’ailleurs, un cadre à la direction des soins préférerait parler de “*prendre en soin*” plutôt que de “*prendre en charge*”. Et de fait, les soignants investissent leurs actes de sens : ils ont “*le souci de*”, ils sont soucieux. Les patients, plutôt que d’être considérés comme un poids, sont donc accueillis.

A. De “s’occuper de” à “se préoccuper de” : le renversement du “sale boulot”

Dans un contexte de rationalisation des coûts, les pauvres sont ceux qui sont perçus comme une charge. C’est pourquoi, en continuant à les accueillir et en leur dédiant ses services, la PASS fait presque office d’institution rebelle, adoptant une “forme de résistance active” qui “trouve son fondement dans l’adhésion des professionnels à des valeurs sociales

de solidarité et de justice et constitue un processus psychosocial de dégage­ment par rapport à des contraintes contradictoires” (Lecarpentier, Lhuilier, 2012).

1. Amarrer les exilés au soin

Avec leurs parcours professionnels si singuliers, comment les soignants de la PASS font-ils corps ? Autour de quelles valeurs se retrouvent-ils ? Pourquoi acceptent-ils de travailler à la PASS ? Nous verrons que le sentiment de se rendre utile est très présent, que leur prise en soin des précaires est sans jugement et que malgré leurs opinions politiques, les professionnels se mobilisent autour du soin.

a. Être utile aux démunis : le sens du travail, le service à l’autre

Les exilés sont - de par leurs conditions de vie - éloignés du soin (Math, 2009 ; Cognet, Hoyez, Poiret, 2012). La plupart des professionnels interrogés se sentent investis d’une mission, ou bien ils ont le sentiment de servir à quelque chose. Dans les entretiens, reviennent fréquemment les termes ou expressions *“être au service de”, “rendre service”, “être utile”* ; le verbe *“apporter”* est récurrent. *“Ma volonté, c’est aussi d’avoir un métier qui soit au service des autres. Je me sens utile pour ces personnes, je réponds à un besoin”*, signale un médecin libéral. *“Il me manquait l’utilité aux autres. Je voulais être plus utile à l’humain au sens large. Je crois que j’ai toujours eu un problème avec l’injustice, j’ai toujours été attirée plus vers les gens qui ne peuvent rien à leur situation”*, remarque une psychologue. *“Il faut avoir une ‘fibre abbé Pierre’!”*, résume un médecin. Un autre répète comme une litanie ce que ses parents lui ont enseigné : *“Il fallait toujours aider l’autre, aider l’autre, c’était comme un formatage.”* Pour lui, ce métier est aussi une façon de rendre à ses parents ce qu’ils lui ont donné, *“c’est quelque chose de louable, je rends par l’action, c’est important de soigner de manière décente”*. On ressent aussi les influences de l’éducation chez d’autres praticiens. *“Je suis athée mais j’ai des principes de vie comme la solidarité et l’humanité”*, souligne un psychiatre. Quand un troisième raconte que *“depuis tout petit, la présence de quelqu’un qui n’est pas bien, ça ne m’a jamais plu, c’est un élément qui m’a guidé vers la médecine”*. Un médecin libéral de 55 ans embraye : *“J’avais envie d’exercer la médecine autrement et auprès de populations défavorisées.”* Des professionnels estiment que les précaires sont davantage dans le besoin, *“qu’il est important de les soigner de manière décente”* (un médecin de ville) et ces derniers présenteraient même un surcroît d’intérêt ; ils seraient même en quelque sorte plus légitimes à recevoir des soins, comme le

pense cette psychologue : *“Limite, je suis plus intéressée par la précarité que par les gens qui seraient... Parce que c’est beaucoup plus profond, beaucoup plus humain. Voilà, on est capable d’aller dans des choses très humaines, très fines.”* De même, sa collègue la suit sur cette position : *“J’ai un problème avec l’injustice, je suis attirée par les gens qui ne peuvent rien à leur situation.”* Il y a aussi un côté héroïque à aller *“vers des situations qui font peur aux autres. J’aime mettre les pieds dans le plat !”* La vulnérabilité des exilés connecterait les soignants à des valeurs qu’ils estiment plus profondes. Sans être un engagement clairement formulé, ces professionnels ont une sensibilité à l’égard des plus démunis et sont attachés à cette idée d’amarrer ces patients au soin. Finalement, ce n’est pas tant les exilés qui intéressent les soignants mais bien plus généralement “les précaires”, terme générique qui regroupe les exilés et tous ceux qui restent en marge du soin. Ainsi, en soignant les précaires, ils défendent des valeurs de justice sociale, de service public, de soins pour tous, autant de valeurs ancrées dans la profession à travers le serment d’Hippocrate et qui en font aussi sa noblesse.

Soigner est une solidarité active au cœur du politique qui permet de répondre aux besoins et dangers de l’existence humaine et sociale : le soin constitue “un effort pour guérir” (Worms, 2010). Les soignants sont en quelque sorte investis d’une mission, celle de ne pas laisser tomber le blessé ; celle, héritage des Lumières, d’agir pour porter assistance aux étrangers. La pratique du soin soulage et comme le rappelle Frédéric Worms à la suite de Canguilhem, elle est à la fois le traitement d’une souffrance mais aussi d’un être humain. S’occuper des plus faibles nécessite un surcroît d’éthique. “L’indifférence de la médecine à leurs risques propres est une question éthique majeure” (Sicard, 2017). Soigner les exilés, c’est aussi soigner le clandestin, la personne en situation irrégulière (la majorité des patients de la PASS) le plus souvent menacée d’expulsion par les autorités, c’est soigner le passeur, soigner le taliban. Les professionnels ont intégré pleinement le principe du serment d’Hippocrate et les valeurs de la Croix Rouge qui les obligent à soigner tout le monde sans distinction. “Aider l’autre” est souvent une valeur transmise par leur environnement familial ou alors les soignants y ont été sensibles car ils ont été confrontés à des situations de pauvreté ; ce qui, d’ailleurs, a pu avoir parfois une incidence sur le choix de leur métier. Le terme de “mission” relatif au service public de santé revient aussi souvent dans les entretiens ; et, on perçoit, dans l’usage de ce terme, la force de l’engagement ainsi qu’un véritable attachement à la justice sociale.

Ce contact avec les démunis nécessite d’exercer une médecine moins technique et davantage relationnelle. Les professionnels de la PASS renversent la dépréciation de leur exercice, reconnu comme spécialité en 2004, par leurs confrères en évoquant leur passion

pour ce qu'elle représente. Ils trouvent un "intérêt intellectuel de la pathologie" (Dodier, 1994). Nicolas Dodier le définit "par la capacité d'un cas à être un défi pour la démarche diagnostique" comme les cas difficiles à résoudre ou les cas peu ordinaires qui apprennent quelque chose au médecin. La diversité des cas que propose la médecine générale suscite ce type de plaisir intellectuel. *"Il y avait tout, il y avait des plaies, on faisait tout, on faisait tout, on faisait même de la gynéco à des moments, c'était une offre de soin variable en fait et on voyait plein de choses. (...). C'était un plaisir, c'était découvrir des pathologies méconnues, tout ce qui est pathologie de type autre, par exemple, crise de paludisme, que nous on ne connaît pas du tout"*, s'enthousiasme un infirmier de la PASS, tandis qu'un médecin urgentiste souligne qu'aux urgences, *"ça va des crises de spasmophilie chez la jeune fille qui a appris une mauvaise nouvelle avec son copain à l'arrêt cardio-respiratoire(...). C'est aussi une médecine où l'on apporte parfois l'entièreté de l'acte : on arrive avec une pathologie, on se sent guéri."* Un autre praticien appréciait *"ne pas traiter qu'un organe"*, tout en soulignant la difficulté de la pratique et en pointant aussi les soignants qui ne souhaitent pas s'occuper des précaires : *"c'est facile de soigner la petite bourgeoise"*, disait-il ironiquement. Déjà Jacques Hassin (2016) s'enorgueillissait d'être un "clodologue". La pratique de la médecine générale à la PASS oblige à prendre en compte dans son ensemble le patient et à être dans une *"démarche holistique"*, décrit un cadre. Les entretiens mettent en lumière un grand respect de la part des soignants à l'égard de cette discipline qu'est la médecine générale pratiquée auprès des pauvres. Comme en témoigne un médecin libéral : *"Il n'y a rien de plus noble que l'aspect clinique de la médecine. Poser de beaux diagnostics après avoir examiné un patient."* Certains relèvent les qualités d'un tel service : *"Je pense que c'est une médecine qui a sa raison d'être. (...) Faire un cathétérisme cardiaque ou discuter avec un migrant et trouver son problème, il n'y a pas une hiérarchie de valeurs là-dedans (...) ce ne sont pas les mêmes aptitudes, les deux sont utiles."*

La médecine médico-sociale favorise le *care* qui partage avec le don l'idée qu'ils constituent tous deux le "pouvoir des faibles" (Chaniel, 2014) ; les *"care-givers"* apportent un "soutien essentiel à la vie", ils font tenir les individus dans un monde commun, il existe aussi une condition commune de "précarité de soi, de l'autre, de la vie-même" (il cite Butler), une exposition à la violence. Cette sensibilité pour l'injustice sociale puise aussi ses racines dans les récits biographiques des soignants telle cette infirmière choquée par la pauvreté qu'elle a découverte crûment, étant enfant, lors d'un voyage avec ses parents au Sénégal. Telle autre, qui a été sensible aux images d'enfants malnutris diffusées à la télévision, se souvient des mouches qui tournaient autour d'eux. Ainsi la PASS réceptionne les vulnérabilités et donne un sens à l'engagement des soignants. Si les soignants travaillent

dans ce dispositif de soutien, c'est aussi parce qu'ils adhèrent à l'acceptation que Marc-Henri Soulet (2005) donne à la vulnérabilité, à savoir comprendre les individus comme des individus qui ont un pouvoir d'action faible et qui ont besoin d'être soutenus. Ainsi, les soignants s'envisagent comme ressource pour répondre à leur besoin et vont s'y employer par l'intermédiaire de ces dispositifs qui s'adressent à l'être "susceptible d'être blessé" (Soulet, 2005). Ils sont ceux qui lui offrent la possibilité de "se tenir de l'intérieur" (Martuccelli, 2002) car les exilés à Calais sont des individus qui ne peuvent se constituer eux-mêmes comme êtres indépendants ; tellement vulnérables, ils ont besoin de passer par des structures de soutien pour accéder un tant soit peu à l'indépendance ; ils sont "mis à l'épreuve" avant d'intégrer la société.

L'inscription des soignants dans ces dispositifs de soutien des précaires est une forme de refus de l'inégalité médicale. Même s'il faut toutefois rappeler que la PASS ne parvient pas à toucher tous les exilés car, de fait, le degré de handicap ou de vulnérabilité, la méconnaissance du positionnement géographique de la PASS, la peur de s'y rendre, l'éloignement du lieu (il leur faut parfois parcourir au moins trente minutes de marche), l'impossibilité de se déplacer, la barrière de la langue, la surpopulation à la PASS sont susceptibles de freiner l'accès aux soins.

b. Assumer de soigner les exilés

La migration est un sujet politique qui peut produire des clivages forts à Calais. Choisir de soigner les exilés comporte un risque relationnel pour les professionnels de santé - notamment le risque d'être plus ou moins bien perçus par l'entourage et les proches. "*Quand j'ai annoncé à mes parents que j'allais travailler là-bas, les premières réactions de mes parents, ça a été des réactions négatives. Ma mère m'a dit : 'Tu vas te faire violer. Tu vas te faire attaquer...' Mais bon j'ai des parents qui ont 80 ans maintenant et qui voyaient les réfugiés par l'intermédiaire des bagarres*", justifie une infirmière. "*Je me souviens quand j'ai pris ce poste, j'avais tous les types de réactions dans mon entourage proche du 'c'est génial' à 'Oh mais t'es folle!'*", se remémore une psychologue. Les soignants assument plus ou moins de parler de leur métier avec leurs proches. "*Ce n'est pas que je n'osais pas, c'est que je me suis dit : 'Tiens, je ne vais pas trop en parler, trop...pas cacher parce que...'*" Cet infirmier souffrait de l'image qu'il incarnait en travaillant à la PASS, l'image d'un "pro-migrant" pour son entourage ; il exprime à demi-mot que c'est aussi ce qui l'a - entre autres - poussé à partir. Ils sont plus prompts à défendre leur fonction face aux critiques des

professionnels des autres services ou lors de rencontres extra-familiales. Ils usent alors de la provocation, de l'ironie ; certains se plaisent à relever le défi et se mettent en tête de convaincre ceux qui les dénigraient comme un challenge. On songe à cette psychologue maniant l'ironie avec un voisin raciste ; à ce médecin libéral qui philosophe, *“ce qui compte, c'est l'action que nous menons. Le regard des autres nous importe très, très peu”* ; à cette infirmière qui affirme, *“moi je ne me sens pas mal à l'aise vis-à-vis des autres, c'est plus les autres qui se sentent mal à l'aise. Moi ça m'est déjà arrivé d'entendre : ‘Ouais, bah de toute façon, c'est un migrant. C'est bon quoi le rendez vous, de toute façon il ne viendra pas.’ Ce genre de choses... Après c'est eux qui déconnent, c'est pas nous”*, affirme une infirmière.

Travailler auprès des exilés n'est donc ni neutre, ni anodin, et cela fait partie des “métiers connotés” ou qui convoque aisément chez l'interlocuteur un imaginaire, des préjugés et le débat politique.

2. La compassion plutôt que le sermon

Retourner cette notion de “sale boulot”, c'est aussi parler des patients défavorisés dans un autre registre que celui de la responsabilité de soi, de l'accusation, du jugement. C'est passer sur un mode de représentation relevant de la compréhension, de l'empathie et de la compassion. Les soignants de la PASS sont à l'avant-poste de ce que la société peut produire en matière d'exclusion. *“(…) Ce corps apparaît aussi plus ‘vrai’, car il est le révélateur de situations d'exclusion qui perdurent et s'accroissent dans notre société. Bref, il est le témoin de la précarité que le corps socialisé s'emploie à démentir”* (Dambuyant-Wargny, 2006).

a. Tolérance et souplesse

Les réactions et comportements du personnel soignant à la PASS quant à l'environnement social de leurs patients viennent désamorcer les réactions négatives à l'égard des pauvres auxquelles les travaux sociologiques nous ont habitués [cf. Encadré. Numéro 6].

Encadré numéro 6. Lors d'un soin, une infirmière retire le pansement d'un patient qui s'est mordu. Le bandage déposé, l'odeur de la plaie emplit toute la pièce, elle est fétide. La soignante reste impassible et s'inquiète surtout de la gravité physique de la morsure. Elle enjoint le patient à passer son poignet sous l'eau avant de le soigner.

Le sale incarne la souillure (Douglas, 2001). La mauvaise odeur qui “indique une menace, un désagrément” (Le Breton, 2015), vise au XVIII^e siècle les classes laborieuses nommés “hommes-fumiers” (Corbin, 1982). Les gestes hygiéniques contemporains, qui symbolisent la lutte microbienne, et participent à la mise à distance des corps des patients. À l'inverse, on observe que les soignants adoptent des comportements de sorte qu'ils ne heurtent pas le patient vis-à-vis de sa condition sociale ; ils font montre de tact et s'inscrivent dans un “ethos médical” (Camus, Dodier, 1994) prévenant. Le recours aux gants pour soigner les patients n'est pas systématique : on constate que lors des consultations, des professionnels ont un contact direct avec les corps et ne se lavent pas non plus systématiquement les mains. *“Il vaut mieux peut être agir sans gants et après avoir les mains sales et se laver les mains plutôt que mettre des gants, les enlever tout le temps”*, préfère une infirmière. *“Parfois, je ne fais pas attention, je ne mets pas de gants, je regarde avec mes mains des abcès cutanés, des mycoses, ce n'est pas gênant”*, affirme un médecin exilé. Ils se démarquent ainsi du courant hygiéniste qui instaure une “propreté de contact” (Vigarello, 1999) et de l'ère post-pasteurienne et d'Ignace Semmelweis (France Culture, 2020), obstétricien hongrois, qui préconise le lavage des mains. Ce qui ne signifie pas, par ailleurs, que les soignants de la PASS sont négligents avec les règles d'hygiène mais bien qu'ils se réapproprient une gestuelle de sorte qu'elle ne déstabilise pas les patients ; que ceux-ci ne se sentent pas repoussants. On pense ici à la poignée de main sans gant comme faisant partie des procédés précautionneux constatés dans l'enquête réalisée auprès du Samu social à Paris (Cefaï et Gardella, 2011) : “elle se fait sans gants, selon la volonté du ‘Doc’, et quand le froid de l'hiver impose des moufles ou autres gants en laine, les maraudeurs ont pour consigne de les retirer pour manifester le respect de la personne.”

La relation avec les patients précaires exige aussi des qualités relatives à l'intelligence sensible, la précaution, à la finesse de l'acte, au ressenti, afin de ne pas blesser l'autre. Aucune marque de dégoût ou d'écœurement n'a été remarquée lors de ces années d'observation. La

seule fois où cela s'est produit, c'est lorsqu'un patient, contre toute attente, a présenté un sachet avec ses crachats verdâtres directement sous le nez de l'infirmière qui a marqué un recul brutal et compréhensible, suivi d'un "bah"; hormis cette anecdote, "l'agression des sens" (Vassy, 2004) ne s'exprime pas. Même lorsqu'en entretien, on interroge les soignants sur l'éventualité d'un dégoût face à l'hygiène des corps de leurs patients, la question paraît saugrenue, comme si ce genre d'interrogations n'avait pas lieu d'être. Un médecin dira qu'il a l'expérience des précaires et se "*sent à l'aise*". On a par exemple un médecin hospitalier qui utilise souvent l'humour : le médecin s'avance vers le corps du patient et lâche en chœur avec l'interprète : "*Des champignons !*" Les pieds sont abîmés. Le médecin plaisante : "*C'est très bon les champignons.*" [Carnet de terrain, 2015]. Ce recours à l'humour est aussi observé par Nicolas Dodier (1994) aux urgences et ce dernier montre que le dégoût devient objet de plaisanterie. Parfois, pour éviter de stigmatiser son patient lorsqu'elle frictionne ses mains avec le produit, une soignante lui en donne et tous deux se frottent les mains en même temps, une manière de rétablir un rapport d'égalité. On l'observe à travers la façon dont des médecins vont proposer une douche aux patients, celle-ci qui constitue un "*début de soin*" indique un médecin et assure une bonne continuité des traitements. Cette demande peut s'avérer délicate auprès d'un public qui n'a pas forcément accès aux dispositifs d'hygiène. Des stratégies sont trouvées, telle la reformulation de phrases, comme pour ce médecin exilé qui pèse ses phrases de sorte que les patients les comprennent positivement : "*On peut trouver un autre chemin pour y arriver sans qu'il pense cela comme une insulte. Lui dire que pour la santé, c'est important. Qu'en étant propre, il sera moins malade. (...) Son moral n'est déjà pas bon alors si tu lui parles directement...*". "*Si vous arrivez en disant à l'autre, tu es sale, je ne peux pas te toucher, vous ne ferez rien, vous n'avez rien à faire là*", souligne un médecin.

En sondant le rapport qu'entretiennent les professionnels à la dimension sociale de leurs patients, on observe que c'est presque un art de ne pas blesser l'autre puisqu'il faut user de politesse et de finesse pour atteindre l'objectif médical sans mépriser socialement l'autre. "L'asphyxie éprouvée par les intervenants qui doivent mettre entre parenthèses leur écœurement et dompter le hoquet de leurs tripes, pour que s'ouvre un espace de soin et d'attention" (Cefaï et Gardella, 2011). Ce comportement est même à contre-courant du mépris de classe généralisé dans la société (Axel Honneth, 2006). Un mépris qui peut s'exprimer à travers le mot "beauf", qui incarne la "destitution de la classe ouvrière" (Mauger, 2019) et tel qu'aujourd'hui le mot "cas soc" (cas social), couramment employé, l'illustre. "Cette interchangeabilité concerne une certaine population 'assistée'. Celle-ci, classée généralement sous l'appellation 'cas sociaux', est refoulée d'un établissement à

l'autre." (Chauvenet, 1976). Les formes d'intolérance à la vulnérabilité de l'autre sont présentes, le stigmatisme est associé au statut d'assisté social (Weill 2012). La figure du méritant, la responsabilisation comme nouvelle forme de domination (Martuccelli, 2014) s'imposent et le pauvre devient celui qui n'a pas assez œuvré pour se faire une place dans la société. La médecine des précaires propose ainsi un ethos qui va dans le sens inverse de la société du mépris.

b. Les registres de la compréhension

On l'a vu, la condition sociale des patients de la PASS rebute certains professionnels de santé ; le pauvre est encore perçu comme porteur de "maladies honteuses" (un médecin). Il faut donc des dispositions pour travailler à la PASS, la fameuse "appétence" pour l'autre dans ce qu'il a de différent. *"Aux urgences, on accueille tout type de population, ceux qui sont psy, SDF, alcoolos, ceux qui vomissent. Moi ça ne me gênait nullement"*, se souvient un cadre. En scrutant leur *curriculum vitae*, on remarque qu'il existe des éléments qui témoignent d'une ouverture d'esprit à l'égard des populations précaires. Un médecin libéral, par exemple, a effectué sa thèse sur l'accès aux soins des plus démunis. Un autre s'exclame : *"dès que ça pue, j'y vais ! Si l'odeur me dérange ? J'ai fait un diplôme de podologue donc les pieds, un diplôme de médecine légale, de proctologue. L'odeur ne me rebute pas et le 'côté sale' des gens ne m'a jamais posé problème ; au contraire, c'est là où le médecin peut vraiment être utile. J'aimais bien travailler avec ces gens et faire des gestes à la vif, c'est aussi notre rôle de soigner les gens les plus défavorisés."* Une dentiste - qui me reprend d'ailleurs lorsque je parle de sa "clientèle" en disant "patientèle" - rappelle avoir *"toujours fait de la détection pour la Sécu pour des bilans bucco-dentaires qui sont pas ou peu payés - moins de 20€ - pour des gens en difficulté"*. J'ai tenté de créer des catégories en observant le rapport des professionnels de la PASS à la condition sociale de leurs patients. J'en ai dégagé trois en étudiant aussi les entretiens. Il y aurait en premier lieu les "accusateurs du système", ensuite "les sportifs de l'éthique" et enfin les "universalistes".

Les "accusateurs du système" insistent sur le fait que leurs patients ne sont pas responsables de leur condition, qu'ils la subissent, que l'humain doit primer. Cet écrasement de l'individu par son environnement social participe d'une vision bourdieusienne qui décrit un système qui détermine les individus (Bourdieu, 1970). *"Le médecin, c'est celui qui va accepter et comprendre les choses : le corps abîmé, le corps sale, on peut le qualifier comme on veut ; ils restent des hommes dans leurs conditions"*, plaide un médecin libéral. *"Ce sont les conditions de sa vie, c'est pour ça qu'il est un peu sale, c'est normal. (...) C'est l'odeur,*

quand ça fait quelques mois qu'il ne s'est pas changé, qu'il n'a pas pu prendre une douche, qu'il n'a pas changé ses vêtements. (...)", défend un médecin exilé.

Les "sportifs de l'éthique" sont ceux qui mettent en œuvre le dépassement de soi, forcent leur réaction naturelle pour aller plus loin, se dépassent afin de pouvoir garder le contact avec l'autre et procèdent à des opérations "d'accommodations de l'intérieur pour supprimer la source de répulsion" (Camus et Dodier, 1994). *"Au foyer, ça sent comme vingt bonhommes qui ont dormi dans un dortoir et qui ont tous utilisé le même toilette sans fenêtre, (...) ça pue, c'est horrible, ça ne m'empêche pas d'y aller (...). C'est un exemple mais ça veut dire que je peux passer un moment avec quelqu'un qui va choquer une autre personne"*, s'adapte une psychologue. *"Il faut faire un effort. Il faut dépasser ça. Il faut dépasser. Il faut se dire : 'Bah, c'est comme ça'"*, recommande un médecin. Ces soignants surmontent leur dégoût et réflexes naturels. "Il faut savoir prendre sur soi pour l'accueillir tel qu'il est, et vaincre sa peur d'une proximité avec une telle souffrance ou marginalité. En plus, il va être source de travail et de soucis, de préoccupation" (Verspieren, 2006).

Enfin, les "universalistes", les plus nombreux, correspondent aux professionnels de la PASS qui rappellent que la saleté n'est pas spécifique à la pauvreté et au lieu dédié, puisque des soignants témoignent de leur expérience en cabinet libéral. *"Ma patientèle m'insupporte plus quand ils sentent la sueur que eux qui sentent le feu de bois."* *"À la PASS, je n'ai pas ce problème-là ; si je le rencontre c'est ici en cabinet"*, observe un médecin ou dans les autres services hospitaliers quelles que soient leurs conditions sociales. *"Ce n'est pas le type de médecine qui change, c'est plus sur le terrain sur lequel on intervient, la précarité ; c'est une précarité sociale mais les pathologies, le corps sale c'est pas forcément chez les précaires. Souvent ce sont des jeunes, jeunes en âge qui s'abîment plus vite. Alors qu'en gériatrie si vous n'aimez pas le corps qui souffre, il ne faut pas travailler dans le soin"*, parle d'expérience un médecin. *"Le social, il est partout qu'on soit infirmière, qu'on soit en psy, qu'on soit dans les étages"*, ajoute une infirmière.

Ces stratégies du tact contribuent à rendre possible le soin et "à entretenir la grammaire des interactions civiles" (Gardella et Cefaï, 2011). Il semble important de rappeler ici qu'on est loin à la PASS, des descriptions quasi nauséuses de Patrick Declerck (2001) sur l'odeur et l'état d'hygiène des clochards de Paris : "la puanteur est lourde, enveloppante comme de la poix. Odeur âcre, écœurante, insidieuse qui prend à la gorge et imprègne les vêtements." Les SDF sont ainsi réduits à une population en décrochage avec l'hygiène. Or, Daniel Cefaï et Edouard Gardella ont réalisé une analyse plus fine notant différents rapports entretenus à l'hygiène : "les SDF, comme les ADF, peuvent être des maniaques de l'ordre et de la propreté ou, à l'opposé, s'accommoder de la plus grande

pagaille et d'une hygiène approximative", écrivent-ils. Durant mes observations, j'ai constaté que les exilés tentent de maintenir un rapport à l'hygiène, ils continuent à prendre soin d'eux, comme le remarque un soignant : *"Ils ne sentaient pas mauvais. Le charbon de bois, c'est tout. Par rapport à leurs conditions de vie, ils étaient propres. Forcément quand ils font des kilomètres dans la gadoue, c'est normal qu'il ait les pieds sales et les mains abîmées à force de couper les barbelés."* Un médecin libéral casse aussi une idée reçue : *"D'une manière générale pour ceux que l'on voit, ils ont un gros souci de leur hygiène, de leur apparence, ce n'est pas parce que ce sont des populations en migration qu'ils ont abandonné toute dignité. Ce sont des gens d'une dignité qu'on ne rencontre pas toujours ici en cabinet libéral."* Beaucoup de patients examinent leur visage dans le reflet des vitres de la PASS. Même en l'absence de douches, certains n'hésitent pas à se laver dans un canal ou au niveau des bornes d'eau au parc Saint-Pierre. Lorsque des douches ont été installées au centre d'accueil Jules-Ferry, les files d'attente se sont formées et chacun attendait son passage. Dans la *"new jungle"*, des commerçants avaient construit des hammams au fond de leurs échoppes ; d'autres avaient ouvert des salons de coiffure ; des produits d'hygiène étaient vendus dans les pharmacies à la sauvette... Le rapport à l'hygiène n'est pas rompu. D'ailleurs, souvent, les soignants indiquent que les patients *"gardent leur dignité"*. *"Ils étaient propres malgré leurs conditions de vie. Qu'il pleuve, qu'il vente ou qu'il neige, ils faisaient la queue pour les douches"*, s'émerveille presque une infirmière. *"Il y en a qui étaient très soigneux, parfumés, bien habillés"*, décrit une de ses collègues. Car même si ces populations ont été transformées en SDF par la société française, cela démontre aussi que ces patients s'estiment dans une précarité provisoire. On a le sentiment qu'à travers le rapport entretenu par les professionnels de santé avec la condition sociale des patients, on assiste à un renversement positif du *"sale boulot"*. Ce qui est considéré comme du *dirty work* par les uns ne l'est pas forcément par les autres. C'est ce qu'a montré Anne-Marie Arborio (2012) en étudiant le travail des aides-soignantes, et c'est aussi ce qu'a montré par Michel Castra (2003) qui indique que *"les professionnels parviennent à transformer la difficulté du travail en une expérience individuelle enrichissante et valorisante"*.

3. Des "citoyens du monde", des "frontiéristes" mais le soin comme boussole

Justice médicale et compassion sociale semblent rassembler les soignants de la PASS. Néanmoins, leurs avis divergent lorsqu'ils sont interrogés sur leur représentation de la migration. On retrouve cette *"bipartition entre bons et mauvais migrants"* dressée par Jocelyne Streiff-Fenart. On peut donc scinder en deux les représentations des professionnels.

Les premiers réfléchissent la migration comme un processus choisi par les exilés : ceux-ci seraient arrivés en France parce qu'ils l'auraient voulu. Les seconds, l'abordent comme une chape de plomb, une contrainte qui pèse sur leurs patients.

a. Misère choisie ou la migration comme chape de plomb

Les soignants qui adhèrent à l'idée qu'il y aurait des "mauvais migrants" dissocient les exilés de pays en guerre des migrants économiques ; cette catégorisation des situations est intégrée par les autorités publiques et décriée par les associations d'aide aux exilés. Ils ont une vision en concordance avec l'intervention rocardienne - avant son remaniement par la gauche¹⁰ -, qui les amène à penser "qu'on ne peut pas accueillir toute la misère du monde" et qu'il "faut résister à cette poussée constante" (Discours prononcé en juin 1989) ce qui, à la limite, justifie qu'on puisse trier les exilés et installer des frontières. Certains seraient légitimes à être en France, d'autres pas. *"J'ai surtout cherché par exemple pourquoi cette ethnie était là. Je me disais : 'Mais bon, son pays n'est pas en guerre. Je ne vois vraiment pas pourquoi ils sont là (...). Que viennent-ils chercher ? Un Eldorado ? Mais ils vont se planter ici'"*, estime une soignante. Des professionnels vont jusqu'à critiquer le comportement des exilés en France. Une soignante s'indigne : *"Ils sont partis pour un monde meilleur mais ils remettent un monde de bagarre ici"*. Ou encore elle reproche aux exilés de faire la fine bouche en refusant les plats distribués par les bénévoles et établit une frontière "eux/nous" : *"Oui mais nous, on a notre Coluche, notre Toit, nos Enfoirés, ils seraient bien contents d'avoir un repas, on leur distribue pas comme ça. (...) C'est pas assez épicé, ils ne veulent pas deux francs et un Snicker non plus ?"* Implicitement, elle suggère que si les exilés se retrouvent dans la misère en France, c'est aussi parce qu'ils seraient responsables de leur choix et par extension de leur vulnérabilité. Dans le champ politique, l'être "subissant" est quasi-absent au profit d'un être "choisissant" : le ministre de l'Intérieur en mai 2018 a indiqué devant le Sénat que les "migrants" procédaient à du "benchmarking" pour sélectionner le pays d'accueil qui présenterait une législation plus conciliante pour eux ; la ministre en charge des affaires européennes a, quant à elle, indiqué que les exilés faisaient "leur shopping". Un discours qui transforme en problème le fait que les exilés cherchent à sortir de leur condition et à faire des choix qui peuvent faciliter cette issue. Mais

¹⁰ Jugeant le discours de Michel Rocard trop ferme par rapport à l'immigration, d'autres membres de la gauche lui ont ajouté l'idée que la France doit "prendre sa part", ce qui est faux.
https://www.liberation.fr/france/2015/04/22/misere-du-monde-ce-qu-a-vraiment-dit-michel-rocard_1256930/

“l’aventure” qui peut d’abord signifier ce voyage vers la découverte de ce qui se passe là-bas en Europe parce que le pays d’origine est économiquement en difficulté ou pour s’affranchir des contraintes communautaires ; les “aventuriers” sont ceux qui tentent leurs chances et croient en leur “bonne étoile” (Simmel, 2002). Anaik Pian s’est intéressée aux migrants sénégalais qui tentent de franchir la frontière (Pian, 2009). Ils seraient classés par une lecture utilitariste dans la catégorie “migrants économiques”. Leur motif de départ est décrié par la vision utilitariste puisqu’il ne serait pas une raison valable. Pour autant, comme les exilés de guerre, ces “migrants dits économiques” sont tout aussi vulnérables. Sur le chemin de l’exil, ils sont livrés à eux-mêmes ; ces *harragas*, “brûleurs de frontière” (Têtu, 2011) risquent aussi l’expulsion, ils vivent aussi la perte de temps et l’échec (Pian, 2009), l’isolement et autres pathologies de l’exil (Breviglieri, 2010). De cette façon, parmi ceux qui pourraient être classés dans la “pensée frontiériste”, des soignants interrogés nuancent leur propos comme s’ils ne savaient pas sur quel pied danser ; ce qu’ils voient au quotidien peut changer leur point de vue d’un côté comme de l’autre (violence ou détresse des patients, manque de reconnaissance). *“Il y a la partie humaine qui me dit : ‘Mince, c’est des migrants, ils n’ont plus rien, ils ont tout laissé là-bas, ils n’ont pas de maison, ils sont dans la pauvreté, dans la misère, ils ne mangent pas machin, machin.’ Et puis à côté, il y a quand même la population calaisienne qui subit, comment dire... Bah, là, il y a une voiture qui s’est fait caillasser, des gens qui se font agresser sur la route, tu vois ils sont sur l’autoroute et ils se prennent un tronçonneau sur le coin de la tronche, ça je ne peux pas comprendre”*, réfléchit une infirmière en évoquant les barrages installés sur l’autoroute pour ralentir les camions et permettre aux exilés d’accéder aux remorques. Un médecin connu pour son engagement dans un collectif opposé au centre de Sangatte, habitant la commune, et qui a été cadre à la PASS, détaille sa pensée : *“J’ai toujours pensé qu’on ne peut pas accueillir toute la misère du monde. Quand vous en avez 2000 dans un petit village, ça commence à faire beaucoup surtout que le nombre de migrants continuait à grossir. Pourquoi ne pas les intégrer plutôt que les mettre dans un hangar et accepter qu’ils passent, c’était un paradoxe ? Par principe, c’était non, autant je voulais bien soigner la population migrante qui a besoin de soin - et quand on a besoin de soin il faut être soigné - autant là, il y avait quelque chose contre lequel je trouvais qu’il y avait une anomalie.”* On sent bien là toute la difficulté à catégoriser les soignants lorsqu’on les interroge sur leur représentation des exilés puisque les entretiens révèlent surtout que, finalement, un argument de départ peut se transformer au fil des questions posées lors de l’entretien. La vision des frontiéristes pose malgré tout la question du flirt avec le racisme. En cela, si les fondamentaux de la médecine imposent la neutralité, les règles de l’hôpital sur le racisme sont strictes et définissent le comportement des

soignants dans un cadre bien défini. Le personnel hospitalier est soumis à un devoir de réserve qui interdit de mentionner leurs opinions politiques ou religieuses. C'est ce que souligne l'un des interviewés : *“Concernant les soignants, non, non, c'est une interdiction (le racisme), c'est une ligne rouge ; c'est simple, dans n'importe quel hôpital, vous soignez peu importe la religion, peu importe la couleur etc. Aucun soignant ne doit exprimer son ressenti aucun, aucun, aucun, et ça n'existe pas et ça ne doit pas exister parce que si ça existe c'est un motif de licenciement, c'est une faute grave bien sûr.”*

L'autre représentation de la migration est celle qui l'appréhende comme une chape de plomb. D'autres soignants ont une vision purement humaniste et pensent que la migration est subie. Ils ne considèrent pas les déracinés comme un problème et, au contraire, réclament qu'ils soient mieux traités par les politiques publiques, certains même vont jusqu'à militer pour que ces patients soient mieux reconnus. *“Le pire, c'est maintenant (après le démantèlement de la “new jungle” en octobre 2016), quand je suis retourné à Calais, c'est vraiment – j'ai fait un plaidoyer à Médecins du Monde parce que vraiment c'est choquant, c'est inhumain ce qui se passe à Calais, les animaux étaient mieux traités (...). Ils étaient gazés avec les gaz lacrymogènes, ils ne pouvaient pas dormir, quelquefois ils étaient frappés, ils ne pouvaient pas se laver, ils avaient la gale on ne pouvait rien faire du tout, ils mangeaient toujours la même chose trois fois par jour avec du riz et je ne sais pas quoi”*, se scandalise un médecin hospitalier. Un infirmier se définit comme *“citoyen du monde”*. Le degré de compréhension et de tolérance à l'égard du parcours migratoire et ses motifs semblent plus élevés. Pour ces soignants, les patients sont inscrits dans un mouvement contraint et subissent donc leur exil et leur vulnérabilité. *“Je vois le migrant comme quelqu'un qui fuit forcément quelque chose de dur qui vient chercher autre chose qu'il ne trouve pas en arrivant à Calais”*, projette une psychologue. *“Je découvre à Sangatte la problématique des migrants et je me rends compte que si les gens fuient leur pays c'est pas pour rien. (...) Ceux qui vendaient leur maison à Sangatte voyaient que leur jardin était traversé par des migrants (ton ironique imitant une voix qui tressaute comme lorsqu'une personne a peur) entre guillemets (...) ça posait problème à certains riverains par rapport à leur culture française, mais pour moi je n'avais aucun a priori”*, affirme un infirmier qui vivait dans une rue très fréquentée par les exilés et où des tensions ont pu apparaître avec des riverains.

Les soignants exilés qui ont vécu la traversée des frontières sont aussi très sensibles au parcours de leurs patients pour l'avoir connu eux-mêmes. Pour autant, les professionnels relevant de cette vision humaniste rapportent et racontent peu la souffrance des patients et, s'ils en témoignent, c'est de manière très pragmatique et loin du registre de l'apitoiement.

On constate que les entretiens sont dépourvus de mots plaintifs comme “oh les pauvres” ou “c’est horrible” même si l’on ressent parfois une forme de déploration comme chez ce médecin libéral qui emploie le terme “malheureusement” à plusieurs reprises pour regretter une situation sans pour autant tomber dans l’épanchement des émotions. Le regard porté sur les patients n’est pas misérabiliste.

b. L’expérience PASS et l’évolution des représentations de la migration

L’expérience à la PASS auprès des exilés n’est pas neutre et il semble que la structure médicale transforme le regard et les représentations, comme en témoignent plusieurs soignants. *“Avec mon expérience à la PASS, cette représentation s’est affinée. (...) Par contre, j’aurai une image peut-être moins négative du traitement à Calais, [au regard] de tout ce réseau de bénévoles qui s’est mis en place (...) J’avais souvent des migrants qui me disaient finalement : ‘on aime beaucoup l’accueil en France’, on est très étonné, mais voilà les gens nous ouvrent la porte, nous accueillent, nous aident ; ça, c’était pas des choses qu’on entendait forcément, ça faisait du bien de l’entendre et c’était peut-être moins noir au niveau de la situation (...). Il y avait aussi de bonnes choses”*, développe une psychologue. L’expérience à la PASS est aussi un moyen de mieux se représenter les migrations. Une soignante pensait que les exilés étaient Syriens et a découvert au fur et à mesure les autres origines et ethnies. De même, les opinions personnelles des soignants se modifient au contact des patients. Ainsi, une infirmière, dont les parents avaient eu des réactions négatives apprenant qu’elle travaillerait à la PASS a confié avoir changé de regard en passant d’une méfiance des exilés à la tolérance : *“En tant que Calaisien, on ne voyait pas les réfugiés d’un bon œil mais moi une fois que je suis passée de l’autre côté, à mesure de les côtoyer (sic). Je me suis dit que c’était des gens comme les autres [et] qu’ils avaient par malheur la guerre chez eux et qu’ils n’avaient pas ce côté noir qu’on leur donnait”*, détaille une infirmière. À l’inverse, des professionnels dévoués, qui dépassent leurs heures, aident les exilés sur leur temps personnel, ont finalement durci leur regard suite à une série de déceptions. Un médecin libéral témoigne : *“Je passe pour l’affreux facho de droite mais maintenant je pense qu’il faut les laisser passer en Angleterre ou procéder aux reconduites à la frontière.”* Comme d’autres professionnels, il soutient une position plus dure parce qu’au fil du temps, les exilés seraient devenus *“plus agressifs”*, *“auraient moins d’éducation”*, *“seraient moins respectueux”* qu’au temps des Kosovars et des premiers flux d’Iraniens. Je perçois à travers les entretiens réalisés que la désillusion, l’usure, la déception

amènent à des discours plus rudes. Je me suis aussi rendue compte qu'il existe un décalage entre le discours ultra-frontiériste et les actes, puisque les soignants, même partisans de cette ligne "dure", s'investissent dans les prises en charge. Ce décalage entre les actes et les représentations, ces contradictions internes, s'exportent dans d'autres lieux¹¹.

Nous avons constaté dans cette partie de chapitre, que les soignants s'approprient positivement leur expérience à la PASS et partagent le même processus que celui évoqué dans une étude réalisée auprès de bacheliers professionnels surnommés "l'élite des réprouvés" (Misset, 2015). Cette recherche montre comment ces adolescents sont conscients de la dévalorisation que subit leur filière professionnelle et la façon dont "ils se réapproprient favorablement leurs parcours sous l'angle de l'adéquation entre la filière professionnelle et leurs capacités personnelles". Ils manifestent leur attirance pour le travail manuel ; leur diplôme les conforte dans leur statut d'ouvrier qualifié et ces bacheliers produisent une réflexion nouvelle qui, de fait, retourne le stigmate (Goffman, 1963).

Nous venons aussi d'exposer l'attachement des soignants de la PASS au besoin de justice médicale que permet l'accès aux soins pour tous. Se préoccuper plus que s'occuper du patient exilé est une réflexion avant-gardiste. En effet, tandis que les autorités politiques s'emploient à trouver des moyens pour éloigner les exilés, de leur côté, les soignants de la PASS songent à la manière dont ces patients peuvent être accueillis, et ce, malgré leurs dissensions sur le thème de la migration. Tandis que l'État répressif vise à "cacher ce pauvre que l'on ne saurait voir" (Bruzulier, J., Haudebourg, G., 2001), la PASS promeut et incarne un État pleinement social. L'équipe œuvre à la construction d'"un sens commun" (Haberey-Knues V, Heeb JL, Morgan de Paula, 2013). Cette volonté d'en "*faire une priorité*" - comme ils le rappellent souvent - se manifeste par l'attitude adoptée vis-à-vis des patients, ce mélange de tact, d'humour et de précautions qui permettent de tenir l'objectif. Tout cela semble donner à ces soignants de la PASS une étoffe de super-héros, voire de justiciers. La défense des plus fragiles revêt un caractère humanitaire - même si certains professionnels refusent cet amalgame entre leurs actes de soin et une quelconque intervention humanitaire.

¹¹ On pense par exemple, à l'occupation des migrants du diocèse d'Avignon, connue en 2019 sous le nom d'affaire "Rosmerita". La communauté de chrétiens du Vaucluse, soutenue par la conférence des évêques de France, a réclamé l'expulsion des occupants exilés en portant plainte aussi contre des bénévoles. Or, une telle décision, venue de pratiquants d'une religion qui loue la charité et l'aide à l'autre telle que l'incarne la figure du Bon Samaritain, surprend.

B. De l'indigène à l'indigent, de l'humanitaire aux précaires : le monde à la porte de l'hôpital

La PASS offre une configuration originale puisqu'elle positionne les soignants face à des patients qui sont exilés ; la "dimension exotique" sous-jacente éveille la curiosité des professionnels qui expriment leur envie de découvrir l'autre, ce qui constitue une de leurs motivations, parmi les plus fortes, pour travailler dans ce service.

1. Travailler à la PASS : des professionnels en mission humanitaire ?

Depuis la décolonisation, l'intervention médicale à l'étranger a été reprise par les sans frontiéristes - *les French doctors* - qui voulaient apporter le soin pour tous, un engagement incarné par Jean-Christophe Rufin ou Bernard Kouchner. "Depuis sa fondation et jusqu'au milieu des années quatre-vingt, ce mouvement de charité médicale se vante de son exploit biafrais en quoi se résumait l'innovation qu'il se fit fort d'introduire dans le champ de la bienfaisance" (Klingberg, 1998). Puis l'intervention humanitaire a été relocalisée dans les pays occidentaux, tandis que le dispositif PASS a été une réponse à la détresse sociale et sanitaire dans les années 1980-90. Celui-ci revêt donc d'une dimension humanitaire qui agit comme un facteur d'attractivité pour des professionnels souvent nostalgiques de leurs années passées à l'étranger sur des terrains difficiles. Il y a toute une génération de soignants qui a été bercée par "*le romantisme des French doctors*", souligne à cet égard un psychiatre. En quoi l'expérience de la PASS apporte-t-elle cette sensation de retour vers l'humanitaire ?

a. Vivre ou revivre "l'aventure french doctors" à Calais

Délimiter la frontière entre la médecine hospitalière auprès de populations démunies et la médecine humanitaire n'est pas simple puisque, finalement, l'hôpital de Calais s'est retrouvé à gérer une situation qui de fait relève de l'urgence humanitaire, et ce avec des profils de soignants qui, dans leur grande majorité, se sont forgés une expérience humanitaire à l'étranger. Ces derniers ont surtout travaillé dans des dispensaires et hôpitaux installés dans des pays anciennement colonisés par la France. On pense à ce médecin sexagénaire, chef d'hôpital au Cameroun et qui s'y est rendu treize fois au point d'avoir pu assister aux transformations du pays : "*Il n'y avait pas de radio, pas de télévision, maintenant, il y a des*

paraboles partout ! Avant, les gens allaient chez le guérisseur, maintenant ils vont à l'hôpital, il y a un changement de mentalité.” Ou encore à ce médecin afghan, épidémiologiste, qui a fait de la prévention pour une ONG au Somaliland. Un infirmier trentenaire a participé au Congo Brazzaville à une campagne de dépistage de maladies cancéreuses auprès des femmes et des enfants, puis en Côte d'Ivoire, pour former des soignants. Il a aussi sponsorisé une équipe de football à qui il a apporté du matériel. Ils étaient “un pied ici, un pied là-bas” comme le décrit Jean-Daniel Rainhorn qui explique (Canal U, octobre 2014) ne jamais avoir pu séparer la souffrance individuelle (le patient en salle de consultation) de la souffrance collective (guerre, famine). Il témoigne de cette difficile distinction entre médecine médico-sociale et médecine humanitaire. Traiter la personne atteinte et faire un travail de prévention constitue pour lui deux regards sur le même problème. Il rappelle que le monde de la santé publique et celui de la médecine individuelle s'opposent et sont en tension forte car ces deux mondes ne considèrent “pas que ce que fait l'autre est essentiel”. Jean-Daniel Rainhorn a tenté de faire le lien entre les deux, “en ayant une parfaite conscience que c'est le même travail même si les conditions ne sont pas les mêmes”. Comme lui, des soignants de la PASS ont partagé “cette démarche sur deux jambes” : ici, travailler sur la dimension sociale et politique de la santé ; là-bas, travailler sur l'injustice sociale et comprendre pourquoi les services de santé de base ne sont pas offerts à des populations avec peu de ressources.

L'attrait pour la médecine humanitaire peut s'expliquer par “l'exotisme” - terme employé ici en référence à l'orientalisme romantique (Saïd, 1978) - que renferme cette expérience, par le goût de l'aventure “hors des sentiers battus”, mais aussi par la curiosité de découvrir d'autres cultures et l'envie de partager. “*C'était dans un pays francophone donc c'était vachement bien on pouvait discuter avec les gens sur les langues, les coutumes, sur la santé comment ils traitaient telle ou telle pathologie, sur la religion, sur le mystique. Ça m'a appris à être plus ouvert. (...) C'est le côté naturel, sympa des gens, accueillant. Après forcément à la PASS, on retrouvait forcément des patients issus de l'Afrique ou d'Afghanistan, on retrouvait le côté chaleureux des gens*”, raconte un infirmier mobilisé dans une association de l'hôpital qui part dans l'année en Afrique. “*J'ai toujours eu envie de pratiquer une médecine humanitaire, je m'étais rapproché de quelqu'un qui travaillait dans une ONG à Calais. J'avais envie de consacrer de mon temps à exercer la médecine autrement que dans un cabinet médical et auprès d'une population défavorisée. Je suis parti une fois à Madagascar quinze jours pour faire des consultations. C'est quelque chose dont j'avais envie depuis longtemps*”, témoigne un médecin libéral en zone semi-rurale. L'humanitaire est parfois une aventure que certains tentent entre camarades étudiants.

Souvent, l'expérience est vécue comme enrichissante. Beaucoup de ces professionnels retournent régulièrement en mission humanitaire pour participer à des vaccinations de masse, administrer des traitements, etc. ; à l'instar de ce médecin qui faisait partie de MSF et a monté son association qui délivre des conseils et techniques aux soignants à l'étranger. Il semble aussi que l'humanitaire génère un peu comme la figure du grand reporter, des fantasmes dans l'esprit des soignants. Ce sont en effet des générations de praticiens qui ont été touchés par la médiatisation des mouvements sans-frontières et "l'humanitaire-spectacle" (Kouchner, 2004). "Toute petite, je me souviens que j'étais attirée par l'Afrique et que je me suis dit quand je serai grande j'adopterai [un enfant]", se souvient une infirmière, la voix nouée et qui s'est rendue au Mali. L'humanitaire vient aussi apporter une réponse à l'injustice perçue par les professionnels. *"Mon engagement dans l'humanitaire date de 1988, pendant que j'étais encore étudiant en médecine. C'est venu de ma culture déjà. Je suis d'origine congolaise. De mes parents aussi, mon père qui était dans le domaine de la santé, et donc, ça crée une certaine fibre. Et puis, quand vous voyez la misère autour de vous, je pense que pour chacun de nous, on essaye de prendre les responsabilités qui sont les nôtres. La mienne était de m'engager dans l'humanitaire"*, appuie un médecin libéral. Or, à Calais, cette "aventure" est rendue possible parce que tous les ingrédients sont réunis pour "aménager la nostalgie" (un médecin) des temps africains, comme le mentionne un psychiatre. Le public de la PASS vient de différentes zones de conflit dans le monde ; le terrain est un "lieu-frontière" qui produit des effets sociaux et sanitaires. La mission est donc d'emblée assimilée, par raccourci, à de l'humanitaire. *"L'humanitaire, ce n'est pas forcément à l'étranger. À la 'jungle' et au centre Jules-Ferry, on avait l'impression d'être dans un autre pays quand on rentrait dans la 'jungle'. Je pars du principe que, bah !, même en France, on peut faire de l'humanitaire. Parce qu'il y a des gens qui pensent que l'humanitaire c'est l'Afrique, mais au final même dans notre pays, il y a des besoins"*, constate une infirmière. À l'inverse, certains soignants à la PASS, plutôt minoritaires, n'ont pas d'expérience dans l'humanitaire. Ils n'ont pas eu l'envie de partir en mission ou n'ont pas envisagé cette idée. "Je ne me suis jamais vue là-dedans, en mission humanitaire, même si, au final, je n'avais pas forcément d'attrait pour ça. Travailler avec les étrangers était une opportunité", indique une psychologue. *"Je n'ai jamais fait de mission humanitaire, je travaille avec les associations humanitaires mais ce que je fais n'est pas de l'humanitaire, ce n'est pas du bénévolat [car] on travaille dans des conditions rémunérées"*, souligne un médecin hospitalier.

Paradoxalement, les soignants qui décrivent la PASS comme "faisant humanitaire" (un infirmier) et qui recherchent cette dimension, refusent, dans le même temps, d'être

assimilés aux ONG surtout les professionnels salariés de l'hôpital qui revendiquent leur appartenance à l'institution qui leur confère un statut. La comparaison les décrédibiliserait et, selon eux, le "cadre de la blouse blanche" (expression employée par un infirmier) apporte une plus-value.

Mais parfois, des événements qui amplifient la crise humanitaire bousculent l'hôpital qui, dans des délais très courts, bouleverse son organisation. Le savoir-faire humanitaire est alors mobilisé pour répondre à l'urgence.

b. L'expérience de la "new jungle": l'hôpital en terrain humanitaire

Des tentes partout, de la pluie, de la boue, des débris dans la pluie et la boue. Des organisations internes et communautaires, des solidarités certes mais rien de romantique, rien de romanesque : la "new jungle" reste un lieu à la marge qui assigne les exilés à des conditions de vie misérables loin d'une "héroïsation du lieu" ou du laboratoire "d'un monde qui vient" (Galitzine-Loumpet, 2018). À la rigueur, on peut accorder le fait qu'elle soit un "événement" (Agier et alii, 2018) : Calais qui, jusque-là restait isolé avec ses exilés - comme si ce qui se passait sur ce territoire ne concernait que les Calaisiens et était circonscrit à un point tracé sur la carte dans le nord de France - s'est vu surmédiatisé suite à l'apparition de la "new jungle". Cela a été un élément déclencheur rappelant à tous l'existence de ces populations dont beaucoup se désintéressaient jusqu'alors. Ce "théâtre de la frontière" (Galitzine-Loumpet, 2018) a enrichi les connaissances du grand public comme en témoignent la profusion d'articles sur les batailles terminologiques, les immersions aux côtés des exilés, les réflexions sociologiques davantage relayées, les débats politiques sur la gestion des exilés à Calais, les fact-checking sur le nombre d'exilés ou les documentaires. Le camp de la Lande - "new jungle" - ressemblait à un véritable bidonville tel qu'on peut les découvrir à la télévision dans les pays sous-développés. Paysage incroyable, spectaculaire de par son ampleur, ce lieu hors du temps est devenu l'attraction en périphérie d'une ville de 76 000 habitants. Pourtant, "il ne constitue qu'un moment de l'histoire des camps dans le Calaisis, en France ou en Europe où leur existence n'a jamais cessé, pour diverses populations réfugiées ou stigmatisées depuis la Seconde Guerre mondiale (Hasque & Lecadet, 2018)" (Galitzine-Loumpet, 2018).

Les professionnels de l'hôpital ont donc été parachutés au centre d'accueil Jules-Ferry situé à côté de ce lieu désespérément insolite. Dans un premier temps, ils ont dû se débrouiller avec les moyens du bord. Je me souviens qu'à l'entrée de la salle de soins étaient encore entreposés des seaux et des matériaux de bricolage qui montraient que l'espace était

encore en chantier. Les infirmiers ont improvisé une salle d'accueil avec une chaise et une petite table en bois. Les normes d'hygiène étaient en deçà de ce que l'on peut trouver dans un hôpital. Des soignants ont eu l'impression d'être téléportés en Afrique au sein d'une équipe humanitaire. "Il y avait des infirmiers qui étaient en rangers au niveau de la 'jungle'. Les associations le faisaient ; elles étaient payées pour ça. Nous, quand vous êtes embauché dans un hôpital, vous êtes embauché pour travailler dans une structure fermée, sécurisée. Les agents qui travaillent ici n'ont pas signé pour faire de l'humanitaire", rappelle un cadre. "C'est une politique de prise en soin qui dépasse la seule PASS, d'envoyer des soignants faire du soin en zone de non droit, ni sécurisée ou sous des tentes dans un camp qui ressemblait à un camp de l'ONU sur un autre continent", estime une autre cadre qui rappelle que ce dispositif ad hoc n'entraîne dans aucune réglementation sanitaire.

La "new jungle" a bousculé les frontières hospitalières ; l'extraordinaire a déboulonné l'ordinaire. Une sorte de retour en arrière pour un dispositif qui s'est structuré dans le temps pour se rapprocher peu à peu d'un fonctionnement de nature hospitalière plus qu'humanitaire. C'est l'avantage d'observer un même lieu sur la durée puisque j'ai pu assister à cette professionnalisation du service qui s'est traduite par un étoffement progressif de l'offre de soins (psychologiques, dentaires, etc.) et de l'équipe médicale. C'est ce que souligne ce professionnel : "on a remis du cadre car au départ l'assistante sociale s'occupait de la logistique, du matériel et du vestiaire à la PASS Coubertin. On récupérait des cannes anglaises, des fauteuils roulant, elle faisait le tour des assos. L'an passé, on a dit : 'stop', et on a mis en place une convention avec la Croix Rouge qui ravitaille le vestiaire ce qui permet à l'assistante sociale d'être concentrée sur sa tâche." Les transformations organisationnelles montrent comment la PASS s'est défait peu à peu d'une image humanitaire, un peu débraillée, pour tendre vers un service plus structuré que la "new jungle" a interrogé. Et nous le verrons en explorant le point de vue des soignants sur la frontière statutaire entre le salariat à l'hôpital et le bénévolat.

2. Soin institutionnel et soin associatif : le jeu des légitimités

Une camionnette floquée du logo de la Croix Rouge stationne devant la PASS-CH. Deux bénévoles, protégés du froid par leur gros manteau réglementaire de couleur sable et rouge sortent du modulaire, accompagnent jusqu'au véhicule un exilé africain qui tient un sachet de médicaments à bout de bras. À la PASS, les contacts entre les soignants et les bénévoles sont réguliers. Le monde associatif est intégré dans la prise en charge sanitaire ; les bénévoles assurent les transports, le suivi des traitements, les solutions d'hébergement ou

de nourriture, de même que les problèmes administratifs. Ils co-travaillent avec les acteurs du soin institutionnel. Mais leur relation est ambivalente puisqu'à la fois, il existe des échanges et des rencontres nécessaires à la coordination sanitaire et en même temps, chacun des acteurs émet des critiques à l'égard de l'autre et tend aussi à se démarquer.

a. Humanitaire et sanitaire : des philosophies du soin divergentes

Si le public visé est le même, les terrains et approches d'intervention des associations et de l'hôpital diffèrent. L'approche du soin est spécifique à chacun des acteurs. De plus en plus, le terme "d'aller vers" est employé. Cette démarche consiste à se rendre au-devant du public par le biais d'un dispositif mobile pour capter les patients qui ne se rendent pas eux-mêmes dans les structures de soin. L'"aller vers" a été une pratique adoptée par le Samu social, une innovation se diffusant ensuite dans le milieu associatif qui privilégie "la permanence du lien plus que du lieu" (Chambon, 2018). Lors du comité de pilotage de création de la PASS, les personnes présentes ont opté pour une PASS dite fixe, plutôt que mobile. Ce choix constituait une solution pragmatique : permettre aux patients l'accès direct au plateau technique et éviter les transports intempestifs. Et puis, d'aucuns ont pointé plusieurs limites au dispositif de PASS-mobile. Il était envisagé avec, en parallèle, un cabinet de consultation pour les Français qui n'auraient pas eu recours aux douches ; en outre, certains besoins n'auraient pu être comblés avec une telle clinique ambulante, notamment les soins dentaires, d'hygiène et de prévention ; et, il aurait été aussi impossible de créer un espace d'accueil et une salle d'attente. L'absence de douches ou le coût de l'entretien du camion ont été soulignés. L'option mobilité fondée sur "l'aller vers" n'a donc pas été retenue.

La fixité crée une autre forme de relation avec les populations précaires, inverse d'une démarche de type "chevalier blanc" qui se tient trop près, "comme les "addicts" du sauvetage humanitaire" (Mercuel, 2018). De plus, nous ne sommes pas ici dans une relation asymétrique, dans une "ambivalence de l'altruisme" telle qu'on pourrait la retrouver chez les acteurs de l'aide au développement, où "ceux qui possèdent viennent aider ceux qui sont dans le besoin" (Lallier, 2007). Répondre à un besoin dans l'intérêt de la personne relèverait de la bienveillance, mais l'anthropologue Christian Lallier y voit plutôt un "égoïsme psychologique" qui implique que toute personne agit dans son intérêt personnel. Il prend pour exemple l'électrification d'un village africain par EDF, qui, finalement, est un "aller vers l'autre pour lui enseigner le bien". "A contrario, les interventionnistes à tous crins, par des actions non préparées, non annoncées ou non acceptées au moins par les acteurs partenaires, peuvent charrier des effets nocebo, voire des effets iatrogènes (refus secondaire,

vécu d'ingérence, fuite suicidaire...). Ainsi, l' "aller vers" n'a pas à échapper à l'évaluation de sa pertinence" (Mercuel, 2018). On pense aussi aux recherches d'Edward Saïd (1978) sur les orientalistes, les premiers étant souvent des juges et des médecins. "Cet orientaliste européen estimait de son devoir de sauver une partie d'une grandeur passée, classique de l'Orient, qui était perdue, pour ainsi "rendre plus faciles des améliorations" dans l'Orient présent." De sorte que l'Occident s'est positionné en "agent, l'Orient en patient".

À la différence de ces missions d'aide au développement aux allures messianiques, la PASS est un lieu qui existe déjà et fait partie du système de soin français. Sa fixité ne produit pas un mouvement "d'aller vers" ; au contraire, ce sont les patients qui s'y rendent – par navette ou à pied. C'est donc la demande et le besoin des précaires qui s'expriment en premier lieu et entraînent la réponse des soignants. Si ce choix réduit l'asymétrie de la relation, il suppose que les exilés soient en capacité physique et psychique de s'y rendre oubliant ainsi les infirmes et négligeant l'impact des infirmités comme en témoigne Xavier Emmanuelli lorsqu'il rappelle que la création des maraudes du Samu social ont été conçues suite à la prise de conscience que des personnes à la rue avaient perdu jusqu'à la conscience de leur propre corps (Emmanuelli, 2018). Ainsi l'hôpital délègue-t-il cette tâche en s'appuyant sur le tissu associatif pour repérer les patients les plus fragiles et les amener par navettes sur le site.

La frontière statutaire marque aussi une démarcation entre militantisme et neutralité. Le rapport au soin diffère également puisque les associatifs l'utilisent comme un instrument de revendication tandis que pour les institutionnels, il est une ligne de conduite. Les ONG comme MDM ou MSF portent des arguments dans la sphère politique et revendiquent "l'irrévérence envers toute autorité" (Klingberg, 1996). Sur le terrain calaisien, les associations mènent différentes luttes en faveur de l'accueil des exilés et aussi pour le respect de leurs droits - dont celui de l'accès au soin. Elles ont remporté des victoires locales, comme en 2015, lorsque le Conseil d'État a imposé à l'État et la Ville d'améliorer les conditions de vie dans la "new jungle" pour les exilés. Les ONG sont ainsi ouvertement engagées tandis que les soignants de l'hôpital sont soumis à un devoir de réserve. Ces derniers doivent rester focalisés sur le soin sans se préoccuper des circonstances politiques, et c'est-là l'un des credo du règlement hospitalier. Comme le rappelle Frédéric Gras (1996), la notion d'éthique est "fortement ancrée" dans les professions de santé et leur communication est contrôlée afin "de garantir la neutralité de l'information". L'expression des agents de la fonction publique est soumise au devoir de réserve. "Leur liberté d'expression, pour fermement reconnue qu'elle soit, connaît des limites ; dans le service, l'obligation de neutralité et le loyalisme ; en dehors du service, l'obligation de réserve. De plus, les fonctionnaires sont soumis, sans

parler du secret professionnel, pénalement sanctionné, à l'obligation plus large de discrétion professionnelle" (Pochard, 2011). Ce n'est que récemment en 1983 que l'agent de la fonction publique est reconnu comme citoyen comme les autres qui peut participer pleinement à la vie de la cité et, par exemple, être membre d'un parti ou militer. Ils ne sont pour autant pas des travailleurs comme les autres puisqu'ils servent l'intérêt général (Pochard, 2011) ce qui, à la PASS, ne constitue pas un obstacle puisqu'on ne peut pas dire que les intervenants y soient des militants chevronnés. La sphère privée est plutôt un endroit où ces professionnels se replient sur des intérêts personnels (activités sportives, familiales, etc.). Même au sein de l'hôpital, les soignants ne sont pas non plus, par exemple, adhérents au collectif PASS qui a pour vocation de défendre leur mission. Selon la référente nationale de ce collectif, l'implication et la visibilité de la PASS de Calais au sein de ce collectif ne seraient pas importantes, contrairement à d'autres PASS.

De même, s'agissant des événements sanitaires et politiques, l'hôpital est aussi en désaccord sur les manières dont il faut procéder, notamment sur le type d'actions à mener à l'égard de l'État. Un médecin témoigne avec vigueur : *"Il y a quelques années, nous avons eu une certaine association qui a fermé des douches pour dire : 'on n'est pas d'accord avec ce qu'il se passe dans le Calaisis'. Moi, je n'étais pas d'accord : priver de douche n'est pas un moyen de mettre une pression sur les politiques locales et nationales parce que, finalement, qui a souffert de ça ? Nos patients qui arrivaient avec des gales monstrueuses ! On s'est retrouvés avec des gales partout ; c'est la conséquence de ce pourquoi il n'y pas eu de douches. Il faut qu'on ait tous conscience un minimum, c'est l'intérêt des patients qui compte."* À lire les minutes des comités de pilotage, le ton des soignants de la PASS semblait plus mordant à l'égard des politiques publiques au moment de la création du dispositif mais il semble avoir changé au fil des années puisqu'on ne parle plus, désormais, de révéler les injustices ou de dénoncer les violences policières. Ainsi, la médecine à la frontière à Calais ne s'apparente pas vraiment, par exemple, à la médecine ouvrière militante post-68 ou à la médecine pour l'avortement autour desquelles des manifestations avaient lieu, des luttes antihiérarchiques et des critiques de la domination (Marichalar, Pitti, 2013).

Autre délimitation, celle d'un soin tantôt protégé, d'un côté, tantôt entravé, de l'autre. L'administration du soin s'effectue plus sereinement au sein de l'hôpital que dans les campements. Pour rappel, le soin reste un acte protégé par une série de textes de loi. Pour autant, l'environnement et le contexte au sein desquels le soin est administré peuvent fragiliser son administration. Car, contrairement aux bénévoles, les soignants de l'hôpital exercent en milieu protégé tandis que les premiers, qui interviennent directement dans les camps, sont soumis à divers aléas (intempéries, dysfonctionnements logistiques, absence de

service de sécurité, manque de moyens). Les professionnels de santé évoluent dans un espace rassurant tandis que les bénévoles d'ONG subissent des pressions policières. Dans un rapport sur le harcèlement policier envers les bénévoles (2018), ces ONG avaient dénoncé “une mise sous pression des bénévoles constante”, “des contrôles d'identité récurrents”, des entraves multiples aux distributions à travers “des contraventions injustifiées” ou encore des “poursuites judiciaires”.

Les soignants de la PASS ne sont pas dans cette configuration d'autant que les forces de l'ordre ne sont pas visibles autour du modulaire. Le soin à l'hôpital est institutionnel, étatique donc légitime, et l'accès à la santé et aux structures hospitalières un droit reconnu aux exilés.

b. L'humanitaire à l'hôpital, un risque de dévalorisation du statut

L'hôpital tient aussi à se démarquer des associations et il le fait grâce aux principes fondamentaux et règlements en tout genre qui régissent la prise en charge sanitaire. Ce cadre lui permet de conserver sa légitimité professionnelle. Le soin institutionnel fait référence. À l'hôpital, les règles professionnelles encadrent le métier des agents du secteur paramédical ; le serment d'Hippocrate balise l'activité des médecins et le Code de santé publique, celle des différentes professions hospitalières. La PASS s'est structurée avec l'apparition de comités de pilotage en passant par des réunions de coordination avec les associations, des conventions signées avec divers partenaires (Gynécologie sans frontières, La Vie Active...), l'instauration de protocoles, d'un règlement intérieur, le regroupement du collectif autour de valeurs. Les entretiens montrent à cet égard que les professionnels de la PASS - surtout les salariés de l'hôpital - tiennent à se démarquer des associations et n'admettent pas que le travail médical se résume à du bénévolat. Souvent, des termes sont utilisés, comme la célèbre distinction “eux”/“nous” qui marque cette dichotomie. Cette distinction professionnelle a été repérée à plusieurs reprises lors d'observations effectuées entre 2015 et 2016 à l'occasion de la “new jungle”. On le note à travers des réticences : *“L'humanitaire, ça peut être bien comme ça peut être le pire remède à tout. (...) Je me suis aperçue qu'il y a des gens qui veulent faire du bénévolat ou de l'humanitaire mais qui n'ont pas de notions assez importantes et qui sont capables de faire pire que mieux. (...) J'ai l'impression qu'il y a des rivalités parce qu'il doit y avoir une question d'argent, de subventions de l'État, tandis que nous, on n'a pas beaucoup d'intérêts. Nous, l'ARS nous a dit de mettre en place des choses ; [et] moi, que je vois 100 ou 50 réfugiés, je n'avais rien à gagner”,* défend une infirmière. *“J'ai toujours considéré qu'on était médecin, qu'il fallait une prise en charge sanitaire et je*

n'étais pas sur le versant humanitaire”, précise un médecin urgentiste.

Encadré numéro 7. Lorsque les ONG amenaient les patients munis d'un diagnostic qu'elles avaient établi à la PASS, les professionnels de la PASS n'en tenaient pas compte. Plus encore, des critiques et moqueries ont été émises. Le médecin de la PASS lit les ordonnances de deux associations, l'une de MDM, l'autre de MSF : *“Alors ici suspicion de gale, et un autre papier dit ‘la varicelle’: ils ne sont pas d'accord !”* Le médecin rit et s'adresse à la bénévole : *“Lequel a raison ? 38,8°C. La gale ne donne pas de température, c'est celui-ci qui a raison. C'est le summum !”* [Carnet de terrain, Septembre 2015].

On sent dans cet encadré numéro 7 un certain dédain ; les soignants reconnaissent l'utilité des associations mais se méfient de la qualité de leur travail. *“On est dedans. Eux, ils sont dans leur petite bulle (...). Ils avaient installé une clinique, ça n'a pas mieux marché que nous. Nous, on a de l'expérience”*, affirme un infirmier qui est, par ailleurs, parti en mission en Afrique. En les entendant, on a le sentiment que les associations effectuent un travail désorganisé, non cadré et représentent un peu le folklore de la médecine, tandis que l'hôpital incarnerait le sérieux et le professionnalisme. *“Je suis un salarié avec des horaires, si j'avais voulu faire de l'humanitaire, j'aurais fait de l'humanitaire ; on est dans une organisation avec une logistique et une hiérarchie, je ne fais pas ce que je veux comme je veux”*, rappelle un infirmier. *“On ne peut que rester dans une démarche de soin et d'orientation. Nous ne sommes pas des associatifs, nous n'allons pas créer un hébergement ou distribuer des repas. Nous sommes une mission de service public, on s'adapte et on reste droit dans nos bottes”*, rappelle un cadre. Le cadre hospitalier est très normé - c'est le “royaume du règlement” (Bercot, 2008) en termes d'hygiène, d'éthique, de sécurité, etc. - que les soignants doivent respecter. De ce point de vue, pour ces derniers, le cadre hospitalier renforce leur crédibilité face aux associations. *“On est dans un cadre qui impose une certaine rigueur, ce n'est pas un travail associatif, pas humanitaire”*, estime un infirmier, tandis qu'un médecin a rappelé que l'exercice de la PASS s'effectue *“dans un cadre légal ; ce n'est pas du bénévolat : c'est dans un endroit qui appartient à l'hôpital, c'est du sanitaire”*. Mais ces réticences du milieu hospitalier sont loin d'être partagées par les soignants de ville ; il

semble qu'ils n'ont pas la crainte de cette perte de statut ; de plus, ils sont aussi intervenus au sein de ces associations qu'ils connaissent bien.

Enfin, rappelons que la santé des exilés est un terrain concurrentiel où "l'action des humanitaires, supposée temporaire, s'est (...) affirmée comme incontournable de par sa proximité avec le terrain et l'expertise qui en a progressivement résulté" (Mamou 1998). De plus, les associations gèrent aussi des centres de soins gratuits (Ferreira, 2007) et font figure d'expertes : à la fin des années 1970, certaines d'entre elles revendiquent une solidarité internationale et refusent l'étiquette "d'humanitaire" trop apparentée à une conception caritative ou confessionnelle de l'aide apportée (Collovald, 2001) ; elles visent sous l'appellation de "solidarité internationale", la reconnaissance en tant qu'expertes de la défense des plus démunis et se placent, sur le terrain calaisien, en concurrence avec les PASS.

c. Le cadre hospitalier ou la gestion des émotions

Aux oreilles des soignants, remontent des histoires de bénévoles en burn-out ou qui ont été contraints de se séparer de leur famille tellement ils se sont investis. "*J'ai travaillé avec certains bénévoles et proches d'un de mes patients et j'ai dû arrêter quand ça a débordé*", témoigne une psychologue. L'épuisement émotionnel est redouté. La mauvaise gestion du risque professionnel est assimilée "à une mauvaise pratique, à une remise en cause de l'efficacité et de la compétence professionnelle" (Castra, 2003). Le cadre hospitalier est un bon argument pour rappeler qu'au sein de l'institution, les garde-fous existent et empêchent une confusion des rôles et des missions. "*Je suis gentil mais je reste dans un cadre de blouse blanche, c'est-à-dire que je ne dépasserai pas mes limites*", affirme un infirmier. "*Les gens qui sont dans les assos, ils sont là pour quinze jours, un mois et se retrouvent au bout du rouleau ; moi je fais ça toute l'année du lundi au vendredi, j'ai besoin que ça s'arrête, de retrouver le calme et la sérénité, de recharger les batteries pour redonner mon maximum*", souligne un infirmier. Le cadre hospitalier borne le travail médical et limite le don, tandis que les bénévoles, en donnant du temps, "payent de leur personne" (Crochet, 2008). À travers les horaires, les valeurs de la fonction publique, la rémunération, ce cadre permet de poser des limites artificielles à un comportement naturel d'empathie. Des professionnels hospitaliers marquent la frontière avec les associations en rappelant que leur activité est un travail. "*D'autres bénévoles vont s'engager très fort, être présents, s'asseoir, boire le thé, voilà, partager des moments de vie du quotidien, j'ai jamais fait ça et je ne veux pas le faire*", se défend une psychologue. Un infirmier s'est construit une idée de la société comme étant composée de rôles que chacun doit garder, "*que tout le monde reste à sa place*".

Les associations humanitaires joueraient en quelque sorte à une surenchère du don ce que ne feraient pas les soignants de la PASS qui, au contraire, s'évertueraient à borner leur activité. "Les associations humanitaires, qualifiées dans le jargon de la sociologie des organisations d' 'extraverties', pratiquent en principe le don de leurs ressources à fonds perdus : elles ne gagnent rien pour elles-mêmes, si ce n'est l'honneur de s'être montrées prodigues" (Crochet, 2008). À la différence des associations, les soignants rappellent qu'ils se cantonnent aux soins et ne délivrent pas de vêtements, de nourriture ou n'effectuent pas de transports de patients. "Ils [les soignants] font juste leur travail", précise un de ces professionnels ; "on me dit [que] 'je fais de l'humanitaire'. Non, je suis payé, c'est un travail mais je le fais dans des conditions particulières avec une adaptation particulière. Ici, on ne fait pas de l'humanitaire, on doit faire du soin selon les règles, comme pour tout patient du Calaisis", définit un médecin. La rémunération pose aussi une limite puisqu'elle rappelle que soigner à l'hôpital est un engagement intéressé, une activité qui s'effectue contre rétribution. Obtenir de l'argent de la part de l'institution place aussi les soignants dans une position de "devoir" vis-à-vis d'elle. C'est dans le temps qui leur est imparti qu'ils exercent cette activité et l'interrompent une fois sortis de l'hôpital - à la différence du bénévole qui donne de son temps pour une cause à titre personnel. À noter que les médecins de ville, non salariés de l'hôpital, sont plutôt sur ce modèle. Ils estiment que le versement de la vacation (une centaine d'euros) est une somme dérisoire et mettent en avant le fait que ce n'est pas pour l'appât du gain qu'ils interviennent à la PASS mais bien pour rendre service.

Dans l'espace hospitalier, la fameuse blouse blanche - signe institutionnel - rappelle aux soignants leur appartenance à l'institution. Cet uniforme instaure aussi une barrière entre les soignants et leurs patients. Une psychologue raconte qu'un patient l'a demandé en mariage, alors, ajoute-t-elle, "je lui ai bien montré ma blouse !" Une autre estime que la blouse identifie le soignant comme soignant et pas "comme fille qui ne porte pas le voile". Une infirmière en pause avec ses collègues leur explique que tandis qu'elle prodigue un soin, un patient regarde dans son décolleté : "Je l'ai regardé et lui ai demandé : Ramadan ? Il m'a répondu : 'oui'. J'ai remonté les boutons de ma blouse et on a éclaté de rire tous les deux."

La déontologie professionnelle crée un certain nombre de règles morales que les soignants se doivent de respecter en pratique. Ces règles sont édictées dans des codes de déontologie, qui doivent être strictement respectés. Le médecin, par exemple, ne peut aller à l'encontre du consentement du patient, de même, l'infirmier doit faire montre de probité et ne doit pas utiliser sa profession pour donner un avantage à autrui. Les modes d'intervention choisis par le psychologue doivent pouvoir faire l'objet d'une explicitation raisonnée et d'une argumentation contradictoire de leurs fondements théoriques et de leur construction.

Le dentiste ne doit en aucun cas établir un rapport tendancieux ou de complaisance, etc. L'éthique médicale oblige les soignants à la retenue vis-à-vis des patients, ce qui permet aussi d'ériger une barrière émotionnelle. Un infirmier raconte par exemple que pour passer en priorité aux douches, des exilés lui ont proposé un bakchich qu'il a refusé. Lorsque les patients demandent les numéros personnels des soignants, ceux-ci ne leur donnent pas afin de maintenir une distance.

Les horaires d'ouverture et de fermeture de la PASS délimitent aussi l'activité des soignants. Au fil des années, ils ont changé : la PASS a été un temps ouverte seulement l'après-midi ; désormais, les soignants commencent le matin. Les horaires permettent de marquer la fin de leur activité. En effet, beaucoup de soignants ont été tentés de faire des heures supplémentaires pour parfaire leur travail ou alors pour que tous les patients puissent être vus. À maintes reprises, ils finissaient plus tard et devaient rattraper leurs heures. Mais, la cadre de santé a réitéré ses rappels à l'ordre sur les dépassements d'horaires. À partir de là, entre collègues infirmiers, certains se rappellent les heures de fermeture et, surtout, les signalent au médecin lorsque celui-ci prend son temps en consultation. Il est arrivé qu'un infirmier mette ostensiblement son manteau pour signifier au médecin libéral qu'il est temps de partir. Une infirmière se souvient : *“Ma cadre sup’ me disait : ‘Il faut noter vos heures’ ‘Bah non, c’est mon choix, on ferme à 17h mais moi je fais le choix de rester donc c’est mon problème.’ Alors elle m’avait dit : ‘Non, non !’”* Au moment de la PASS-Ferry, j’ai mangé avec les soignants le midi ; les repas duraient parfois moins de cinq minutes. Puis, les mois passants, une infirmière a raconté qu’entre collègues, ils s’obligeaient à faire une pause déjeuner entre 13h et 13h30 pour avoir le temps de souffler. *“À un moment donné, il faut se dire : ‘Où est-ce que je m’arrête ?’”*. Ils ont transformé ce moment du repas en espace d'échanges informels entre professionnels. Les cadres viennent freiner l'élan des soignants ce qu'a expérimenté une infirmière dont la conception du métier a évolué : *“Mes collègues quand je suis arrivée, ils m’ont dit : ‘Toi, tu donnerais ta culotte !’ Voilà, ça veut bien dire ce que ça veut dire ! (...) J’arrivais, moi, avec mes petits yeux de..., déjà, il fallait que je comprenne la différence entre le bénévolat et puis l’humanitaire, et puis le professionnalisme, tu vois. Je suis arrivée un petit peu avec cette dimension humanitaire et le médecin coordinateur m’a stoppée tout de suite. Il m’a dit : ‘Stop ! Vous n’êtes pas là pour faire de l’humanitaire’ et là, déjà, je me suis dit : ‘Attention, il ne faut pas que je dévie.’”* En 2016, la hiérarchie a rappelé les consignes concernant les éventuels retards appuyant sur le respect des horaires et le signalement au cadre de santé pour tout manquement. Le cadre professionnel empêche donc les soignants de “dévier”. C’est d’ailleurs ce que révèle aussi une enquête réalisée par Carole Gayet-Viaud (2009), qui compare le don d’un quidam à

l'égard des SDF avec celui du Samu social. Elle montre combien l'organisation professionnelle permet aux acteurs de freiner l'expansion du don. Elle pense le don à travers celui qui donne et explique en quoi il contient une promesse qui questionne le donneur sur la mesure de son action. Celui-ci peut se culpabiliser de ne pas en avoir assez fait ou de cesser de donner. Or, au Samu social, l'institution "équipe la volonté de donner". "En effet, leur position et leur inscription dans un cadre institutionnel leur permet d'aller vers les sans-abri, et de leur donner à la fois des choses (boisson chaude, nourriture, couverture, soins médicaux) et du temps, en dépassant certaines des difficultés qui entravent et inhibent les élans des simples passants" (Gayet-Viaud, 2009). L'institution propose des formes intermédiaires du don entre "le trop" et "le trop peu". Elle met en place une partition entre la vie personnelle et la sphère d'intervention. "Ils ne donnent pas à titre personnel. Ce qui laisse une part d'eux-mêmes en retrait, à l'abri, non exposée dans et par le don" (Gayet-Viaud, 2009). Les normes introduisent une mise en conformité des comportements pour répondre aux exigences de la profession.

3. Institution/associations : des liens tendus et distendus

Les relations entre l'institution et les associations sont entremêlées de frictions, de tensions, de critiques, d'interdépendance. Il n'est pas rare que les combats associatifs amènent l'hôpital à se remettre en question et à se transformer. On pense par exemple, à l'intégration de soins psychologiques (requête de MDM). Pour autant, les critiques dont fait l'objet la PASS retentissent sur le personnel de manière négative ; celui-ci semble y entrevoir une attaque personnelle sur le travail effectué. L'amertume et la rancœur peuvent ainsi créer une méfiance à l'égard des bénévoles.

a. Délimiter son pré-carré

Le sentiment que les associations empiètent sur le travail de l'hôpital constitue la principale source de tensions pour les professionnels de santé, qui n'apprécient guère les tentatives d'ingérence ou "le forçing" (archives) des bénévoles dans le fonctionnement de la PASS. Certains ont pu se plaindre de ce "*qu'on marche sur leur plates-bandes*" ou de l'insistance presque oppressante des bénévoles ; les soignants sont amenés à leur rappeler les règles de l'organisation. Je me souviens d'une bénévole qui cherchait à convaincre un soignant de trouver une place d'hébergement pour un exilé qu'elle avait amené. Elle était revenue vers lui à plusieurs reprises malgré les multiples refus du soignant, dans

l'impossibilité de donner suite à sa requête et finissait par regarder ses pieds pour indiquer que la discussion était close. Les frictions entre associations et hôpital existent autour du fonctionnement des uns ou des autres. Sur le camp Jules-Ferry, les professionnels de l'hôpital se sentaient jugés, "épiés" (archives) par des membres de Médecins sans Frontières qui auraient multiplié les remarques comme "Ah, vous mangez !" ou "pourquoi il n'y a personne à l'accueil ?". Cette véhémence à l'égard du fonctionnement de l'hôpital peut atteindre son paroxysme lors de la publication de rapports, d'expression de revendications qui atteignent les professionnels de santé, ceux-ci s'en retrouvant blessés. Cadres comme non cadres ont ainsi fait part de leur grande déception suite à la publication, en octobre 2015, du rapport du Défenseur des droits, qu'avaient saisi les associations. Je me souviens par exemple d'un infirmier, l'air abattu quelques jours après sa publication, qui s'indignait en indiquant qu'il était facile de tout critiquer alors que lui "était au charbon", "alors qu'on adapte la médecine en permanence."

Les termes employés par les soignants, surtout chez les cadres qui prennent les décisions, sont forts : "bafoués", "être des exécutants", "sous le feu des accusations". Ils résument la blessure qu'ils peuvent ressentir face aux critiques émises par les associations car ils ont le sentiment d'être attaqués en dépit de tous les efforts qu'ils ont mis en place. Un cadre témoigne : "Il y a un côté très chronophage pour l'hôpital et frustrant, qui est de toujours avoir à rendre des comptes, d'avoir toujours à être sous le feu des accusations alors qu'on fait notre travail et qu'on fait plus que notre travail. Il y a plusieurs types d'associations et on ne peut pas mettre toutes les associations dans le même panier."

L'urgence humanitaire nécessite toutefois une coordination entre ces acteurs.

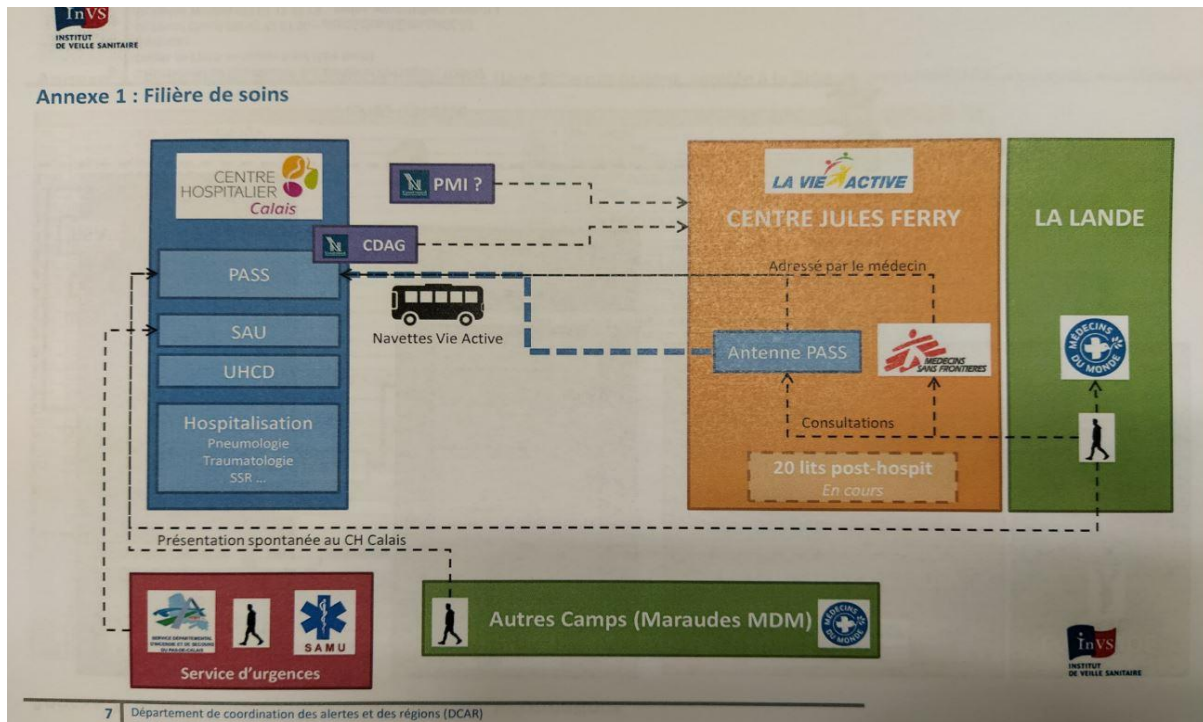
b. Une nécessaire coordination

À Calais, le paysage associatif est sans cesse en évolution, recomposé avec l'arrivée de nouveaux acteurs - bénévoles ou professionnels - et le retrait d'autres. Cette diversité a été la plus surprenante et la plus forte lors de la "new jungle" puisque la ville a vu débarquer des quatre coins du monde des bonnes volontés venues porter assistance aux exilés. Ainsi sur le terrain médical, on note le retour de Médecins sans Frontières (MSF) et de Médecins du Monde (MDM) qui ont ouvert des cliniques dans la Lande ; s'ajoutaient à ce "gouvernement humanitaire" (Fassin, 2010), Gynécologie sans frontières (GSF), des infirmières bénévoles indépendantes, des organisations charitables françaises et étrangères (deux centres de premiers secours anglais), le centre hospitalier, etc. Humanitaire, philanthropie, bienfaisance, beaucoup de termes sont employés pour définir l'aide à autrui

(Ferreira, 2004). La dispersion des acteurs de santé opérant dans la Lande est apparue, en effet, comme une difficulté supplémentaire pour nombre de professionnels rencontrés sur place. Ceux-ci évoquent à cet égard les distributions de produits pharmaceutiques, des antalgiques en particulier, dont l'origine est parfois inconnue, voire douteuse, et la traçabilité inexistante. On recense d'ailleurs des cas de iatrogénie médicamenteuse et plusieurs hépatites fulminantes, causées par une consommation excessive de paracétamol. Cette démultiplication des bonnes volontés une offre de soins insuffisamment structurée et qui fait trop peu de place, en outre, à la prévention et au suivi des patients. Un cadre avait d'ailleurs indiqué devant la multiplication des intervenants : *“Il est impératif d'être irréprochable pour maintenir des conditions de travail acceptables pour tous.”* Un autre professionnel avait regretté que *“chacun tire dans son coin”*, car *“c'est travailler pour soi”* et au détriment du collectif. Si l'hôpital se construit comme une institution à part entière, il est obligé de s'allier aux associations pour gérer la situation humanitaire. Pour mener à bien cette prise en charge sanitaire complexe, “bio-psycho-sociale”, l'hôpital a dû s'organiser en composant avec les différents acteurs pour mettre en place une coordination sanitaire (Rodriguez, Tisserand, 2017). Si certains professionnels estiment que des améliorations auraient pu être plus significatives, cette coordination a tout de même débouché sur des réalisations tangibles, ce qui ne fut pas le cas, par exemple, à la PASS de Briançon qui a été en échec sur le rassemblement des diverses forces.

Depuis la fermeture du camp de Sangatte en 2002, les acteurs bricolaient dans leur coin. Mais l'expérience de la “new jungle” a amené chaque maillon à se rassembler pour former une chaîne de soins profitant de l'expérience de chacun. *“On a un travail régulier sous forme d'échanges sur la prise en charge ; cela passe par les réunions de coordination sanitaire, les échanges bilatéraux avec une association pour caler un dispositif ; on échange aussi sur des situations individuelles”*, énumère un cadre. *“On a appris à travailler avec les associations”*, indique une assistante sociale présente depuis la création de la PASS. L'État, qui gère la question humanitaire, a aussi créé des partenariats avec les associations. L'intervention de MDM, par exemple, a pris la forme de maraudes dans la “Lande”, c'est-à-dire une consultation itinérante, de tente en tente, pour s'adresser à ceux qui ne peuvent pas se déplacer, repérer les cas suspects, assurer un suivi médical a minima des patients, les informer et, au besoin, les orienter. Et ce, quand les salariés de l'hôpital avaient, de leur côté, pour consigne de ne pas s'aventurer hors de la PASS-Ferry. Dans les activités orientées vers autrui et les métiers relationnels, tels que le travail social, l'action sanitaire ou l'insertion professionnelle, entre autres, la coordination tend à apparaître de plus en plus comme un impératif catégorique. *“Des temps d'échange avaient été organisés avec les associations ;*

on essayait d'aller dans le même sens pour récupérer des droits et beaucoup d'énergie était dépensée autour de ça", rappelle en ce sens un cadre social. La division du travail entre différents acteurs, l'individualisation des prises en charge et l'émergence de nouveaux publics ou de nouvelles problématiques (poly-pathologies, situations de handicap, de dépendance, etc.) expliquent l'importance reconnue désormais à cette fonction de coordination. La division du travail s'impose également dans le domaine médical : la complexité croissante des traitements, en particulier dans le cas des maladies chroniques, mais aussi la coprésence et les effets conjugués de multiples pathologies rendent en effet nécessaire une approche mieux coordonnée et plus interdisciplinaire (Pérone et al., 2015). Il s'agit alors de rationaliser le travail des soignants et d'intégrer davantage les soins afin de garantir leur bon ajustement et, ainsi, de répondre au mieux aux besoins des patients. Cet objectif, qui se traduit par exemple, en médecine ambulatoire, par le développement de "maisons de santé pluri-professionnelles", est aussi, à bien des égards, au cœur de la problématique calaisienne : articuler les différentes interventions sanitaires, assurer un meilleur chaînage des soins dans le but d'améliorer la prise en charge et le suivi des problèmes de santé. C'est pourquoi, à la suite du rapport de la mission interministérielle, un médiateur médical a été nommé afin de rassembler les différents acteurs de santé autour d'une même chaîne de soins (*photo ci-dessous*), de définir précisément le rôle de chacun, de créer des synergies et de faciliter la communication des informations : "*là où mon rôle a été utile, explique-t-il, c'est de les avoir mis en contact les uns avec les autres car la connexion n'existait pas vraiment. Rassembler tout le monde autour d'une table, c'était nouveau.*"



↑ Organisation sanitaire de la chaîne de soin pendant la “new jungle”. ©Centre hospitalier de Calais.

La PASS est devenue dans ce contexte “une tête de pont” (Rodriguez, Tisserand, 2017) du système sanitaire qui a défini les rôles de chacun. Désormais chaque trimestre sont organisées des réunions de coordination entre l’hôpital et les associations pour échanger sur la prise en charge des exilés. Il existe aussi “des échanges bilatéraux” détaille un cadre entre l’hôpital et une association “pour caler le dispositif et renforcer le partenariat”. L’hôpital peut aussi être interpellé directement pour échanger sur une situation individuelle ou indirectement via le Défenseur des droits. Ce chantier de la coordination des soins devait relier efficacement des consultations itinérantes (les maraudes), les premiers secours (la PASS) et la médecine hospitalière, sans négliger pour autant le travail de prévention et de veille épidémiologique. C’était là, sans doute, l’autre enjeu majeur de ce travail de coordination : non seulement rationaliser l’offre de soins, mais encore faciliter la rencontre entre les différentes cultures professionnelles des soignants – celles, en particulier, de la médecine hospitalière et de la médecine humanitaire, coordination qui, par ailleurs, perdue aujourd’hui.

Mais derrière cette mise en œuvre logistique, certains acteurs sont restés à la marge : parmi les bonnes volontés, certaines associations ont été jugées plus légitimes que d’autres.

“J’ai rencontré deux, trois associations un peu farfelues ; on ne peut pas accepter tout et n’importe quoi. Je dois pouvoir les labelliser et être le garant de la qualité du travail effectué”, affirme-t-il. Ainsi, une série de conventions ont été signées (Gynécologie sans frontières, La Vie Active...), des autorisations ont été délivrées à un centre de vaccination anglais installé dans la “jungle” tandis que d’autres “interventions pseudo-sanitaires” (Bourrier et al., 2015) ont été a priori écartées du circuit des soins. Un arbitrage a donc été effectué pour sélectionner les bonnes volontés en lice pour intégrer la chaîne de soin officielle et exclure les autres. Un cadre précise : *“Avec certaines, on a des échanges constructifs, [alors que] d’autres associations, sont plus politiques et sont plus dans l’interpellation et la dénonciation pas dans la construction de solution. Avec elles, on a l’impression de ne jamais faire notre travail, de jamais en faire assez, d’être des exécutants et qu’elles ont le bon rôle.”* L’hôpital tracte plus souvent avec les associations du “pôle de l’attestation” plutôt qu’avec celles du “pôle de la contestation” pour reprendre les catégories forgées par Mathilde Pette (2019) dans son travail sur le tissu associatif à Calais. “Les premiers [pôle de la contestation] remettent en cause l’existence des frontières et s’opposent aux lieux d’enfermement des étrangers ainsi qu’aux expulsions du territoire français. Au sujet des étrangers qui désirent rester sur le sol français, ils déclarent plus fréquemment qu’il n’est pas nécessaire de bien parler français ou de respecter les traditions françaises pour avoir le droit de séjourner sur le territoire. Les seconds [pôle de l’attestation] se caractérisent quant à eux par une critique moins radicale de l’ordre établi en matière de politiques migratoires. Ils ne s’opposent pas systématiquement à l’idée de frontière ou de contrôle des entrées et des séjours sur le territoire, ils se disent plus attachés à l’intégration des populations immigrées et proposent plus souvent d’établir une priorité pour les populations réfugiées” (Pette, 2019).

La frontière entre médecine humanitaire et sanitaire à Calais est à la fois très étanche et très poreuse. Étanche parce que les professionnels salariés de l’hôpital craignent que leur travail soit amalgamé à celui des bénévoles, ce qui est ressenti comme une dévalorisation et risquerait de remettre en question leur statut professionnel. En effet, le cadre hospitalier - que ces salariés jugent sérieux et rigoureux - leur confère en ce sens un professionnalisme inappréciable ailleurs. De plus, les professionnels hospitaliers de la PASS se situent aussi sur une logique défensive à l’égard des associations surtout lorsque leur organisation médicale fait l’objet de critiques. Cependant, cette frontière entre humanitaire et sanitaire peut se révéler poreuse puisque la plupart des professionnels de la PASS ont à cœur le terrain humanitaire, soit par expérience, soit en rêve ; ils sentent des rapprochements avec la figure de l’humanitaire en travaillant auprès des exilés.

Au terme de ce premier chapitre, nous constatons que la médecine exercée auprès des précaires reste encore dénigrée par de nombreux “professionnels des étages”. Les préjugés sont tenaces. Des professionnels aux autorités politiques en passant par le grand public, la prise en charge sanitaire des exilés fait débat, et n’échappe ni aux polémiques, ni aux dissensions. À Calais, plus encore. Ancré dans cette ville, l’hôpital doit trouver un équilibre de sorte qu’aux yeux des non exilés, les exilés n’apparaissent pas comme des privilégiés ; et aussi, il doit faire en sorte que ce lieu singulier qu’est la PASS ne renforce pas chez les patients “le sentiment d’appartenir à des catégories défavorisées” comme l’a rappelé Isabelle Parizot (2003) citant des travaux qui soulignait déjà le caractère disqualifiant de l’assistance socio-médicale.

Inscrire le recrutement sur la base du volontariat permet ainsi d’embaucher des professionnels qui ont envie de rencontrer des patients exilés. Cependant, faute de candidatures spontanées, il a fallu concevoir un plan de recrutement astucieux : recourir à des soignants reclassés pour pallier l’absence de volontaires mais aussi mobiliser des soignants exilés qui pourront, dans le même mouvement, relancer leurs trajectoires professionnelles fêlées et s’engager dans un processus de reconstruction individuelle. En cela, la diversité des soignants est une force. Toutefois, cette diversité qui engendre un décloisonnement des pratiques médicales peut créer des tensions et des frustrations. Nous l’avons décrit dans ce chapitre : il existe entre professionnels libéraux et hospitaliers - parce que leurs cultures médicales sont différentes - des désaccords sur la manière dont la PASS est organisée et dont les patients sont soignés. Là où des professionnels se sentent autonomes et malgré tout encadrés ; d’autres, se désespèrent de voir dans cette autonomie une désorganisation et de la négligence. Au-delà de leurs divergences, les professionnels, quels qu’ils soient, s’indignent de l’injustice sociale qui prive leurs patients des soins élémentaires. Les valeurs du service public, d’une certaine façon, deviennent ainsi fédératrices. On le ressent nettement au sein des salles de consultations, où le regard que les soignants portent sur les patients précaires est bienveillant. Se déploie alors une médecine de l’attention assez comparable à ce que donnent à voir les salariés du Samu social étudiée dans l’enquête de Daniel Cefai, et Édouard Gardella (2011).

La pratique médicale à la PASS est centrée sur le rôle de l’infirmier qui entre régulièrement en interaction avec tous les intervenants. Il joue un rôle de ramification, comme

ce couloir central de la PASS qui dessert les différentes salles. La prédominance des professionnels du secteur paramédical transforme la relation de pouvoir entre les infirmiers et les médecins : elle tend à faire de l'infirmier le surveillant du médecin et de ses faits et gestes. Ce rôle inattendu dévolu *de facto* aux infirmiers peut faire sourire des professionnels issus de services où, classiquement, les médecins sont considérés comme les ordonnateurs du travail de santé. L'exercice médical peut, en cela, être aussi assimilé à un travail de dispensaire humanitaire. Or, nous avons vu à la fin de ce chapitre combien les soignants - surtout les salariés hospitaliers - tiennent à marquer l'écart entre leurs pratiques et celles des humanitaires ou des bénévoles. Pour autant, l'urgence humanitaire à Calais et la volonté d'assurer une meilleure prise en charge sanitaire rassemblent en fait les différents acteurs - institutionnels ou bénévoles - qui n'ont d'autres choix que de se coordonner. À telle enseigne qu'ils deviennent finalement, interdépendants.

Nous verrons dans le chapitre suivant que les vicissitudes du contexte migratoire calaisien amènent l'hôpital à travailler dans l'immédiateté et la rapidité, empruntant ainsi au secteur humanitaire ses outils et ses méthodes de travail. Dépassée parfois par les événements, l'institution doit en effet compter sur l'ensemble des acteurs présents sur le terrain, le temps de retrouver des moyens et des effectifs suffisants pour faire face à une crise de l'accueil de grande ampleur - comme ce fut le cas entre 2014 et 2016.

CHAPITRE 2

L'AMBIVALENCE DE LA GESTION MÉDICALE

Les observations sur plusieurs années m'ont permis de constater que l'organisation de travail fluctue selon le nombre d'exilés présents sur le territoire. La permanence d'accès aux soins de santé est polymorphe et ses métamorphoses témoignent d'une adaptation successive aux différentes périodes migratoires dans le Calaisis. La PASS, comme un mouvement d'accordéon, se déploie en effet dès que le nombre d'exilés est important, et elle se resserre lorsque ce nombre diminue. Dans le temps, il est possible de constater qu'elle peut être tantôt un lieu refuge, tantôt une barrière immunitaire quand l'urgence humanitaire tend à s'amplifier. L'hôpital serait-il à la fois hospitalier et hostile - hostis et hospes - cette intrication que rappelle Benjamin Boudou (2013) ?

Ce chapitre entend explorer les ambivalences de la structure médicale tout en s'interrogeant sur le positionnement professionnel des soignants. La PASS, nous le verrons, est d'abord un lieu hospitalier où l'entente entre collègues est palpable, l'accueil à l'égard des patients engageant. De même, nous verrons aussi que la hausse du nombre de patients transforme les pratiques médicales ; celles-ci, plus contraintes, incorporent des mécanismes sécuritaires (instauration d'un vigile, mise en place de tickets numérotés, surveillance sanitaire).

D'où ce double questionnement : comment exprimer l'accueil auprès d'étrangers démunis ? Comment contrôler une population à risque qui est en mouvement ? Qu'est-ce que cette ambivalence nous dit sur l'hôpital et son évolution ?

I. Accueillir les exilés à l'hôpital dans un contexte de non accueil

Deux ouvriers regardent leur collègue fixer au sol des grillages surmontés de barbelés. Ceux-ci entourent un rond-point situé à proximité de l'hôpital, légèrement en surplomb, et sous lequel les exilés ont l'habitude de s'abriter de la pluie. À échelle locale, ces interventions

ne sont qu'une illustration supplémentaire du rejet des populations exilées. Étrangement, ce rond-point denté dessert aussi la route qui mène vers l'hôpital, lieu d'accueil pour tous. Il symbolise l'hybridité de l'État, qui dissuade ou brutalise les exilés, d'un côté, tout en leur offrant des soins et une hospitalité sous condition, de l'autre.

A. Calais s'emmure, la PASS sans murs

Ce n'est pas à Calais que s'est inventée la "*migrantophobie*", selon l'expression employée par un médecin à la PASS de Dunkerque. Depuis le Moyen-âge, l'étranger est souvent perçu comme une menace. Néanmoins, cette ville, aujourd'hui, matérialise un rejet sans ambiguïté à l'égard des exilés. Les patients de la PASS sont donc des individus en situation de rejet "*dehors*", c'est-à-dire sur le territoire de la commune et, plus largement, sur le littoral. "*Dedans*", la main tendue des soignants de la PASS répond à une mission historique d'accueil et de service public (Chauvenet, 1978). L'hôpital reste donc la seule institution qui, à Calais, accueille sans condition cette nouvelle figure moderne du pauvre.

1. La seule porte d'entrée des exilés dans le soin

Lorsqu'ils sortent de la salle de consultation, les exilés passent par la pharmacie pour récupérer leurs médicaments, puis, ils quittent la PASS, le sachet de traitements à la main, en ayant bénéficié d'un soin gratuit. Les exilés dits clandestins n'ont pas le droit de se rendre dans des cabinets de ville parce qu'ils ne sont pas "régularisés" ; la seule porte d'entrée dans le système de soin français, c'est donc l'hôpital. "*Les PASS sont devenues incontournables pour la prise en charge des exilés, c'est la réponse en termes de santé*", a précisé la coordinatrice du collectif national.

La gratuité du soin pour les étrangers est régulièrement l'objet de remises en question. Au regard de ce contexte, nous verrons que la PASS symbolise encore cette inclusion de la population exilée dans le système de soin institutionnel. L'acte de soigner l'étranger a donc

quelque chose de subversif à l'heure où d'aucuns voudraient réaliser des économies en supprimant ou en affaiblissant l'aide médicale de l'État (AME)¹².

a. Accéder aux soins gratuitement, un droit fondamental

L'accès aux soins gratuits pour les exilés fait l'objet de polémiques [cf. Encadré. Numéro 8], de remises en question comme en témoigne la récente instauration du délai de carence de trois mois pour accéder à la protection maladie universelle après le dépôt d'une demande d'asile.

Encadré numéro 8. Toucher à l'AME : vers la remise en cause d'un principe fondamental

La remise en cause de l'aide médicale de l'État (AME) représente un risque pour la santé publique (Tisserand *in* Désinfox, 2020). L'AME - qui prend en charge les soins aux tarifs de la Sécurité sociale - reste une protection qui permet de limiter la propagation des maladies infectieuses qui seraient une menace pour le groupe. La sécurité sanitaire qui s'apparente ici au contrôle médical (Wluczka, 2007) est souvent le premier argument mobilisé pour défendre l'AME. Mais il peut s'avérer dangereux car facilement réutilisé et renversé : il conforte alors les exilés dans ce fantasme moyenâgeux de personnes étrangères dont il faut se prémunir. Cet argument est donc à manier avec précaution au risque de considérer les exilés comme de potentiels virus symboliques véhiculant aussi des maladies d'importation. Cette population est moins "à risque" qu'"exposée au risque" et notre société a donc une responsabilité à l'égard de ces exilés qu'elle rend malades. Pour le préjudice que les exilés subissent, elle se doit de les soigner. Ce devoir rejoint la deuxième acception de la santé publique, entendue comme "ce projet collectif en vue de défendre un bien commun" (Fassin, 2008). Bien qu'imparfaite car désubstantialisée par rapport à l'aide médicale gratuite (AMG) (Gabarro, 2018), l'AME reste la seule protection en termes de droits accordés aux exilés en situation irrégulière. Le débat, aujourd'hui, ne se focalise pas sur comment améliorer cette AME mais bien sur l'éventualité et l'opportunité de sa suppression ; ce qui constitue une atteinte pour toute personne en situation de précarité dans leur droit à être soignées. D'autant plus que se développent davantage des représentations associant les pauvres à une charge, à des "surnuméraires" qui "*n'ont pas de place au sens d'utilité sociale*" (Castel, 2000) ou encore une stigmatisation à l'égard de ceux qui ne cotisent pas.

La remise en question de l'accès aux soins pour les étrangers, couplée à une profonde modification de l'organisation du travail hospitalier, multiplie les difficultés qui menacent le

modèle proposé par la PASS. L'hôpital est en effet en mutation (Belorgey, 2010) : l'introduction du tarif à l'activité (T2A) le transforme en entreprise où la bureaucratie et l'exigence de rentabilité prédominent dans le fonctionnement. C'est ce que résumait déjà, en 1974, François Steudler et ce qui s'exprime récemment à travers les grèves successives survenues en 2019-2020 au sein du corps médical : "L'hôpital public (...) se trouve de plus en plus comparé à une entreprise : il doit être "rentable" par la modification de son fonctionnement, des critères de gestion, du système de tarification, etc." (Steudler, 1974). L'hôpital est à la fois un "symbole fort du pacte républicain" et en même temps "un laboratoire exceptionnel de la concurrence" (Batifoulier, Caillé, Chaniel, 2013). Des discours contemporains prônent la réduction du parc hospitalier, soulignent l'inutilité d'avoir "un médecin sur chaque pallier" (Les Matins de France Culture, 2016), proposent le paiement direct des soins et médicaments par les patients et évoquent la crise de l'hôpital public. Derrière cette nouvelle conception de l'hôpital, c'est le modèle de l'État-Providence basé sur la solidarité, à travers le financement par la Sécurité sociale du système de santé, qui est menacé. "Après plus d'un siècle passé à construire des systèmes de protection sociale et de santé – fondés sur la solidarité – qui ont largement contribué à l'amélioration de la santé, on assiste à leur remise en cause. Faire de la santé un marché comme les autres est bien le rêve éveillé de tout économiste libéral" (Rainhorn et Burnier, 2001).

La PASS incarne à bien des égards cet État Providence menacé en tant qu'elle sert aussi à produire de l'égalité en direction de patients éloignés du soin. "La pratique en PASS invite à repenser la place essentielle de l'humain dans le soin et constitue un support de réflexion éthique pour l'ensemble du système de santé", estime ainsi Georges-Tarragano (2017). La structure médicale pour les précaires n'est pas soumise aux mêmes règles financières que les autres services qui fonctionnent par le paiement à l'acte (T2A), puis avec un remboursement ultérieur par les mutuelles ou les systèmes de couverture sociale. Mais pour ceux qui sont dépourvus d'une telle protection, la PASS dispose d'une enveloppe budgétaire délivrée par l'Agence régionale de santé (ARS) - sa tutelle car la fonction de la PASS relève de la MIGAC – qui permet de les prendre en charge. Cette dotation PASS vaut pour une année. La prise en charge individuelle n'est pas facturée puisque c'est l'enveloppe globale qui prend en charge l'ensemble des actes. La pression financière est moins forte que dans les autres services même s'il s'agit de ne pas dilapider les finances accordées. C'est pourquoi, d'ailleurs, des réunions sont organisées pour faire le point sur l'enveloppe budgétaire et le nombre de consultations est remonté régulièrement.

Cette “politique anti-utilitariste” empêche les soignants d’être transformés en “chasseurs de prime” (Batifoulier, Caillé, Chaniel, 2013). La gratuité des soins suggère une certaine qualité de la relation et une façon spécifique de donner des soins. Philippe Batifoulier (2013) démontre que faire payer le patient peut avoir des conséquences graves sur l’état de santé et l’accélération des inégalités. Or, la gratuité des soins rappelle que la santé n’a pas de prix, d’autant qu’en France l’hôpital est la “béquille d’une médecine libérale” (Domin, 2013) qui tend à substituer à une logique de désintéressement une logique marchande (Batifoulier, Ventelou, 2003). Un médecin de la PASS indique en ce sens qu’il “*est important de soigner les migrants sans leur réclamer un seul sou*”; un autre, plus philosophe, pointe que “*si on veut que le monde aille mieux, il faut égaliser les chances*”. La PASS est ouverte à toute personne ne disposant pas de couverture maladie universelle, ni de mutuelle. Les Calaisiens qui s’y rendent sont ceux dont les revenus sont supérieurs aux seuils ouvrant droit à la CMU ou CMU-C, mais très insuffisants pour disposer d’une mutuelle. Reste que ce sont surtout les freins liés à l’accès au soin qui sont évalués par l’assistante sociale. On voit par exemple des familles calaisiennes, éligibles au droit, qui viennent chercher un traitement contre la gale parce que celui-ci est trop cher en pharmacie, ou bien des SDF qui ont accès aux droits mais qui sont en déconnexion avec la société et ont besoin d’être épaulés.

Dans le contexte national des PASS, celles situées en lieux-frontières posent une double question. Comment la philosophie de l’État Providence peut-il se maintenir dans ces espaces géographiques hostiles aux exilés ? Quelle est la place du soin ? Nous verrons que la médecine à la frontière exercée auprès des exilés pose forcément la question de l’acte de soin comme acte politique.

b. Soigner, un acte à contre-courant des politiques migratoires sécuritaires

La gestion des frontières et celle des déplacements de populations en Europe est devenue une question centrale. Comme l’indique Marc Bernardot (2018), on est passé d’une compréhension du monde en fonction du lieu à une compréhension en fonction des flux : “la mobilité remet en cause le lieu, la position, le statut. L’hybridité questionne, transforme et supplante la race, l’identité, la norme. La liquidité menace la stabilité, la permanence et l’existence même de la réalité connue”. Marc Bernardot explique que ces trois notions - “la

mobilité”, “l’hybridité” et “la liquidité” - sont devenues des paradigmes participant à la transformation de nos sociétés. Des termes récurrents à connotation sécuritaire qui reviennent dans des discours politiques et sont aussi réemployés dans la sphère médiatique. On recense tout un vocabulaire anxigène autour de la migration avec un champ lexical qui regroupe des mots ou expressions comme “intrusions de migrants”, “endiguer les flux”, “invasion”, “migration massive”, “afflux de migrants”, “pression migratoire”. Le journaliste Stephen Smith (2018) parle dans son livre de “ruée” vers l’Europe ; selon lui, le vieux continent serait dans les prochaines années composé de personnes essentiellement d’origine africaine si les arrivées d’exilés se poursuivaient - une thèse démontée dans un article par le démographe François Héran (2018). Les décisions politiques européennes contribuent à donner corps à la frontière qui s’élève comme rempart physique contre ceux qui étaient encore considérés comme les “barbares”. Mais cette frontière physique a surtout des répercussions concrètes sur la vie d’êtres humains avec une ironie du sort : selon les époques, mais aussi les gouvernements et les orientations politiques, le contrôle des populations exilées peut se durcir ou se relâcher de sorte que celui qui est considéré comme clandestin à l’instant t peut ne plus l’être dix ans après (Noiriel, 2012).

Depuis une vingtaine d’années dans le Calaisis, la condition des exilés n’a pas réellement évolué. À la suite de la démolition de la “*new jungle*”, en 2016, État et municipalité ont choisi d’appliquer une politique de “tolérance zéro pour ceux qui ne demandent rien à la France¹³”. S’il existe des tentatives pour créer des camps - les autorités souhaitant éviter “*les points de fixation*” - aussitôt les démantèlements sont systématiques et quotidiens sous prétexte que des centres d’accueil et d’orientation (CAO¹⁴) - devenus des centres d’examen des situations administratives (CAES) ont été créés. Les politiques migratoires condamnent depuis une vingtaine d’années les exilés qui ne demandent pas l’asile, à l’errance et à l’enfermement géographique. Elles ont érigé des murs visibles et invisibles. La municipalité a par exemple mis en place en 2013 une boîte mail pour signaler les squats en formation ; les arbres sous lesquels s’abritent les exilés sont rasés, quant au pastiche du radeau de la méduse

¹³ “L’Aide Médicale d’Etat favorise le tourisme médical ?” Tour d’horizon des Désinfox. Institut convergences migrations. <https://www.icmigrations.cnrs.fr/2020/01/08/laide-medicale-detat-favorise-le-tourisme-medical-tour-dhorizon-des-desinfox/>

¹⁴ Centre d’accueil et d’orientation (CAO) devenu Centre d’accueil et d’examen des situations (CAES).

réalisé par l'artiste Banksy, avec ses exilés secourus par un *ferry* remplaçant *l'Argus*, il a été effacé. Ces procédés participent à bien des égards à cette "déshumanisation du migrant" dans un contexte où l'idée de les associer à "l'invasion étrangère" trouve un écho dans les pays européens : "Il plane en permanence le soupçon que l'étranger soit un voleur, un escroc ou un usurpateur, un corrupteur (...)" (Bernardot, 2012). Brice Arsène Mankou, qui a travaillé sur la frontière franco-anglaise, explique que les migrants "expérimentent de nouvelles modalités de l'enfermement". Il décrit un "*no man's land* sans issue", parle de "prison ouverte". Cette métaphore rejoint le regard de Michel Agier qui considère le monde du XXI^e siècle comme producteur d'individus indésirables. "Mettre à l'écart (dehors) et tenir sous contrôle (dedans) : ces deux poussées de sens contraires produisent des vides, des interstices, des situations liminaires, des exceptions et suspensions du temps, comme une ligne de frontière (*border line*) qui s'élargirait indéfiniment. Ce temps suspendu en régime extraterritorial informe le voyageur qu'il n'y pas d'arrivée pour lui" (Agier, 2011). Cette mise au ban de la société, si l'on suit Marc Bernardot, serait une résultante d'une pensée néoconservatrice qui a déclaré "la guerre aux migrants" formant ainsi un parallèle avec les guerres iroquoises du XVII^e siècle qui étaient fondées sur la captation des fourrures et des scalps. "La capture est d'abord un dispositif pratique qui combine des modalités de repérage et de détection, d'arrestation, d'enfermement et de traitement des capturés" (Bernardot, 2012). À Calais, les moyens pour favoriser leur capture sont nombreux. Au port et au Tunnel, points stratégiques pour le passage clandestin, des détecteurs de CO₂ vérifient la présence ou non de migrants à bord des camions. Après l'annonce de la création d'un centre d'accueil de jour, des clôtures à barbelés ont été posées le long de la rocade qui mène au port. Coquelles, commune voisine de Calais, possède un centre de rétention administrative (CRA). Les drones ont été ajoutés à la surveillance aux frontières. Il s'agit d'une véritable urbanisation de guerre qui pourrait faire l'objet d'une investigation de l'architecture Forensic, ce groupe de recherche dont les techniques architecturales permettent d'enquêter sur les cas de violence d'État.

S'interroger sur la société d'accueil dans son rapport aux exilés a été le fruit d'une réflexion encore peu développée en sociologie mais qui commence à trouver un certain écho. Récemment, la chercheuse Blandine Destremau et son équipe se sont interrogées notamment sur la réhumanisation du soin (travaux en cours d'édition) au contact des patients exilés et sur la façon dont la migration peut être vue comme une chance pour améliorer le système de santé. Le soin peut nous transporter à contre-courant des politiques sécuritaires, vers une autre réalité diamétralement opposée à celle que proposent les politiques inhospitalières. Là où ces

dernières cloisonnent ces populations, le soin se doit d'être sans-frontières en étant à destination de tous ; là où elles tuent ou affaiblissent les corps, les soignants travaillent pour maintenir la vie, résorber les plaies. Le soin est aujourd'hui une forme de résistance puisqu'il incarne une bienveillance rendue à celui qui est rejeté. En dépit de leur condition de clandestin, l'institution soigne, s'engage à prendre soin de ces populations. "Toute institution naît d'un refus. Refus d'une fatalité, d'un ordre injuste des choses" (Ricard, 2020). Soigner le "clandestin" constitue un oxymore qui sous-tend l'acte d'accueillir l'indésirable. Le soin est "ce pas de côté" comme l'étudient Michel Hastings, Bénédicte Héraud et Anne Kerlan (2018) en revenant sur le terme "d'accueil" employé par Thierry Paquot. "Le potentiel d'accueil sera également défini par l'ensemble des dispositions socio-culturelles, émotionnelles et éthiques qui déterminent le comportement de l'accueillant et lui permet de donner du sens à ses logiques d'action" (Hastings, Héraud, Kerlan, 2018).

Soigner le "clandestin", c'est donc accepter de l'accueillir entre ses murs. Et dans le même temps, cela met aussi en lumière la "*schizophrénie de l'État*" comme le rappelle une soignante, "*avec un État qui ne reconnaît pas les migrants et [qui], pour autant, donne de l'argent à un hôpital public pour les prendre en charge*". Nous verrons comment la PASS a été agencée pour favoriser l'accueil et comment l'ambiance contribue aussi à créer un climat de confiance.

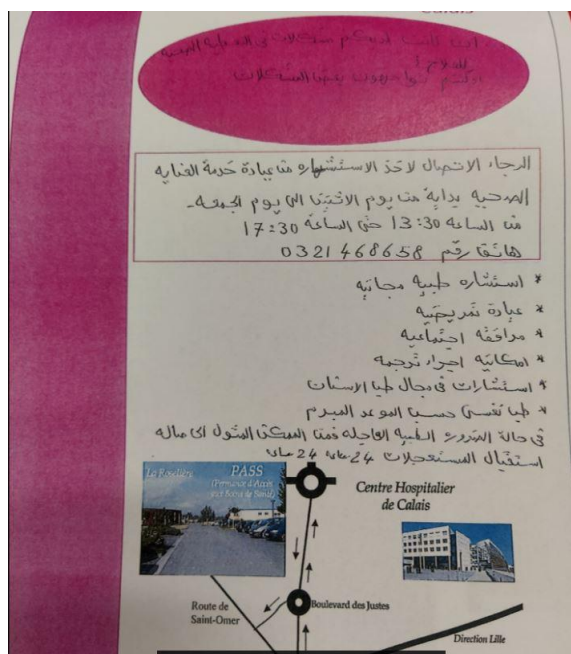
2. Le modulaire, une bulle protectrice

Cette partie souhaite décrire l'atmosphère régnant à la PASS, qui offre un refuge provisoire aux patients exilés. Si elle est d'abord un lieu médicalisé, la PASS est aussi utilisée par les patients comme lieu d'accueil. De par sa matérialité, elle marque un retour vers une forme d'humanité puisqu'elle constitue un lieu couvert, un abri protégé des intempéries et dédié au soin. Elle crée la rencontre entre des exilés issus de sociétés bien souvent non occidentales avec des Occidentaux et, plus encore, un contact avec l'institution ; elle rassemble sous un même toit les exilés de différentes communautés alors que celles-ci ont tendance parfois à se séparer en dehors.

a. Une proposition de réconfort et des signes de bienvenue

La PASS propose un accueil où les identités ne sont pas vérifiées, où les soins sont gratuits, un espace duquel on entre et sort comme l'on veut. “Enfermés dehors” (Kobelinsky et Makarem, 2009), les exilés sont libres dedans, prisonniers hors les murs, mais libres entre les murs. La symbolique est ici renversée. “*Le simple fait d’être accueilli à la PASS, c’est une attention à l’individu, une prise en charge organique ne peut qu’avoir une dimension positive*”, souligne à cet égard un médecin libéral.

On peut recenser différents signes de bienvenue. La première forme d’accueil s’observe à travers un effort de traduction. L’hôpital a plastifié différentes affiches traduites en plusieurs langues (tigrinya, pachtou, arabe...) qui présentent le plan et le fonctionnement de la PASS et les services qu’elle propose.



←Le plan du centre hospitalier traduit. ©CHC

Dans les salles d’attente, on trouve à partir de 2019 davantage de messages de prévention, notamment autour des maladies sexuellement transmissibles ; des dessins de patients enfants sont aussi accrochés aux murs. Dans les douches, le protocole de traitement de la gale est explicité. Sur les tables des salles d’attente, sont posées des carafes d’eau et des livres dont une bande dessinée Tintin (qui n’est pas *Tintin au Congo*) traduite en arabe. On peut regretter, en revanche, que certains des documents

comme la charte sur les droits du patient, n’y figurent pas.

Une autre forme d’accueil s’exprime à travers une offre à la tranquillité. La PASS essaie autant que faire se peut de protéger l’intimité des patients ; elle est un espace immunisé des regards médiatiques. Les cadres de l’hôpital de Calais ont pris le parti de centraliser la communication de l’établissement et ont exigé de chaque agent qu’ils ne parlent pas à la presse sans autorisation, insistant sur le devoir de réserve auquel ils sont soumis. “*Il y a beaucoup de*

visites qu'on refuse. Il y a beaucoup de journalistes, cela fait partie des seuls sujets qu'on refuse systématiquement car sinon on en aurait tous les jours dans la presse et ce n'est pas une image qu'on souhaite donner de l'hôpital, un hôpital-migrant", souligne un cadre. Si cette directive vaut parce que la prise en charge des exilés est un sujet sensible, elle permet aussi de protéger soignants et patients, de leur laisser du répit lorsque "dehors" c'est le tumulte. C'est ce qu'indiquait l'analyse interne SWOT en répertoriant les menaces externes : "C'est un service qui connaît la pression des associations, celle des médias trop présents et non maîtrisés." La PASS ressemble depuis à une bulle protectrice difficilement pénétrable si on n'est pas autorisé à y accéder. De même, par périodes, les bénévoles pouvaient s'y rendre ou pas. Lorsqu'ils étaient jugés trop intrusifs par rapport à l'organisation de travail hospitalière, ils étaient enjoins à rester à l'extérieur de la PASS. Celle-ci offre donc en son sein un espace d'intimité. Par contre, cette intimité n'a pas été assurée d'emblée et sa prise en considération dans le service s'est améliorée avec le temps, progressivement. En effet, en 2013, elle ne paraissait pas prioritaire : j'ai pu observer par exemple un va-et-vient des personnels en salle de consultation sans que ces derniers ne frappent à la porte ; certains repartaient en laissant la porte ouverte derrière eux alors qu'un patient se rhabillait. Or, la salle de consultation est censée être un espace privé, séparé et protégé, où le patient peut en sécurité dévoiler son intimité. Cette négligence a été gommée avec le temps. Il a été demandé à voix haute par le médecin coordinateur, et à plusieurs reprises, de fermer la porte, un réflexe qui semble désormais acquis. Pour préserver le secret médical et l'intimité du colloque singulier, du carton a été posé sur les fenêtres de la salle de consultation du médecin et du psychologue, ce qui témoigne aussi de l'emploi du "système débrouille" par les soignants.

Enfin, le troisième signe de bienvenue se ressent à travers l'ambiance qu'il faut palper et expérimenter. Quelques exilés africains sont assis sur le carré de pelouse, le corps fatigué et le regard vague ; d'autres prient ou discutent devant la porte d'entrée de la PASS laissée grande ouverte. C'est l'été 2013 à Calais. La PASS est un lieu ouvert, sans rendez-vous. Elle comporte une dimension quasi-hôtelière et constitue un espace où, durant mes observations, je n'ai jamais vu de policiers à proximité, contrairement aux abords du corps principal de l'hôpital où il arrive que leurs voitures stationnent. Ce lieu est aussi pratique et utile. Le rechargement des téléphones portables des patients sur place en témoigne. Charger leurs batteries est ici un besoin presque vital pour garder contact avec la famille, appeler les passeurs ou les compagnons de voyage. Les soignants photocopient également des documents nécessaires aux patients et leurs dossiers sont conservés dans le bureau de l'infirmier. "On les

voyait laver leur linge sur l'herbe devant le préfabriqué, se souvient un médecin. *On ne pourrait pas faire ça dans un hôpital, ils rechargeaient leur téléphone, on avait une table sur laquelle on avait posé une télé et où on leur mettait des cassettes.*” La PASS est un espace qui protège des pressions et aussi des dépressions atmosphériques. Des “comportements saisonniers” sont observés. L’hiver, les migrants portent de gros manteaux, des *sweats* à capuche, des vêtements trop longs ou trop courts, des gros bonnets, ils posent souvent un foulard autour du cou et de la bouche ou ils enroulent leur tête dans une écharpe. Les exilés se réchauffent dans la salle d’attente, enlèvent leurs chaussures, retirent leurs chaussettes et les pendent sur le chauffage. Certains en profitent pour s’assoupir. Ils sont d’ailleurs plus nombreux l’hiver en salle d’attente. L’été, ils restent dans le carré de pelouse en attendant leur passage devant le médecin. Certains font sécher leur linge sur les grillages qui entourent la PASS. Tolérance et bienveillance sont à l’œuvre et dépendent aussi de la personnalité des soignants à les encourager. On retrouve ici la vocation première de l’hôpital comme lieu d’accueil des démunis. Déjà en 1994, Agnès Camus et Nicolas Dodier décrivaient le hall des urgences comme “un lieu ouvert sur la ville 24h/24h”, “sans barrières d’accès” où des personnes trouvent “en ce lieu des ressources rares : de la chaleur, un endroit qui ne soit pas à la rue, un distributeur, des rencontres (...)”. La PASS agit comme un sas de décompression, ce que j’ai pu remarquer en constatant le positionnement des corps. Durant l’attente, parfois longue, les patients pianotent sur leur téléphone, appellent amis et famille, tiennent leur tête dans leur main, regardent les soignants travailler. Leur dos sont posés contre les murs, les jambes en avant. Un exilé s’allonge sur les chaises et s’assoupit (2013). Les patients semblent s’approprier la PASS : l’ambiance est décontractée. Ainsi, les exilés s’extraient de la salle d’attente nonchalamment, déambulent dans le couloir, sortent, entrent, regardent à travers le bureau de l’infirmier. Un exilé sort torse nu des douches marchant tranquillement au milieu du couloir devant les autres. Un autre a commencé à allumer un joint. Une remarque gentille lui a été faite par un membre du personnel qui a manié l’humour : “*Qu’est-ce que c’est que ça ! Qu’est-ce que je vois !*”, lui faisant comprendre d’aller le fumer dehors, ce qu’il a fait. Un pèse-personne posé dans le couloir a amusé des exilés qui l’ont essayé un peu sous forme de jeu-concours : l’un d’eux faisait 53 kg et s’est rendu compte qu’il avait maigri, ce qui a entraîné un fou rire auprès de ses compagnons de route. De la musique orientale ou des appels à la prière sont diffusés par des téléphones portables ; parfois, les patients chantent et dansent. L’interprète chante aussi doucement. La PASS rend possible les rencontres entre des individus de différentes communautés et des représentants de la société française. Elle réunit toutes les nationalités contrairement à l’extérieur où chaque camp a généralement sa principale

communauté ou est sectorisé. On parle ainsi du “camp des Syriens”, du “campement des Soudanais”, du “squat des Égyptiens”. La PASS permet le brassage de différentes ethnies même si cela peut aussi engendrer occasionnellement, rixes et bagarres. Le couloir ou la salle d’attente sont aussi propices aux échanges.

Ainsi, on voit ici que la PASS a plus une fonction protectrice qu’inquisitrice. C’est ce que l’on peut saisir, mieux encore, lors des passages en salle d’enregistrement, comme nous essaierons de le montrer dans la partie suivante.

b.Un espace sécurisant non sécuritaire

La majeure partie du temps, les soignants ne connaissent pas leurs patients. Du fait de l’exil, ces derniers ont perdu leur identité médicale : ce sont des personnes “sans feu ni lieu”, c’est-à-dire sans identité officielle, sans demeure et sans protection juridique ni symbolique” (Laacher, 2002). Les patients donnent une identité et les soignants l’acceptent : aucune pièce justificative n’est demandée, ce qui lève un frein à l’accès aux soins. En effet, le rapport à l’identité est compliqué pour ces personnes. Ceux qui veulent poursuivre leur route ne souhaitent pas laisser de traces ; c’est le cas pour la plupart des patients de la PASS, considérés comme “clandestins” (Laacher, 2007) et menacés d’expulsion¹⁵. Il se trouve que la spécificité, à cet égard, de “cette population sans nom” (Laacher, 2005) au “statut indéterminé” est respectée par les soignants, et la PASS a mis en œuvre des moyens pour s’y adapter. Des patients préfèrent ainsi délivrer des faux noms ou ne communiquent pas leur vraie date de naissance (certains se font passer pour mineurs car la législation leur donne plus de protection) ; et souvent, face à ces identités énigmatiques, les soignants n’insistent pas, ils évitent de placer le patient dans une situation où il aurait des comptes à rendre. L’accueil à la PASS n’est donc pas un espace de contrôle des données, comme au commissariat ou à la police aux frontières (Casella Colombeau, 2010), des lieux où “le face à face est dominé par des relations

¹⁵ Pour déterminer la responsabilité de l’État dans la prise en charge d’une demande d’asile, le règlement Dublin III dispose qu’un État peut renvoyer un exilé là où ses empreintes ont été laissées, mais celles-ci, selon les pays peuvent être saisies par la force ou dans le cadre de *hotspots*. Il n’est pas rare de croiser des exilés présents pour la deuxième fois en France, qui tentent à nouveau le passage en Angleterre parce qu’entre-temps, ils ont été expulsés en Italie.

de pouvoir” et la suspicion (Noiriel, 2001). C’est d’ailleurs ce que souligne une infirmière : *“On n’est pas la police, ce n’est pas un interrogatoire.”* Bien sûr, cette réticence à donner son identité peut aussi, dans certaines situations, relever d’une stratégie de gestion du quotidien. Ainsi, selon les observations faites par certains soignants, des patients reviennent plusieurs fois dans la semaine avec une autre identité pour bénéficier à nouveau, par exemple, d’une douche. Reste que le secret qui entoure l’identité des patients s’explique surtout par la méfiance qu’ils entretiennent à l’égard de l’*“institution”*¹⁶. *“Je lui ai demandé : pourquoi tu changes ton identité ? Il me dit que nous allons donner des informations à la police. J’ai expliqué qu’on était l’hôpital. Il y en a qui nous croient, il y en a qui doutent”*, explique un médecin exilé. Les soignants se heurtent à cette problématique en lien direct avec les décisions politiques puisque, par peur d’être expulsés ou dénoncés, les patients se méfient de tout ce qui relève de l’*“institution”*. Il semble que la forte présence, dans certains pays, des services des renseignements et des forces de l’ordre à l’origine d’emprisonnements, de même que le climat ambiant en Europe contribuent à accroître la distance entre les patients et les institutions. Pour rétablir la confiance, les soignants s’évertuent à démontrer qu’ils ne sont pas des *“espions de l’État”*. On comprend aussi pourquoi leur intervention au sein des centres de rétention (CRA) peut participer à brouiller les intentions premières des soignants. *“Moi souvent ce que je disais aux migrants, c’est : ‘Attention, ici ce n’est pas la police, nous on n’est pas là pour vous pister, on n’est pas là pour vous trahir, on a besoin des bonnes informations pour pouvoir vous soigner donc votre âge’ – parce qu’ils ne donnaient pas forcément leur âge. (...)”*, analyse un médecin. Une psychologue rappelle toujours à ses patients que les entretiens reposent sur la confidentialité : *“On recueille ce qu’ils nous livrent et nous ne sommes pas là pour enquêter.”* La peur des patients se traduit par des fugues des services hospitaliers. Je me souviens d’un malade vu en consultation à la PASS pour une suspicion de pyélonéphrite ; il devait patienter en vue d’une hospitalisation et a soudainement quitté la PASS sans que les soignants ne s’en rendent compte. Un infirmier a indiqué qu’il avait eu peur qu’on l’oblige à rester à l’hôpital et qu’il soit finalement dénoncé. Un autre, qui s’est rendu à la PASS pour refaire son pansement, devait en réalité rejoindre un service spécialisé de l’hôpital, *“mais il a cru entendre qu’on appelait la police alors il s’est sauvé”*, raconte un soignant en 2013. Pourtant, la PASS s’est adaptée à ceux qui préfèrent rester dans le secret et l’anonymat. Les soignants ne se sont

¹⁶ Le terme est employé dans son sens courant. Selon l’encyclopédie Universalis, l’institution est définie par le politiste français Jacques Lagroye comme *“un ensemble de pratiques, de rites et de règles de conduite entre des personnes ainsi que l’ensemble des représentations qui concernent ces pratiques, qui définissent leur signification et qui tendent à justifier leur existence”*.

pas résignés à un état de fait et ont mis en place, nous le verrons, un système qui leur permet de limiter le risque médical lié à ces identités insaisissables ou inconstantes.

Parfois, les soignants obtiennent des signes qui témoignent d'une confiance rétablie avec leurs patients. La PASS va jusqu'à devenir un repère attachant pour certains d'entre eux qui reviennent régulièrement. C'est un lieu qu'ils apprécient. Certains y ont leurs habitudes. Un patient afghan qui vit en France depuis 2010, a obtenu ses papiers en six mois. Il est au RSA en 2013 et ne trouve pas de travail ; il a essayé l'intérim mais on ne le recontacte pas. *“Je viens à la PASS car je réfléchis trop chez moi. Ici, l'infirmière et l'interprète sont mes amis. Je passe aussi au Secours Catholique.”* Un autre patient afghan parlant également le français est en attente de la décision de l'OFPRA¹⁷. Il vit dans un camp à Calais. Il est venu à la PASS en vélo. *“C'est la vie comme ça ! , lâche-t-il, dehors, à l'entrée de la PASS, le dos collé au mur. Mais la vie à Calais ça va par rapport à l'Italie.”* Un patient malien se présente aussi à la PASS souvent. Il entre dans le bureau de l'infirmière, serre la main de tous les soignants et demande à chacun si ça va, il répète le “ça va” en boucle. Il a besoin à chaque fois de leur parler et retient leur regard, comme pour être rassuré [Encadré numéro 9].

¹⁷ Office de protection des réfugiés et apatrides.

Encadré numéro 9.

En salle de consultation, le docteur lui demande : *“Que se passe-t-il ?”*

-Ça va très bien.

-Des problèmes ? Un peu ?, insiste-t-il.

-Oui, oui, oui.

-Qu'est-ce qui t'arrive ? (ici le tutoiement montre que le patient est bien connu).

-Je n'ai pas compris. Euh... je viens chercher des médicaments pour dormir. J'ai fini l'Atarax® ça marche bien ouais. On dort mieux avec ça. J'ai pris un... Quelque fois, un troisième, comme ça.

-Vous en prenez plusieurs fois par jour ? Vous habitez toujours Boulogne ?

-Non, Calais.

-Vous habitez où à Calais ?

-Calais Nord.

-C'est beau Calais Nord.

L'interprète ajoute pour détendre l'atmosphère : *“Surtout le vendredi et le samedi soir [quartier des bars et discothèques, NDLR] !”*

-Voilà pour les médicaments. L'interprète lui demande : Tu as ta carte vitale, l'AME ? Le patient ne répond pas et enchaîne : Je fais des crises et des cauchemars.

Le docteur lui demande : *Tu as vu le psychologue ? Il n'y a pas de trace du psy dans ton dossier. Tu as rendez-vous vendredi. L'interprète précise : À chaque fois, il vient. Ce sera vendredi à 14 h le psychologue. L'infirmier lui pose une question : Et quand tu l'as vu l'autre fois, c'était bien ?*

-Oui. [Carnet de terrain, 2013].

Il semble, dans cet entretien [cf. Encadré. Numéro 9], que les soignants connaissent bien ce patient. Ils le tutoient et insistent pour savoir ce qui ne va pas puisque, étrangement, le patient dit toujours “ça va”. Pendant l’entretien, le médecin marque des pauses silencieuses pour lui laisser le temps de s’exprimer. La confiance rétablie peut revêtir parfois des traits très personnels, si l’on songe à ce patient atteint du VIH et qui ne voulait être suivi que par l’un des médecins de la PASS, un médecin qu’il a connu en centre de rétention administratif (CRA). Lors des entretiens, on ressent à quel point les professionnels peuvent être touchés par ces marques d’attention exprimées par leurs patients. Ils apprécient d’avoir des nouvelles sur la durée ce qui casse un peu la routine de cette “médecine de l’instant” dont ils sont coutumiers. La PASS est un service où il n’est pas possible de recevoir des cadeaux, boîtes de chocolat ou objets décoratifs - comme cela se pratique parfois dans les autres services hospitaliers. Le dénuement des patients l’empêche. Dès lors, les retours vers la structure médicale sont autant de preuves que les soignants interprètent comme des marques d’attachement et de remerciement. Sans avoir interrogé les patients sur ce point, il est quand même possible de repérer, par l’intermédiaire des observations, des marques de satisfaction et de bien-être - comme un pouce en l’air, la main du soignant que l’on serre chaleureusement, les “merci dr”, le *check*, etc.... Un infirmier indique, à propos de patients qu’il suit depuis des années : *“je suis content de les voir, quand ils arrivent, je les embrasse”*. Cela apporte une force aux soignants. Lorsqu’ils réussissent avec un patient, les soignants en tirent une fierté, une satisfaction sans doute plus grande que celle ressentie par les homologues en médecine libérale. Une infirmière se souvient de patients qui attendaient l’ambulance de l’hôpital. *“Ils avaient confiance, ils demandaient toujours à ce que ce soit nous”*, se réjouit un infirmier. *“Au fil des années, tu crées des liens avec les patients. Il y en a que je suis depuis des années et c’est vrai que quand ils arrivent, j’ai une relation différente avec eux. Ils ont confiance en nous parce qu’on les a soignés, parce qu’on les a guidés”*, explique de son côté un infirmier. Ainsi, ils se réjouissent des marques d’attention de leurs patients, qui soulignent la qualité de leur travail : les *“thank you doctor”* avec la main portée sur le cœur, une poignée de main tendue vers le médecin, une tape sur l’épaule d’un infirmier suivi d’un *“you’re good man”*. Ces attentions sont un moteur pour les soignants qui mesurent ainsi l’investissement. Le soutien moral des soignants et la proximité peuvent créer des relations régulières (Parizot, 2003).

Recevant des financements par millions de la part de la Grande-Bretagne afin de retenir les exilés, la France exerce cette sous-traitance de façon disciplinée. À Calais, les politiques migratoires prennent une tournure qu'on ne retrouve pas avec autant d'ampleur dans d'autres villes : démantèlements quotidiens des installations de fortune, numéro d'alerte anti-squat, hostilité des cafetiers et restaurateurs interdisant l'accès à leurs établissements, implantation de barbelés, fauchage de la nature lorsqu'elle permet aux exilés de s'abriter... La frontière exacerbe la répression de ces populations. Dans ce contexte, accueillir les exilés est un acte politique qui va à contresens des politiques sécuritaires. Dès lors, l'acte de soigner prend la forme d'une main tendue ; mais ce geste qui, *a priori*, va de soi, sort les soignants de la neutralité. La médecine à la PASS est une "médecine située", c'est-à-dire que la géographie de l'espace est singulière au point de lui conférer une coloration politique.

Mais comment participe-t-on à une telle une "médecine située" dans un espace indissociablement géographique et politique ? Avant d'explorer la fulgurance avec laquelle ces soignants ont dû faire face à la crise de l'accueil et le positionnement délicat dans lequel ils se trouvent, nous verrons d'abord les bénéfices qu'ils tirent de cette médecine de l'exil.

B. La PASS, refuge des exilés... et des soignants

Pour décrire l'ambiance à la PASS, des soignants évoquent "*une autre dimension du soin*", en suggérant par là qu'elle est plus familiale, plus humaine, une description qui, *a contrario*, dit aussi des choses sur le travail dans les services plus spécialisés. "*On a des étudiants de temps en temps ; quand ils viennent en stage ici, ils ne veulent pas repartir. Ils nous disent toujours : 'C'est complètement différent ici, le relationnel n'est pas le même, on n'est pas accueilli de la même façon, on ne nous parle pas comme on nous parle à l'hôpital.'*"

C'est vraiment une dimension particulière, une dimension mais complètement à part. Je pense que c'est plus humain. (...)", estime une autre infirmière en poste aménagé à la PASS.

Nous verrons que les liens professionnels sont - des liens "chauds", de type familial -, et que les professionnels, qu'ils soient exilés eux-mêmes ou "reclassés" en provenance d'autres services, reconnaissent également que le travail à la PASS peut participer d'un processus de reconstruction professionnelle.

1. Humour et solidarité au travail : un cocon familial

L'organisation du travail repose avant tout sur la coopération et le travail en équipe. Dans ce cadre, les soignants plaisantent volontiers et se montrent accueillants. On a la sensation d'un groupe particulièrement soudé, voire d'une famille. C'est en tout cas ce que révèle la majorité des entretiens menés, et c'est aussi ce que confirment les observations. Certains soignants se taquinent en usant de traits d'humour ou alors en se donnant des surnoms tels que "*le moine*" pour désigner un infirmier en ayant une coupe de cheveux singulière, "*maman*" pour la secrétaire qui gère tout "*et passe derrière tout le monde*", ou encore de "*grand chef*" pour le médecin coordinateur. Voici, par exemple, une interaction où l'on ressent une complicité forte entre les deux acteurs de la PASS. Pour plaisanter, l'interprète dit au médecin : "*Moi aussi j'ai des problèmes cardiaques. J'ai vu un plus grand maître que toi !*" Le docteur lui répond : "*Tu as vu dieu ?!*" [Carnet de terrain, PASS Calais, 2013]. Nombreux sont ceux - encore une fois, surtout les infirmiers - qui évoquent une solidarité entre collègues surtout lorsque le rythme à la PASS est plus soutenu. Beaucoup parlent également d' "*entraide*" ; une infirmière décrit un "*esprit de famille*" tandis qu'un infirmier se réjouit que l'équipe soit "*toujours très soudée*" et précise en plaisantant "*ne pas avoir le temps pour se disputer*". Un autre reconnaît "*on s'entraide, on se serre les coudes. (...) C'est ce que je cherche aussi dans mon équipe, c'est qu'on ait une solidarité et qu'on avance tous dans le même chemin (...). Au final, on avance pour le bien-être du patient*". Une psychologue se rappelle avec plaisir de son arrivée, précisant qu'elle s'est tout de suite sentie à l'aise et qu'elle pouvait compter sur des avis extérieurs lorsqu'elle avait des doutes : "*ils étaient une soupape*", dit-elle. Cette solidarité s'accroît dès que l'urgence s'amplifie, comme à la PASS

Jules-Ferry où les professionnels accueillaienent une centaine de patients par jour. “*Quand il y en a un qui suturait, l’autre arrivait, il nettoyait tout et il passait au patient d’après*”, raconte avec grand enthousiasme une infirmière qui a travaillé dès le début de l’expérience Jules-Ferry 1. L’expérience de la “*new jungle*” a eu un effet fédérateur entre les soignants qui sont intervenus à la PASS-Ferry 1 et 2. Après le démantèlement, la plupart des soignants ont gardé contact *via* les réseaux sociaux et ont appelé leur groupe “Les retraités de la jungle”, ce qui leur permet de se retrouver quelques fois dans l’année au restaurant avec leur cadre santé.

Cette solidarité professionnelle se traduit par des petits arrangements et une délégation des tâches en fonction des préférences de chacun. Par exemple, une infirmière n’aime pas gratter la peau, et elle sollicite sa collègue que ce geste ne rebute pas ; en échange, la première réalisera des ablations de fils pour sa collègue qui n’en raffole pas. “L’entraide permet une distribution équitable des tâches à l’intérieur d’une équipe, en tenant compte des différences objectives entre leurs membres, de leurs ressources physiques ou de leurs compétences : une des définitions données de la coopération est de “savoir passer la main” (Gheorghiu et Moatty, 2005). Finalement, le “*sale boulot*” (Hughes, 1962) défini comme la délégation d’une corvée, semble disparaître au profit d’un arrangement entre les acteurs et constitue plutôt un “bon troc” permettant chacun d’y trouver son compte et de travailler dans de meilleures conditions - à l’instar de cet infirmier, mal à l’aise à l’idée de travailler en consultation dentaire, qui a échangé sa place avec un collègue que les maux bucco-dentaires ne dérangent pas. La solidarité se mesure aussi à la transmission de savoirs, notamment entre professionnels français et afghans. Pour ces derniers, l’expérience à la PASS leur permet de se familiariser avec les pratiques professionnelles liées au système de soin français, comme l’apprentissage de ces protocoles standardisés que citent les intéressés. Il arrive par exemple qu’un médecin afghan vienne voir le travail des infirmiers en salle de soin pour observer l’enchaînement des gestes professionnels. Comme l’analysent Gheorghiu et Moatty (2005), cette coopération en équipe “renvoie tant à l’organisation en équipe des professionnels, qu’à des échanges spontanés entre des partenaires engagés dans des activités liées aux soins médicaux”. Ce dépassement de la “hiérarchie des savoirs universitaires” favorise l’échange d’information et permet “également, au sein d’un groupe soudé, d’affronter des situations difficiles à gérer d’un point de vue matériel, émotionnel ou moral” (Parizot, 2003).

La solidarité est aussi émotionnelle. Quelques infirmiers rappellent à cet égard que la présence d’un psychologue dans l’équipe, surtout au moment de la “*new jungle*”, a été

bénéfique ; beaucoup ont apprécié de pouvoir eux-mêmes se confier lorsqu'ils se sont sentis fragilisés car ils étaient exposés à la souffrance. "Le propre de la vulnérabilité du soignant est en effet d'être exposé à la souffrance de l'autre" (Zielinski, 2011). Se parler entre collègues vient alors remplacer l'absence d'aide psychologique dédiée aux salariés. De fait, si les professionnels peuvent se rendre à la médecine du travail, peu le font. De sorte que l'équipe constitue "un refuge émotionnel" et un "rempart" (Castra, 2003).

Cette communauté est définie par un type de relation cimenté par une solidarité qui participe à l'alchimie du groupe. Cette qualité des liens nourrit un sentiment de bien-être dans l'équipe. La PASS contribue ainsi à une humanisation de relations de travail qui sont, ailleurs, fragilisées par l'individualisation que promeut le management (Boltanski, Chiapello, 1999). Si la PASS peut donc être décrite comme un lieu d'accueil pour les exilés, on s'aperçoit, dans le même temps, qu'elle peut aussi constituer une sorte d'abri professionnel pour les soignants. Lieu confidentiel, éloigné du corps principal de l'hôpital, la PASS favorise les échanges et s'apparente à une sorte de bulle communautaire telle que la décrit la sociologie de l'entreprise. On pense notamment aux travaux de Denis Segrestin (1985) auprès des ouvriers du livre qui fait état d'un esprit corporatiste que l'on retrouve à certains égards chez les soignants de la PASS. Ces professionnels ne sont en effet pas syndiqués ni inscrits dans des luttes pour défendre leur groupe ; en revanche, la corporation ou, devrait-on dire, la communauté, s'établit surtout à travers le fait qu'ils ont une conscience partagée de leur place aux marges de l'hôpital, des valeurs communes, une même conception du soin et le sentiment d'appartenir à une entité médicale qui a été construite en réaction à l'exclusion des pauvres. C'est cette forme de croyance dans le collectif qui cimente le groupe car "reconnaître l'existence d'une communauté et se reconnaître en tant que membre, vouloir appartenir et revendiquer son appartenance, peut dépendre du statut social accordé au groupe" (Schrecker, 2011).

2. La PASS comme issue de secours

Les professionnels reclassés et exilés peuvent trouver à la PASS un moyen de se reconstruire. Les premiers sont déçus par les services plus spécialisés et ont besoin de retrouver des valeurs et de donner du sens à leur engagement professionnel ; les seconds voient

dans la PASS un tremplin pour s'insérer pleinement dans le monde médical. *“On fait d'une pierre deux coups pour redonner un souffle professionnel”*, affirme un cadre en ajoutant qu'il faut *“permettre à l'autre de se tromper”*. *“Tout le monde a droit à une deuxième chance”*, enchaîne un autre cadre.

Cette “seconde chance” qui leur est accordée sert autant leur intérêt que celui des cadres qui ont des difficultés à recruter dans ce type de structure médicale. Le recours aux reclassés et aux exilés constitue donc une aubaine pour l'institution hospitalière, et une opportunité à saisir pour ces soignants.

a.La reconquête d'un statut professionnel

Pour les PADHUE qui exerçaient dans des services spécialisés en Afghanistan, la PASS n'est certes pas leur choix de prédilection. Néanmoins, celle-ci leur assure un retour vers la médecine hospitalière et les place dans une dynamique de reconquête de leur statut professionnel. Les soignants étrangers qui tiennent un “rôle d'ajustement” (Cottureau, 2018), utilisent cette caractéristique pour trouver une place. Les soignants exilés espèrent que la PASS pourra constituer un tremplin, une première étape qui les portera vers leur spécialité (le *cure*) et apportera des perspectives d'emplois, de carrières à long terme, et ce avec un vrai statut professionnel. En plus de l'apprentissage, l'expérience à la PASS compte dans la période probatoire et permet aux soignants exilés de valider leur quota d'années qualifiantes. Ce sur quoi compte une soignante afghane qui veut devenir gynécologue. *“On espère, une fois sa formation terminée, qu'elle récupèrera un poste de gynécologue à l'hôpital, aussi à la PASS et au centre gratuit d'information et de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) où nous avons des consultations pour des maladies sexuelles”*, souligne le médecin coordinateur de la PASS. Le parcours de cette professionnelle en dit long sur son déclassement. Lorsqu'elle étudie la médecine en Afghanistan, elle veut devenir otorhino-laryngologue (ORL) mais avec l'arrivée des talibans, elle doit se diriger vers la gynécologie parce que toucher des hommes, même dans un cadre médical, est interdit. Elle porte la *burqa* pour sortir. Grâce à des contacts hauts placés de certains de ses camarades chez les talibans, elle a pu continuer à faire ses études et terminer son stage dans un hôpital à Kaboul qui acceptait les femmes. Elle obtient

sa spécialité et travaille pendant sept ans à la maternité. Elle décide de quitter le terrain pour rejoindre le ministère de la santé sous le gouvernement d'Hamid Karzaï où elle travaille en tant que cadre sur la relation mères-enfants, repère les problèmes et propose des solutions, "*il y avait beaucoup de défis ! C'était un challenge !*", mentionne-t-elle. Lors de son entretien, elle explique ne pas vouloir rentrer trop dans les détails pour des raisons de sécurité et en tant qu'interlocutrice, je n'ai pas souhaité la questionner davantage sur ce point.

C'est bien parce qu'elle a été menacée et a senti le danger se rapprocher qu'elle a décidé de quitter son pays avec son mari et ses enfants. La guerre, et plus précisément le sentiment de danger, sont à l'origine de leur départ et constituent un "*push factor*" (facteur de répulsivité) indiscutable dans la prise de décision. L'Europe représente alors un espace-refuge où les exilés projettent de se reconstruire. On retrouve aussi chez les médecins africains sur lesquels Angèle Flora Mendy (2016) a travaillé, ce même sentiment d'insécurité qui explique cette "fuite des cerveaux": "j'ai quitté le Cameroun pour des raisons essentiellement politiques, parce que j'ai échappé à un assassinat politique dans un régime autoritaire. Je ne parle pas de l'environnement de travail qui était très dissuasif (...). Les autorités ont tout fait pour que le salaire d'un médecin soit largement inférieur au salaire d'un gendarme (...). Certains médecins sont mutés dans des zones isolées sans logement ni transport alors qu'ils ont besoin de conditions stables pour exercer la médecine." Du pays en guerre aux "lieux-frontières" (Cuttitta, 2015), les soignants ont dû abandonner leur statut social pour se fondre parmi ceux qui se retrouvent sur les routes ; inscrits dans une "désaffiliation sociale" (Castel, 1995 ; Vallot, 2021). Cette professionnelle et sa famille ont emprunté la route terrestre jusqu'en France. Là encore, elle ne souhaite pas s'étendre avec précisions mais en filigrane, je comprends qu'elle a traversé beaucoup de pays : "*c'est un voyage clandestin, pas volontaire*", passant illégalement les frontières par camions. "*Je suis passée par le même chemin que mes patients*", précise-t-elle. Lors de l'entretien, elle indique que parler de son parcours migratoire était quelque chose "*de trop douloureux pour être répété*", que cela ne lui a pas "*laissé un bon souvenir*", qu'elle préfère "*oublier*". Cette soignante perd son statut professionnel et le contact avec la médecine pendant l'exil. En entretien, cette rupture avec le monde médical est pour elle une source de stress car elle s'inquiète de perdre des années, de ne plus pouvoir rattraper sa carrière et exprime son manque d'un métier qu'elle ne peut plus exercer. Comme les Brésiliens étudiés par Françoise Chamozi, cette professionnelle possède un niveau de qualification élevé qui agit comme "un outil de progression" depuis la précarité vécue à l'arrivée en France vers une possible "success story" (Chamozi, 2009) au regard de

son parcours¹⁸. L'intégration à la PASS apparaît comme une sorte de seconde chance pour se reconstruire.

Soignants exilés et reclassés saisissent alors la proposition d'intégrer la PASS comme une opportunité pour réintégrer un monde médical qu'ils ont dû mettre entre parenthèses. Tandis que pour les soignants exilés, l'expérience à la PASS peut leur permettre d'avancer dans leur carrière, les soignants français reclassés y voient un retour au sens du travail et mesurent d'autant plus leur utilité qu'ils travaillent exclusivement auprès de populations précaires.

b. Un retour aux valeurs du soin

Lors des entretiens ou de conversations informelles, j'ai compris que la PASS accueille des soignants en situation de fragilité ; ils ont connu des échecs, des désillusions, des tensions dans d'autres services de l'hôpital. À l'instar de cette soignante, victime d'un *burn out* suite à un harcèlement professionnel et à qui la direction a proposé un poste à la PASS : elle était ravie à l'idée de ne plus se rendre dans le corps principal de l'hôpital. *“C'était un bâtiment à l'écart, c'était bien comme je ne voulais plus retourner dans le bâtiment principal.”* Dans le même temps, cette soignante avait la sensation de réaliser un travail utile : *“J'ai eu ce gros sentiment de faire quelque chose d'utile surtout après mon échec et mon burn out. Je trouve que ça m'a vraiment sauvé de cette dépression que j'avais (...).”* L'amertume qui a gagné les soignants avec lesquels je me suis entretenue provient surtout de la perte de sens ressentie dans l'exercice de leur métier. Ils associent ce sentiment aux conditions de travail imposées à l'hôpital - intensification de la bureaucratie, accélération du rythme de travail, tensions dans les équipes, etc. Et c'est d'ailleurs cette rationalisation à outrance qu'ont également fui certains acteurs extérieurs à l'hôpital et qui ont été embauchés à la PASS. C'est le cas d'une psychologue qui a travaillé dans le domaine des ressources humaines (RH) en entreprise et participé à l'élaboration de plans sociaux ; elle précise avoir eu besoin *“d'un retour à l'humain”* : *“C'était très R et beaucoup moins H dans les RH ; j'avais envie de revenir au H”*. De même, son collègue infirmier, 45 ans, qui a travaillé dix ans dans l'industrie de l'imprimerie, n'y était plus épanoui ; il avait besoin de relations humaines et s'est donc tourné

¹⁸ Au moment où j'écris ces lignes, cette soignante a été embauchée comme contractuelle au service gynécologique de l'hôpital de Dunkerque.

vers la santé. On ressent nettement le besoin qu'ont ces professionnels désenchantés à renouer avec des valeurs fondamentales. Il leur semble alors que la PASS peut participer à ce "réenchantement". Ils rappellent qu'il est des choses qui ne se quantifient pas et qui, néanmoins, participent du bien-être des patients. Chez les professionnels reclassés, le travail effectué à la PASS réactive un sens et des valeurs qu'ils auraient perdus. *"On est dans des sociétés où finalement on ne prend plus le temps d'observer l'autre. [Or, dans] la 'jungle', c'était très fort parce qu'(...) ils [les soignants] passaient beaucoup de temps à observer l'autre, à décoder l'autre et on se sent encore dans quelque chose d'humain de très fort ; on n'est pas dans quelque chose de l'ordre de l'apparat, on est vraiment dans le lien humain pur. C'est peut-être ça qui m'intéressait, en tout cas quelque chose de plus dépouillé"*, confie une psychologue. Une infirmière rappelle de son côté avoir *"retrouvé à la PASS le calme qu'[elle] avait pas ici [i.e. dans les services de l'hôpital]. J'ai l'impression que le temps se déroulait autrement. (...) Ça m'a apporté beaucoup de choses et surtout humainement ; quand je n'étais pas bien dans ma tête, ça m'a beaucoup aidée. (...) J'ai retrouvé la valeur du soin, la valeur de faire des choses bien, la valeur de laver les pieds des gens avant de faire un pansement, les choses qu'on t'a apprises et que tu sens naturelles."* Ainsi, les soignants semblent se reconstruire professionnellement et personnellement, même si nous verrons que ce n'est pas aisé car l'expérience PASS n'est pas forcément tenable émotionnellement sur la durée.

La PASS joue alors un rôle de parachute, ou de sas pour des soignants vulnérables qui sont sur le point de "lâcher" leur travail. *"Mon rôle est de détecter les compétences et de les positionner là où il me semble pertinent et judicieux de les positionner"*, mentionne un cadre. C'est donc un échange gagnant-gagnant à la fois pour l'hôpital mais aussi pour ces professionnels fragilisés qui trouvent dans leur expérience à la PASS une seconde chance même si nous verrons que les limites organisationnelles de la structure médicale et la réalité insensée que subissent leurs patients peuvent avoir raison de ce travail de reconstruction.

Au terme de cette partie, nous constatons que la PASS constitue un "espace interstitiel" (Dubus, 2009) où se joue "une autre dimension du soin". La structure médicale prend ici un nouveau relief. S'y expriment entre les soignants, et entre soignants et patients, des valeurs telles que la solidarité, la bienveillance, la tolérance. Cette communauté à la marge peut offrir des perspectives aux professionnels de santé. À la PASS de Calais, cela se traduit par la possibilité de se reconstruire professionnellement, de retrouver un sens au travail et incarner

des valeurs. À la PASS de Dunkerque, cela prend la forme d'un investissement vers des prises d'initiatives qui vont au-delà du soin, comme le projet de mise en place d'un partenariat avec des chercheurs pour proposer des formations en médiation interculturelle en santé sur le littoral. Ces actions sont possibles parce qu'il existe une marge de manœuvre pour les individus. Par contre, nous verrons que cela est entravé ou compromis lorsque la crise de l'accueil s'aggrave. Avoir observé un même lieu sur plusieurs années m'a en effet permis de repérer des corrélations entre l'augmentation du nombre d'exilés, une médiatisation plus importante, une attention accrue des décideurs politiques et une volonté plus forte de cadrer l'urgence humanitaire. Nous étudierons dans la deuxième partie de ce chapitre, le rôle joué par les mécanismes de contrôle introduits en pareille situation. La PASS s'impose alors comme une barrière immunitaire qui soulève de nouvelles problématiques : comment une médecine générale destinée aux précaires peut-elle répondre à l'urgence ? Comment appliquer un contrôle sanitaire sur une population en mouvement ? Comment rester soignant lorsque l'hôpital est réquisitionné pour lutter contre une épidémie qui, *in fine*, viendra justifier le démantèlement des camps où s'entassaient les patients ?

II. Une organisation de travail façonnée par les déplacements migratoires

Contrairement aux autres PASS, celles situées sur des lieux-frontières font l'objet d'une plus grande vigilance de la part de l'État. Ainsi, lorsque l'urgence humanitaire s'accroît, les financements affluent pour les PASS de Dunkerque et Calais, d'où le qualificatif employé par un cadre d'"*extra-PASS*". En plus de l'allocation annuelle, des aides ponctuelles sont délivrées. Entre 2017 et 2018, l'une d'elle a été versée à hauteur de 350000€ pour l'hiver. D'autres, ont été attribuées pour améliorer les douches, ou encore pour sécuriser la PASS.

L'activité des PASS aux frontières semble éloignée de celle située dans les terres. Ces dernières s'inscrivent dans une logique de fonctionnement privilégiant la dimension

économique : l'ouverture des droits s'y réalise avec parcimonie parce que la demande est importante. Dans ce contexte, la bipartition sommaire "bons migrants"/"mauvais migrants" aide les professionnels à trancher pour désigner les patients prioritaires pour l'ouverture de droits. C'est ce que confirment les travaux de Jérémy Geeraert (2020) et, par extension, ceux de Céline Gabarro (2018) sur l'Assurance maladie. Par comparaison, les PASS aux frontières semblent être mieux loties. *"L'ARS accompagne les phénomènes migratoires ; la PASS de Calais et Dunkerque n'ont rien à voir avec les PASS classiques. Tout le monde ne s'appelle pas Calais. Calais est regardé"*, souligne en ce sens un cadre. Calais est en effet scruté de près par les autorités et la ville est un point névralgique des politiques migratoires. Comme l'explique un autre cadre : *"À la PASS de Calais, c'est le défilé des ministres et parlementaires, des délégations de l'assurance maladie ; c'est un lieu expérimental observé par les officiels"*. Il reconnaît par ailleurs que ce surcroît d'intérêt fluctue en fonction *"des pics médiatiques"* qui, eux-mêmes, dépendent du nombre d'exilés ; quant aux événements qui surviennent (regain de violence, manifestations, etc.), ils font aussi varier la focale médiatique.

Dès lors, comment l'hôpital gère-t-il l'affluence des patients ? Comment s'organise-t-il, en particulier dans un contexte d'urgence humanitaire ?

A.L'adaptation permanente de l'institution médicale

Il est intéressant de se pencher sur les métamorphoses de la PASS qui permettent de retracer l'histoire migratoire du territoire mais aussi de mettre en lumière les réflexions budgétaires et organisationnelles qui ont été menées. De manière générale, nos sociétés occidentales semblent toujours bouleversées par la migration qui les oblige à repenser le système existant. Au niveau micro local de la PASS, l'adaptation institutionnelle s'est traduite avant tout par une évolution des effectifs et du matériel. Depuis 2009, les plages horaires de travail ont ainsi évolué et, de même, on observe des extensions ou des contractions tant des locaux que des effectifs.

1. Déployer la PASS en contexte d'urgence humanitaire : faire face à des besoins croissants

À Calais, la municipalité (avant d'évoluer récemment dans son discours¹⁹) se fixe "un seuil d'acceptabilité" à environ 400 à 450 personnes. Au-delà, elle se dit dépassée par les événements. Entre 2013 et 2016, cette présence a crû. 2015 marque un tournant. Le Défenseur des droits fait état d'une "*d'une saturation quotidienne*" car la PASS est calibrée pour 500 personnes seulement par an. Or, le nombre de consultations délivrées atteint les 4500 par an. Il estime que "*l'offre de prise en charge médicale est insuffisante au regard de la situation humanitaire [et constitue] une violation flagrante du droit des migrants à la protection de la santé*". Une équipe interministérielle, composée de représentants de l'Agence régionale de santé (ARS), de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ainsi que du ministère de l'Intérieur, est dépêchée pour dresser un état des lieux de la situation sanitaire. Même si l'hôpital avait, dès 2013, anticipé ces arrivées de patients en recrutant du personnel, l'alerte du Défenseur des droits a sonné le branle-bas le combat. La mission interministérielle s'est déplacée afin de trouver des solutions au plus vite.

La PASS, avant 2015, était déjà à la peine [cf. Encadré. Numéro 10]. Les soignants étaient au nombre de quatre pour gérer l'arrivée des exilés (environ mille) dans Calais *intramuros*, un nombre de patients qui, eu égard au format de la PASS, est déjà conséquent.

¹⁹<https://www.lavoixdunord.fr/527409/article/2019-01-25/faut-il-s-habituer-la-presence-permanente-de-quatre-cinq-cents-migrants>

Encadré numéro 10.

L'interprète est livide, court dans tous les sens et l'infirmière stresse en voyant arriver un groupe d'exilés. Il lui arrive parfois d'être seule dans la structure. Le personnel s'agite d'une salle à l'autre, rentre, sort sans arrêt ; les portes s'ouvrent, claquent. L'interprète multiplie les entrées et sorties entre chaque bureau ; sa charge de travail est importante au point qu'à un moment, il s'assoit contre un mur, épuisé, pendant cinq minutes. Il sert de traducteur au médecin quand celui-ci ne parle ni anglais, ni arabe ; il se charge d'amener les dossiers du bureau de l'infirmier au bureau du médecin et vice versa ; il sort de la PASS pour conduire les patients jusqu'aux urgences, vers les lieux d'hébergement ou dans les services hospitaliers où ils passent leurs examens ; il gère aussi les douches. L'infirmier, quant à lui, reste dans son bureau ou se déplace vers la salle de soins ; mais il bouge beaucoup au sein de son bureau où se trouvent la pharmacie, le téléphone qui sonne régulièrement et l'armoire remplie de dossiers médicaux. Il effectue un gros travail administratif en même temps qu'il pratique des soins. En 2013, il était seul pour effectuer cette double tâche. Les soignants, de manière générale, travaillaient à flux tendu. Au moment où je remplis mon carnet, une infirmière, débordée, s'écrit : *“Je suis infirmière, secrétaire, je fais tout ! Je fais le secrétariat, je prends les rendez-vous gastro, hépatite. Il y a une mauvaise répartition des tâches”* [Observations d'octobre 2013].

Fortement sollicités, les soignants sont bien en peine de réaliser leur mission première de soin parce qu'ils doivent d'abord résoudre les dysfonctionnements de la structure médicale. *“Plus il y a de personnes sur le territoire, plus on voit l'impact ; d'emblée, la fréquentation de la PASS est plus importante. On a aussi une corrélation avec le camp de Grande-Synthe : quand il y a un démantèlement par exemple, les patients débarquent à Calais aux urgences”*, témoigne un cadre. Ainsi lorsque la *“new jungle”* a atteint entre 7 500 (chiffres préfecture) à 10 000 (chiffres associatifs) personnes présentes, le centre hospitalier de Calais a recruté davantage de personnel en lançant des appels en interne et en s'appuyant sur les missions locales : on comptait en 2013 en équivalent temps plein (ETP) 0,8 médecins contre 3 en 2016 ; et 0,8 infirmiers contre 7,8 en 2016. L'interprète peut cette fois se concentrer davantage sur sa mission de traduction, la gestion des douches étant attribuée à des agents de service

hospitalier. La transformation du service se traduit, en second lieu, par un élargissement des horaires. Longtemps ouverte seulement l'après-midi, la PASS accueille désormais le matin les patients qui ont besoin d'avoir leurs bilans sanguins, leurs résultats de radio, les soins ; plus tard, des consultations médicales seront aussi délivrées. Pour faire face, le service doit être flexible et s'adapter.

Le petit cocon familial se métamorphose alors en un service plus élaboré avec, en guise de nouveauté, des réunions avec les cadres chaque mercredi. La PASS compte aussi des consultations psychologiques et dentaires. Elle se retrouve à l'avant-poste de l'organisation sanitaire. L'hôpital, épaulée par Santé publique France (ex-EPRUS²⁰), doit organiser la logistique sanitaire entre ses murs, mais aussi au niveau de son annexe située près de la “*new jungle*” et mettre en place une collaboration avec les multiples associations. Médecins sans frontières (MSF) va ainsi prodiguer des soins dans une clinique, le temps que l'administration hospitalière se mette en place. Cela a toutefois été rapide et, vu du côté de l'hôpital, ce fut une prouesse que d'engager en un laps de temps très court, des moyens humains et matériels, de créer un réseau et une chaîne de soins, d'établir des conventions, etc. Les prises en charge spécifiques se multiplient également - que l'on songe au partenariat avec Gynécologie sans frontières pour le suivi des femmes exilées enceintes ou à l'évolution de la mise en place des “lits haltes soins santé” encore inexistantes avant 2007 (en 2009, on en compte six, puis huit qui seront vite saturés en 2012). Ces mutations internes, on les retrouve dans des structures médicales installées sur d'autres lieux-frontière, comme les PASS de Dunkerque ou de Briançon. La PASS de Dunkerque s'est aussi transformée sous l'effet d'un nombre plus important d'exilés à Grande-Synthe. Un cadre de santé raconte que l'hôpital a dû mettre en place des consultations dédiées en 2016 : “*on prenait des patients migrants dans le flux de soins externes de 8h30 à 12h mais le flux n'était plus gérable et les soins externes ne correspondaient plus aux besoins ; les migrants qui avaient tenté de passer [en Grande-Bretagne] toute la nuit, dormaient le matin et arrivaient entre 12h et 14h alors on a ouvert des consultations pour les personnes non francophones l'après-midi*”. Tout comme des transformations ont été aussi observées à Briançon pour répondre à une situation d'urgence telle que décrite par Chloé Lecarpentier (2019) : “*Dès juillet 2018, la PASS se départage en*

²⁰ Établissement de Préparation et de Réponse aux Urgences sanitaires.

‘PASS mobile’ sur les lieux associatifs, (en remplacement de la cellule médicale) et en ‘PASS fixe’ au CHB”. Ces transformations successives, par paliers, témoignent de la construction progressive et un peu hasardeuse d’une médecine dédiée aux exilés. La crise humanitaire crée une configuration inédite imposant aux divers acteurs, chacun avec ses intérêts, d’innover et de s’adapter. À la PASS, les pics de fréquentation permettent alors à l’hôpital de faire entendre sa voix pour réclamer davantage de moyens : *“L’hôpital se construit sa marge de manœuvre (...). Au plus il y a un intérêt médiatique et politique, au plus le CH ira défendre l’intérêt d’avoir des moyens supplémentaires auprès de l’ARS et de la préfecture pour renforcer la mission de soin”* (un cadre).

2. Contourner la réglementation pour répondre à l’urgence

À l’hôpital, tout est tracé et homologué ; on pense par exemple au tapis disposé à l’entrée du modulaire côté CEGiDD, un tapis conforme aux normes incendie. Cette réglementation rigoureuse a d’ailleurs stupéfait un soignant libéral habitué aux responsabilités en milieu associatif, qui les jugeait très contraignantes. *“Je n’étais pas initié aux codes et rites de l’hôpital (...), c’est très cadré”*, dit-il ; il ajoute : *“le fonctionnement hospitalier ce n’est pas pour moi ; je ne comprenais pas le sens dans lequel ça circulait, je passais mon temps à faire des courts circuits et à un moment ça ne fonctionne plus”*. Toutefois, il existe aussi des stratégies de contournement des règles comme l’a montré l’expérience de la *“new jungle”*. À situation exceptionnelle, mesures exceptionnelles, pourrait-on dire : les réponses médicales ont été prises dans l’urgence et sont passées par un contournement assumé des règles. Les modulaires à proximité de la *“new jungle”* ont par exemple été implantés sur un terrain sans permis de construire. De même, des lits destinés aux patients alités pendant une longue durée devaient être créés. Mais, ne pouvant ouvrir des *“lits haltes soins santé”* qui nécessitent un agrément difficile à obtenir dans des délais courts, la direction de l’hôpital a donc proposé de créer seize lits de sortie d’hospitalisation, évitant ainsi la laborieuse demande d’agrément.



↑Seize lits de soins de suite d'hospitalisation ont été créés, soit quatre par chambres. ©Chloé Tisserand

Les relations entre les assistantes sociales et la CPAM témoignent aussi de ces arrangements salutaires en période de crise. *“On avait des facilités de prises en charge parce que les patients étaient en transit, ils restent peu de temps sur le territoire, on avait du soin urgent à gogo. Des dérogations avec la CPAM ont permis de financer les hospitalisations des migrants.”* Une cadre rappelle que les situations des exilés *“ne rentrent pas”* dans les clous de la réglementation nationale et que sans ces arrangements locaux, *“ces tractations en coulisse avec les autorités de tutelle”, “ces coups de pouce”*, l’hôpital ne pourrait être payé pour les soins qu’il prodigue. Cette cadre prend l’exemple de la prise en charge financière des mineurs isolés malades qui entrent désormais dans la procédure Aide médicale de l’État (AME) et non plus dans celle dédiée aux soins urgents. Sauf que l’AME s’obtient sur présentation d’une pièce d’identité et en prouvant la présence depuis trois mois sur le territoire, ce que ne peut

faire cette population sans identité qui se retrouve, par conséquent, privée de droits. “*Le dispositif se mord la queue et je suis éthiquement gênée*”, explique la cadre, car cette population se retrouve ainsi dans un flou juridique. “*C’est un système qui veut dissuader les migrants de venir. On ne veut pas du migrant, on en veut mais qui soit propre, qui travaille et qui soit beau. On veut contrôler*”, commente, en ce sens, un autre cadre. L’esprit d’innovation de chacun des acteurs, de l’employé à la direction et les tractations officieuses sauvent un système de soins qui ne tient pas compte des caractéristiques de cette population en mouvement. On constate à quel point cette rencontre entre les exilés à la frontière et le monde hospitalier sort des schémas habituels, bouleverse l’organisation de travail et oblige les autorités à adhérer aux “écarts entre le prescrit et l’effectif” (Dejours, 2010) pour permettre aux patients d’être soignés.

L’urgence humanitaire entraîne la mise en branle de l’hôpital jusqu’à ses plus hautes instances. Chacun des acteurs à son échelle est confronté à des flous juridiques, à des interrogations médicales auxquels la bureaucratie est incapable de répondre dans un temps court. L’autonomie et l’esprit de débrouillardise permettent alors de s’extraire des problèmes rencontrés. Dans son enquête aux urgences, Jean Peneff (1992) avait noté, à cet égard, que “le règlement n’est pas forcément applicable aux situations concrètes”. Reste que, comme nous le verrons, l’autonomie dont disposent les professionnels peut aussi être remise en question par un effet de boucle (“*looping effect*” de Hacking) entre importance du nombre d’exilés et mobilisation de l’attention médiatique. Celle-ci, par un jeu de dominos, entraîne celle des autorités et donc de la hiérarchie qui est amenée à insérer plus de règles et de contrôles dans l’organisation de travail.

Les migrations locales et l’ampleur de la crise de l’accueil ont des répercussions sur la fréquentation du nombre de patients à l’hôpital. Durant la “*new jungle*”, le service de gériatrie qui, de coutume accueille des personnes âgées qui ont chuté à domicile, était saturé de blessés souffrant de polyfractures, parce qu’ils avaient essayé de traverser la frontière. Les professionnels s’étaient d’ailleurs émus de ce rajeunissement dans leur service. Dans ce contexte, le format “familial” de la PASS est dépassé, de même que la lourde bureaucratie hospitalière secouée par l’exigence d’une intervention rapide et flexible. Effectifs

supplémentaires, besoin d'une aide extérieure, stratégies de contournement des règles au risque de placer l'hôpital dans l'illégalité sont autant d'adaptations faites sur le terrain. On retrouve de vieux réflexes issus de la médecine humanitaire et que le présentent les documentaires *Afghanistan, l'héritage des French doctors* (Jallot, 2018) ou plus récemment, *Attentats : les urgences en première ligne* (Lopez, Roperch, 2016), qui soulignent un décloisonnement des rôles et des techniques.

Mais pour quelles raisons la PASS, dispositif jusque-là à la marge, se retrouve-t-elle propulsée au centre de toutes les attentions ?

B. Réquisitionner l'hôpital : la PASS comme barrière immunitaire

Si la structure s'adapte dans son organisation à l'amplification de l'urgence humanitaire, cela n'est pas toujours suffisant et les soignants se sont retrouvés à devoir faire face à un nombre important de patients. En 2009, pendant la première *jungle*, on recensait 5168 consultations annuelles, un an après son démantèlement on enregistrait 3072 consultations par an. En 2015, avec cette fameuse crise de l'Europe face aux exilés, les PASS Ferry et CH associées ont effectué 13 902 passages (8 080 à la PASS CH et 5822 à la PASS Ferry) - soit 4,5 fois plus en seulement cinq ans.

Activité de la PASS en 2015:
-13 902 passages au total
-PASS locale CHC= 8080 et Antenne PASS JF= 5822

► **PASS locale CHC: 8080 passages**

Type de consultations	nombre	%
Médicales	7650	49
Actes IDE	730	5
Délivrance de traitement	6549	42
Acte de biologie	161	1
Acte d'imagerie	39	0
Autres actes paramédicaux	261	2
Dentaires	339	2

↑ Activité de la PASS durant l'année 2015. ©CHC

A titre de comparaison, voici l'activité de la PASS en 2018, deux ans après le démantèlement de la "new jungle", on comptabilise sur l'année 7782 passages soit presque la moitié par rapport à 2015. On note aussi 5475 passages en 2018 en consultation médicale contre 7650 en 2015. ↓

Type de consultations en 2018	Janv	Fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Passages	703	585	768	569	549	606	674	672	685	799	644	528
Cs Médicales	416	392	518	387	389	414	461	495	511	634	478	380
Actes IDE	619	533	704	504	494	530	594	590	572	721	537	436
PASS Dentaire	55	32	29	48	27	41	47	26	53	12	36	33
Cs Psychologue	4	1	4	10	4	6	3	3	4	1	5	6
Douches	238	190	280	141	75	181	150	170	146	131	107	23
Accueil / Informations	351	353	362	270	290	264	356	353	288	339	269	238

Ces chiffres fluctuent d'une semaine à l'autre, d'un mois à l'autre, en fonction des événements migratoires : lorsqu'un camp se forme, le nombre de consultations augmente. Le fonctionnement des PASS-frontières dépend donc fortement de cette incertitude migratoire et les décisions politiques locales et nationales ont une incidence directe sur le travail médical et le rythme de travail à la PASS. Ainsi, un démantèlement a des répercussions sur l'activité quotidienne : les patients désertent pendant quelque temps le centre de soins. Je me souviens de l'ennui dans lequel les professionnels étaient plongés juste après que la "new jungle" a été détruite car ils ne recevaient plus aucun patient. L'ennui était presque insupportable et palpable ; la secrétaire médicale, par exemple, avait l'impression de tourner littéralement en rond. *A contrario*, le rythme de travail était dense en 2015 comme en témoignent les cadres : *"On a eu des moments compliqués, de pression extrême avec la CPAM qui ne remboursait plus. On avait l'impression qu'on ne travaillait plus qu'autour de ça. Ça montait en flèche au niveau des demandes d'asile, il fallait donc faire des dossiers CMU. L'activité était démesurée. Il y avait une tension énorme dans l'équipe, les gens étaient à bout, ça s'est apaisé après le démantèlement."*

Nous verrons, dans ce contexte, que la médecine générale habituellement pratiquée à la PASS devient soudainement une médecine d'urgence, ce qui modifie le rapport au travail pour des professionnels non issus des urgences et impacte par extension la relation soignant-soigné. Le soin a dû être administré pour ainsi dire "à la chaîne" à cette époque. Ont été mobilisées comme solutions à cette crise de l'accueil, la remise en ordre, le contrôle des entrées, la surveillance médicale frôlant ainsi parfois la tentation sécuritaire.

1. Des automates sur le front

2015, plusieurs dizaines de patients attendent en file indienne que l'interprète leur ouvre la PASS. Une psychologue se souvient de sa gêne lorsqu'elle entrait devant eux avant l'horaire d'ouverture, pendant qu'ils devaient patienter dans le froid : *"Je ne supportais pas de passer devant eux"* et de les voir ensuite *"taper à la porte pour pouvoir rentrer"*. Dans le couloir de la PASS-CH, l'impatience de certains exilés face à une attente parfois longue, liée

à l'affluence en salle d'attente, les poussent aussi à frapper à la porte de la salle de consultation du médecin au beau milieu de son exercice pour demander combien de temps ils doivent encore patienter. À Jules-Ferry 1, les patients sont agglutinés en salle d'attente : *“on rentre dedans, c'est étouffant”*, décrit un infirmier. Comment l'équipe hétéroclite de la PASS a-t-elle géré cette situation de crise de l'accueil et soigné dans l'urgence ?

a. Un travail à la chaîne : le défilé des corps

La médecine à la PASS est une médecine d'urgence caractérisée par *“l'irrégularité de la quantité”* de patients (Vassy, 2004). Lorsque le nombre de patients est disproportionné par rapport à l'effectif soignant, la cadence de travail est telle que ces derniers donnent l'impression d'effectuer un travail à la chaîne. Ici, je m'appuie sur des observations réalisées à la PASS Ferry-1 et à la PASS-CH où les soignants avaient les *“mains dans le cambouis”* : ce travail harassant, composé d'une centaine de consultations par jour, a poussé l'équipe à dénoncer *“des conditions de travail dégradées”*. Cela ressemble à la médecine des tranchées que décrit Louis Maufrais (2008) : *“Nous devons voir chaque après-midi au moins trois cents hommes, soit pour les vacciner contre la variole ou contre la typhoïde, soit pour opérer un triage, c'est-à-dire désigner ceux qui étaient aptes à faire partie du prochain renfort.”* J'ai vu défiler les patients amassés dans la salle d'attente ; pour certains la consultation durait à peine deux minutes. *“C'était un peu comme aux urgences, c'était varié et on voyait plein de monde, on voyait parfois plus de 150 personnes”*, témoigne une infirmière. À la différence des urgences, toutefois, le flux est continu, intarissable. On ne note pas l'irrégularité ou les à-coups dont parle Jean Peneff dans son ethnographie au sein des urgences, mais il s'agit bien d'une régularité éreintante comme celle que peut ressentir le randonneur pris dans une montée pentue qui n'en finit pas. C'est pénible ; les professionnels s'essouffent. En situation de crise humanitaire, la pression touche tous les échelons de l'organigramme. Dès le commencement de la journée, les professionnels sont sur le front : *“il y a des moments dans la journée où on était complètement saturés”*. Ils ne prennent pas de pauses et mangent sur le pouce le midi, en deux temps trois mouvements les mêmes gamelles que celles distribuées par le centre d'accueil aux exilés, soit une nourriture assez fade que j'ai testée. Pendant ce flux continu, les soignants sont sollicités de toutes parts et les visages sont presque fermés tant la concentration

tire leurs traits. Le nombre de patients contraint les soignants à augmenter leur cadence de travail et donc à réduire le temps de consultation pour examiner le maximum de personnes : *“on avait de gros horaires, la ‘jungle’ était pleine comme une outre”*, décrit ainsi un médecin libéral. Le rythme rappelait celui qu’une psychologue avait connu en travaillant en cabinet RH : *“je dormais peu, je reprenais ma voiture, je traitais de nombreux mails, j’avais 10h à 12h de travail par jour”*. Elle délivrait au moins dix entretiens par jour à la PASS-Ferry 2, ce qui pour elle n’était pas satisfaisant. Voir le maximum de patients, c’est aussi pour les soignants effectuer des heures supplémentaires, et se rendre disponibles en dehors des horaires usuels. *“J’en faisais plus parce qu’arrivant à 13h30, je ne voyais pas pourquoi je partais à 16h30”*, estime une psychologue qui attendait la fin du rush et une ambiance plus apaisée pour proposer des entretiens aux patients d’abord préoccupés à soigner leur corps.

Pour faire face à cet enchaînement de patients, des “tactiques” sont trouvées pour gagner du temps. Cette notion empruntée à Michel de Certeau (1990) est définie ainsi : *“La tactique doit jouer avec le terrain qui lui est imposé tel que l’organise la loi d’une force étrangère”*. Ici, pour assurer ce “contrôle de la clientèle” (Peneff, 1992), le corps infirmier a notamment fait usage d’un code couleurs au surligneur pour éviter aux patients une attente trop longue et pour accélérer la vitesse de passage. L’infirmière qui effectue des soins donne un *duplicata* de la feuille de soin au patient en surlignant des mots au *stabilo* rose. Cette couleur représentait un laissez-passer pour le patient qui peut, la prochaine fois, couper la file d’attente des consultations médicales et se rendre directement vers les soins infirmiers. De même, l’infirmière en salle d’enregistrement surligne en jaune la température sur le dossier du patient afin d’attirer l’œil du médecin sur le caractère prioritaire et urgent de la prise en charge. Les *stabilos* ont ainsi permis de “prioriser” les cas et les tickets “douches” ou “transports” de fluidifier l’organisation logistique. Ces tickets étaient distribués aux patients qui avaient besoin d’une douche thérapeutique ou qui avaient besoin d’être conduits vers un lieu de soin. *“C’était dur de dire non pour une douche mais on ne pouvait pas donner trop de tickets pour éviter l’engorgement”*, indique une infirmière. Les infirmiers ont aussi repensé leurs pratiques médicales en écourtant les protocoles ; ils brûlaient des étapes afin de soigner plus rapidement les patients. *“Le protocole bétadine : ‘bétadine rouge, rincer, sécher, bétadine jaune’, je trouve que c’est une perte de temps ; quand tu as vingt ou trente pansements à faire quand tu es dans la jungle et que tu as les petits gars qui arrivent et attendent pendant des heures, tu leur dis : ‘Va te laver les mains en vitesse’. Tu vas appliquer de la chlorhexidine où tu n’as pas besoin d’appliquer une fois deux fois trois fois ; tu gagnes*

du temps, [et] c'est aussi un antiseptique”, détaille une infirmière. Cette pression se concrétise aussi en consultation par un enchaînement stakhanoviste de questions dans le bureau d'enregistrement : elles sont précises et se succèdent, ce qui oblige aussi le patient à répondre rapidement et souvent par oui ou non. Les consultations sont presque bâclées tant la pression du nombre est forte. Le médecin à un infirmier en parlant de ses patients : *“Je vais renouveler deux fois supplémentaires. Je leur ai déjà dit que ce n'était pas grave. On a plein de malades, on ne peut pas se permettre...Let's go !”* Un peu plus tard, le médecin, dans d'autres consultations, insistera à nouveau auprès de l'interprète : *“Allez, on ne perd pas de temps ! Pendant cinq minutes on peut voir un malade”* [Carnet de terrain, PASS Calais, 2015]. La vitesse est adoptée parfois par mimétisme pour que la machine puisse continuer à tourner. *“Quand on n'était pas assez performants, cela crispe le personnel. On ne pouvait pas commencer à trop parler avec les patients et il y avait aussi la pression des gens qui attendaient”*, décrit un professionnel. Ce genre de situation laisse aussi peu de place aux échanges et amène à une “déperdition identitaire” (Soum-Pouyalet, 2006) : “le manque de temps du personnel durement ressenti par les malades confronte ces derniers à une relation presque exclusivement physique avec le monde médical”.

En même temps, certains soignants - quelques libéraux - résistent et souhaitent garder la maîtrise du temps : ils ne prennent qu'une quinzaine de personnes par jour. *“Je limitais à vingt, ce n'est pas la peine d'en mettre quarante et de leur demander de revenir le lendemain. Bon, il y a des médecins pour qui ça ne posait pas de problème. Moi, j'avais besoin d'examiner mes patients.”* Le revers de cette stratégie est qu'il existe alors des refus de soins dénoncés par les associations, mais les patients examinés bénéficient de plus de temps en consultation. L'imbrication de plusieurs segments professionnels (Strauss *in* Baszanger, 1992) peut aussi faire naître des tensions [cf. Encadré numéro 11]. En effet, prendre du temps avec un patient perturbe la cadence générale d'un service déjà sous tension. Les salariés de l'hôpital sont amenés à la faire respecter ce qui est parfois inconcevable pour des médecins libéraux vacataires. C'est ce que révèle clairement la restitution de cette consultation.

Encadré numéro 11.

Le médecin libéral a à peine le temps d'expliquer les choses à son patient, que le patient suivant entre. *“C'est un moulin à vent ici !”*, lâche-t-il. Le téléphone de l'un des interprètes sonne. Le médecin : *“Je voudrais qu'il essaie un truc...”* Le médecin est coupé car l'un des interprètes répond. *“Tu reviens car je voudrais...”*, tente à nouveau de lui demander le médecin. L'interprète, au téléphone, ne le regarde même pas. *“On va lui donner un anti-allergique. Ce n'est pas du tout une consultation normale.”* Le médecin serre la main de son patient. L'interprète revient avec un nouveau patient. Le médecin s'énerve : *“Tu me laisses souffler 30 secondes !?”*. Plus tard, en fin de journée, le médecin regarde un des infirmiers enfiler ostensiblement son manteau. Le médecin n'est pas dupe : *“Ça sent le départ.”* L'infirmier répond : *“Moi je suis à 28h supplémentaires, la direction ne veut pas entendre.”* *“Vous leur dites que c'est le docteur qui a demandé ! Moi je n'ai pas envie de bâcler car là j'ai déjà l'impression d'aller vite.”* [Carnet de terrain, PASS Calais, 2015].

Les différentes façons de vivre la temporalité contribuent à scinder l'équipe. Une psychologue, qui n'appréciait pas de se sentir bousculée, a trouvé des moyens pour s'extraire de cette pression. Parce qu'elle avait le sentiment de pousser les patients vers la sortie, elle a décidé d'installer ses consultations dans l'espace le plus éloigné des autres salles de consultations, de manière à mettre cette frénésie à distance. Elle avoue que : *“ce n'est pas l'idéal car on a envie d'être avec l'équipe”* mais de même, elle a choisi de ne pas porter la blouse pour conserver *“une pointe de décalage”*.

L'urgence accélérée accroît la pénibilité du travail à la PASS. Les professionnels sont essorés, certains se sont retrouvés en *burn out* ou en dépression. Depuis 2013, j'ai vu plusieurs infirmiers “craquer” et quitter la PASS parce qu'ils étaient usés. *“Je crois qu'on s'est tous un peu cherchés, j'ai perdu deux kilos parce qu'on ne mangeait pas le midi”*, décrit une infirmière. *“Je comprends le burn out. Moi, ce n'est pas mon travail de tous les jours mais je comprends qu'un salarié s'interroge sur la qualité de son travail”*, compatit un médecin

vacataire. *“Parfois on était épuisés ; heureusement qu’il y avait la cohésion d’équipe car c’était moralement fatigant”*, confie de son côté un infirmier. Un autre ne cesse de répéter en entretien que *“c’était dur le travail”*. *“C’était la course tout le temps, c’était dur. (...) Je me suis dit : ‘Avant que je sois, [non] pas méchant, mais avant que je ne fasse pas un bon travail, je me suis dit : ‘Il est peut-être temps’. Il y avait beaucoup, beaucoup de pression ; les patients étaient tendus, ils nous poussaient pour qu’on avance plus vite mais ça ne peut pas avancer plus vite.”* Il précise avoir aussi pris la décision de quitter le service parce qu’il ressentait une fatigue lorsqu’il rentrait du travail, une fatigue qui l’a alerté sur ses limites ; de fait, malgré le renfort de moyens, l’afflux de patients restait trop important. Ce flot continu de patients a une incidence sur les nerfs des professionnels et cela peut parfois les amener à percevoir différemment ces exilés. *“Quand ils sont peu nombreux, on a l’impression d’avoir bien fait notre travail et quand on les voit arriver en masse, on se dit que ça continue,* remarque une infirmière qui ajoute : *C’est trop dur, ça fait plus de sept ans que c’est comme ça et je n’arrive plus à les regarder”* [Carnet de terrain, PASS Calais, 2013]. Les émotions sont alors exacerbées. Elles peuvent rendre les interactions difficiles, voire se traduire sous la forme d’une violence individuelle (Mercadier, 2008), notamment verbale. *“Idéalement, il faut que les soignants qui travaillent sur les migrants puissent analyser le contre-transfert, les plus et les moins, leurs difficultés, leurs anxiétés, leurs frustrations, leurs projections. Si ce n’est pas le cas, le soignant peut devenir maltraitant”*, souligne par exemple un psychiatre. Patrick Declerck atteste de ce même processus de rejet des professionnels vis-à-vis des clochards de Paris : *“les soignants ne supportent les malades, au mieux, que quelques années. Après s’installent progressivement la fatigue, le dégoût, la dépression (...)”*.

b.L’exposition à la violence, la loi de la “jungle”

Gérer le nombre, c’est aussi gérer les tensions, la fatigue, l’agacement. On observe des exilés excédés qui font les cent pas, soupirent, s’accroupissent dans le couloir, demandent au médecin quand ce sera leur tour. *“Les médecins afghans nous disaient que les Afghans n’aimaient pas patienter dans leur pays. Ce n’était pas facile avec 120 personnes par jour, et eux attendaient... Mais on n’était pas là à ne rien faire ! On se dépêchait, on allait vite quand même mais ils ne le comprenaient pas forcément”*, déplore une infirmière. Dans un rapport trouvé aux archives, il est évoqué le non-respect des horaires d’ouverture ; il est décrit une

entrée forcée avec le pied, “*des coups de pieds dans la porte*”, “*des coups de poing aux fenêtres*”, de sorte que les cadres ont envisagé de suspendre l’activité à Jules-Ferry. Pour y remédier, la PASS-CH - qui était ouverte seulement l’après-midi - a élargi ses créneaux horaires de manière à étaler l’arrivée des patients. Reste que le nombre est devenu source d’angoisse pour les soignants.

La concentration d’une population sur un lieu, couplée à des conditions de vie exécrables sont sources de tensions et exposent les professionnels à des risques. “*On est des tampons*”, décrit une infirmière qui évoque “*l’insécurité permanente à Jules-Ferry*”. J’ai assisté à une rixe survenue au beau milieu de la salle d’attente entre deux patients, rejoints par d’autres. Les gestes et paroles agressives dans cet espace confiné ont alors poussé les soignants à appeler des renforts de La Vie Active, une association gestionnaire du lieu d’accueil dont l’intervention a contribué à apaiser la situation. Les professionnels de santé ont aussi été marqués par une violente bagarre qui a éclaté dans l’enceinte de la PASS en mai 2015 et a fait quatorze blessés tout en mettant en danger plusieurs personnes : “*on était livrés à nous-mêmes*”, estime à cet égard un soignant. Le “plan blanc” a été déclenché ; les Smur de la région ont débarqué, et “*on est rentrés à 21h*”, rappelle une infirmière, qui précise : “*j’ai soigné un patient qui avait une entaille parce qu’il avait été sabré ; on voyait sa colonne vertébrale*”. Un soignant a aussi exprimé aux syndicats sa peur de rester seul les dimanches au milieu d’éventuels affrontements parlant de “*groupes bien armés*” et “*d’arrivées sauvages*”. Des consignes ont d’ailleurs été données par la direction au personnel, lui interdisant de se rendre directement dans la “*new jungle*” pendant les heures de travail. Dans sa lettre adressée à la direction, l’équipe soignante évoque “*une agressivité permanente des patients liée à une attente trop longue ou liée à l’insuffisance de l’offre de soin ou de communication*” et réclame une prime de risque. Ce à quoi la direction a répondu en mettant sur pieds un comité de retour d’expérience (CREX) pour analyser “*les événements indésirables*”. Une rencontre avec le sous-préfet a été prévue afin d’évoquer les conditions de sécurité. L’hôpital a aussi demandé une aide policière pour que les soignants puissent mener à bien leur mission et l’installation d’un agent de sécurité, avec brigade canine, pour surveiller le site du centre hospitalier. “*J’ai dû faire intervenir deux fois les CRS car ça craignait sur le site*”, raconte un infirmier. Le fourgon de police stationné dans l’enceinte du centre d’accueil Jules-Ferry au moment de la distribution des repas est devenu une présence rassurante pour les soignants.

Cette ambiance tendue laisse peu de place au relationnel et les soignants sont contraints de prendre des décisions pragmatiques. On se souvient qu'en 2013, les douches ont été fermées pendant quelques mois suite au déclenchement d'une bagarre à la PASS. Un cadre a alors indiqué : *“on a fermé les douches parce que ça se terminait en bagarre. Il faut un vigile”* [Carnet de terrain, 2013]. Un hublot a aussi été installé entre la salle d'enregistrement et le local de consultation médicale à la suite d'agressions subies par une soignante. *“Certains n'avaient pas réellement besoin d'être soignés, explique-t-elle, ils voulaient que je les examine, juste pour les toucher ; parfois j'avais peur de les examiner. Quand ils ne sont pas très encadrés, ils profitent parce que je suis une femme.”* En termes de comportement, les professionnels restaient calmes ; j'ai assisté deux fois à des moments où le ton est monté entre un soignant et son patient. Globalement, lors de situation de tensions, les professionnels sont dans l'écoute, la compréhension, le retrait et la mise à distance quand la situation risque de dégénérer. *“On ne va pas s'énerver contre eux même si on subit la pression. On passe outre, on est soignant. Quand ils sont violents, c'est qu'en général, il y a quelque chose à l'intérieur de nous qui ne nous rend pas forcément bien, qui alimente cette violence.”* À Briançon aussi, ces formes d'agressivité exprimées par les patients étaient justifiées, selon les professionnels, par la désespérance des situations. *“En Italie, j'en ai vu beaucoup ils perdaient la raison car ils n'avaient plus d'espoir. Ce n'est pas bon quand il y a plus d'espoir. Ils devenaient même agressifs”*, commente un patient exilé répondant à Chloé Lecarpentier (2019). La violence au travail a surtout été analysée à partir des années 2000 et intégrée comme risque psychosocial. Ici, elle est rarement physique ; par contre, elle plane comme une menace, elle est larvée et crée un sentiment d'insécurité chez les soignants. Ici, la violence sociale et politique vécue par les patients se retourne comme un effet boomerang sur les professionnels de santé, d'où l'idée pour cette infirmière de *“tampons”* qui absorbent l'agressivité. Le contexte politique n'est pas étranger à l'engendrement de cette violence dans la médecine de l'exil. Donia Remili (2019) a réalisé un travail de thèse sur les violences à l'égard des soignants à Tunis et elle décrit ce lien entre un contexte de violence sociale et la violence subie par les soignants à l'hôpital ; le dehors, pour ainsi dire, affecte le dedans : *“Comme nous pouvons le déduire, les violences politiques, et sociales, qu'elles soient individuelles ou collectives, imprègnent ainsi la société, en tant que systèmes. Et par un mécanisme de miroir elles envahissent, en conséquence, tous les autres sous-systèmes qu'elles englobent, dont le système du travail.”* La psychologue tunisienne cite Marc Favaro (2014) qui rappelle que *“toute entreprise étant insérée d'une façon ou l'autre dans un contexte social, est de facto susceptible d'être victime de la violence - “sociale” donc - inhérente à son environnement humain”*. La structure

médicale devient donc ce lieu de confrontation entre des victimes d'une violence institutionnelle et l'institution elle-même.

c.Repérer, trier, ordonner : la loi de la jauge

Pour faire face au nombre, il faut trier et scinder les espaces : c'est le déploiement des "succursales" qui permet de créer des jauges acceptables.



La zone de tri avec sa salle d'attente en structure bois qui communique avec la salle d'enregistrement. ©Chloé Tisserand



La salle d'enregistrement où deux infirmiers accueillent les patients afin de les orienter vers la prise en charge bobologique ou "chronique" ou des urgences. ©Chloé Tisserand

La création d'une PASS à proximité de la "new jungle" a ainsi servi de gare de triage vers les urgences ou la PASS-CH. C'est à la PASS-Ferry que les soignants déterminent si les symptômes relèvent de l'urgence, d'une pathologie chronique ou de la "bobologie" plus ordinaire.

La PASS-CH faisait office de deuxième espace de tri vers les urgences ou les services spécialisés. On retrouve d'ailleurs cette organisation du tri "en poupées russes" à Briançon. Là, Julie Cellier (2019) a suivi la création d'une PASS mobile au Refuge solidaire en juillet

2018 ; elle note que des professionnels de la PASS sont venus exercer au sein de la cellule médicale dudit Refuge trois jours par semaine afin “*d’effectuer un tri des patients [s’y] présentant et faisant la demande d’une consultation médicale*”, et souligne que ce procédé “*évite aussi le transfert vers l’hôpital de patients potentiellement contagieux*”. L’hôpital s’appuie sur la compartimentation des espaces et le tri clinique pour orienter les patients de la “*new jungle*”. L’organisation des soins est pragmatique et la politique du tri est dénuée de passion (Lachenal, Lefève, Nguyen, 2014). La PASS ressemble alors davantage à un service d’urgences (Camus, Dodier, 1994) dont le tri constitue “le cœur de métier” tout en pouvant se déployer dans une médecine générale “propice à la mise en œuvre de pratiques de triage des patients du fait du volume et de la diversité des cas auxquels elle est confrontée” (Lachenal, Lefève, Nguyen, 2014). Ce tri n’a certes pas basculé vers une pratique digne d’une médecine de guerre, qui oblige les professionnels de santé à déterminer quel patient sauver parmi les malades en donnant la priorité à celui qui a le plus de chance de “s’en sortir”. Le tri consiste ici à ne pas passer à côté d’un cas urgent et à l’orienter vers le bon service. Il repose sur des critères liés au degré de souffrance, sur le thermomètre qui évalue la fièvre et la capacité des soignants à déceler le mal.

Jauger, c’est aussi remettre de l’ordre et cela passe par la mise en place de numéros et par le contrôle aux entrées [cf. Encadré numéro 12]. À la PASS Ferry 1, c’est à la fois l’interprète et un agent hospitalier qui jouent ce rôle de “filtreurs” à l’entrée en maintenant la porte à demi-ouverte et en calant leur pied afin que les patients qui attendent à l’extérieur ne soient pas tentés de l’ouvrir davantage. Premier arrivé, premier servi : les passages s’établissent par ordre d’arrivée, des numéros sont distribués. Tous les sièges de la salle d’attente, une dizaine, sont occupés. La salle offre aux patients dans son prolongement une vue sur un minuscule espace qui fait office de lieu d’enregistrement. Des patients tapent brutalement à la porte. Une infirmière rappelle un peu stressée depuis la salle d’accueil à l’interprète debout à la porte d’entrée : “*Jusqu’à trente tickets !*” Les soignants craignent les débordements. Le tri s’effectue aussi à l’entrée de la PASS-CH.

Encadré numéro 12.

Contrairement aux années précédentes, en 2015, les soignants ferment à clé la porte d'entrée, accueillent les patients au compte-gouttes et prennent soin de refermer derrière eux. Un infirmier demande à ses collègues : *“On en a vingt en comptant ceux qui viennent seulement pour les médicaments ?”* Sur la porte est collé un papier sur lequel il est écrit à l'attention des patients qui arriveraient jusqu'à la PASS : *“Full today”*. Une infirmière lance : *“Ok number 5 !”* Un deuxième infirmier souffle, agacé : *“Salam alekoum, c'est qui number 5 ? What's your name ? Décidément on va faire que des A aujourd'hui !”* L'infirmière : *“Comment tu dis ? Altair ? A.L.T”* L'infirmier : *“Je ne sais pas ; certainement THAIR ; attends je vais ressortir les A. Ferme la porte s'il te plaît.”* Un des interprètes arrive. Le téléphone sonne. L'interprète prête main forte pour trouver les dossiers. Un infirmier appelle une bénévole d'association : *“Ne viens pas, désolé MDM a ramené un camion plein et un bus de quatre femmes est arrivé. On fait le tri, on enregistre tout le monde, on voit avec ceux qui ont juste des médicaments et je te dis si je peux te libérer quelques places mais je ne te promets rien.”* L'interprète : *“On est à quel numéro ?”* L'infirmier : *“25, sans compter ceux pour les médicaments sinon 28. Quand je vois docteur X je vais le booster !”* *“Lui, il a mal au ventre, indique le deuxième infirmier. Il doit encore faire une colique néphrétique ; normal, ils ne boivent pas !”*

Comme on le voit dans cette scène, la distribution de numéros a permis aux soignants de contrôler les arrivées. L'attribution des numéros qu'on retrouve dans différentes administrations françaises peut, semble-t-il, être interprétée comme une violence institutionnelle où le malade n'est qu'un numéro parmi d'autres et est dépersonnalisé. Les soignants mettent alors en place “des stratégies défensives pour rendre acceptable ce qui ne devrait pas l'être” (Mercadier, 2008). L'attribution de numéros à la PASS est justifiée par une gestion plus commode de l'arrivée des exilés. *“Il a fallu ordonner sinon c'est le bazar ! Il faut brasser du monde, éviter l'attente”*, précise un infirmier [Carnet de terrain 2014]. Inhabituellement, les portes de la PASS restent fermées à clé. Une bénévole, l'air perplexe,

demande : *“Pourquoi vous avez fermé ?”* L’infirmier lui répond avec une sorte d’évidence : *“Sinon c’est l’anarchie. Sinon on entre, on sort et on ne sait plus qui est enregistré ou pas”* [Carnet de terrain, 2015]. Le ticket numéroté permet aussi d’établir un ordre clair dans la file d’attente et évite les bagarres qui sont déclenchées lorsque des patients tentent de passer devant les autres. Comme cette fois où des patients, en colère, s’en sont pris verbalement à l’infirmier en disant que ce n’est pas normal que le patient pakistanais soit passé devant eux. L’équipe médicale a fini par s’apercevoir que ce dernier est passé en utilisant le nom d’un autre patient pour être pris en charge plus vite. *“Je me suis énervé par rapport à MDM qui voulait qu’on prenne tout le monde, mais il y avait des passeurs qui voulaient passer avant les autres ; ce sont les seules fois où on a fait la police car ils voulaient des passe-droit”*, réplique un médecin. *“Il y a eu très rapidement une forme de ticket pour respecter un ordre de passage pour éviter que ce soit le plus fort qui vienne avant l’autre”*, explique un médecin cadre qui a mis en place ce dispositif en 2006. Déjà Didier Fassin (2010) avait constaté au centre de Sangatte que La Croix Rouge était souvent amenée à exercer une fonction de contrôle, voire de sanction. Les agents humanitaires se retrouvaient *“à faire la police”* tandis que la police avait un contact bienveillant avec les exilés, selon le sociologue. Il justifiait cela par le fait que l’État avait confié finalement à La Croix Rouge une tâche relevant autant de l’ordre public que de l’humanitaire. Il concluait que la concentration de population dans des conditions de vie dégradées amènent à lier inextricablement le souci humanitaire et la préoccupation sécuritaire.

À la jauge numérique s’ajoute la jauge de l’urgence médicale. Dans un contexte d’urgence sanitaire aggravée, la souffrance est un indicateur qui guide le tri, un indicateur sur lequel s’appuient les soignants pour faire passer en priorité certains malades [cf. Encadré. Numéro 13].

Encadré numéro 13.

On pense à ce médecin qui a insisté pour que son patient ait un rendez-vous chez le dentiste après l’avoir examiné. *“Lui, il faut qu’il voit le dentiste dès lundi ; on va le mettre sous antibiotiques”*, s’alarme le médecin. L’interprète : *“Oui mais il y en a déjà seize lundi, hein.”* Le médecin : *“Pas grave ça fera dix-sept ! C’est lui en priorité,*

c'est ultra urgent, on va le passer en priorité, tu m'appelles s'il a un problème. Il a une grosse chique, tu as vu comme c'est gonflé ! Les autres passeront une autre fois." [Carnet de terrain, 2015].

Les soignants à la PASS-Ferry étaient munis d'un thermomètre auriculaire qui permettait d'évaluer la fièvre. L'infirmière se déplace vers la salle d'attente pour prendre la température d'un patient mal en point. "39,7°. *Olalala, donne-le moi tout de suite.*" Il se lève avec peine. "Je vais l'allonger." Elle le tient par le bras et interroge le médecin : "Tu peux le voir en priorité ?" [Carnet de terrain, 2015]. La loi de la jauge repose aussi sur l'œil qui juge, capable de mesurer le degré de dégradation de l'état de santé des patients afin de réaliser les bons transferts. "À la différence de l'oreille, emprisonnée dans le son, l'œil est actif, mobile, sélectif, explorateur du paysage visuel, il se déploie à volonté pour aller au loin chercher un détail ou revenir au plus près" (Le Breton, 2007). Les soignants, à la manière des enquêteurs, sont des observateurs du corps qui procèdent à une "gymnastique oculaire" (Cefaï, Gardella, 2011) ; la clinique est mobilisée afin de repérer, détecter les signes de fragilité et les preuves de l'urgence médicale. David Le Breton le rappelle : les sociétés occidentales "valorisent de longue date l'ouïe et la vue", celle-ci étant dotée "d'une supériorité qui éclate dans le monde contemporain" (2015). Le voir est associé au croire, à la vérité, à la compréhension d'un phénomène. L'existence du microscope qui "rend l'infiniment petit accessible à l'œil", de même que le développement de l'imagerie, repoussent "toujours plus loin l'empire du voir" (Le Breton, 2015). Les observations de terrain ne manquent pas pour décrire comment chaque professionnel tente d'évaluer l'état de santé des patients et les signes de la maladie. Lors des consultations, les médecins expliquent qu'ils scrutent les expressions de leur patient et l'état de leur corps. L'un d'eux rappelle qu'il faut être attentif "*aux toux sèches, aux amaigrissements, il ne faut pas hésiter à passer une radio de thorax s'il y a un doute*". Une infirmière comprend que les "yeux fatigués" chez les exilés est synonyme d'une courte nuit passée à traverser la frontière. Les infirmiers mobilisent aussi leur regard, se penchent sur les plaies et en mesurent les dégâts ; ils s'émerveillent ou en sont tracassés : des soignants en retirant les bandes de compresse expriment leur mécontentement ("*Ah ce n'est pas beau du tout !*") ou alors ils se réjouissent du travail accompli. Ces observations nous ramènent aux

analyses effectuées par Michel Castra (2003) auprès des infirmières en soins palliatifs qui procèdent, de même, à un déchiffrement du corps de patients privés de parole parce que dans un état d'affaiblissement trop important. Il les décrit comme étant à l'affût d'indices permettant de déceler le degré de souffrance, des indices qui sont pour elles essentiels - qu'il s'agisse de la crispation du visage, de l'état des lésions cutanées ou des phénomènes tels que les vertiges ou la somnolence. Déceler les indices, c'est aussi établir le *distingo* entre ce qui relève - ou pas - de la somatisation. Et étudier les signes de la maladie amène les professionnels à proposer aux patients d'être dépistés. Ils le peuvent *via* des tests sanguins ou des examens plus poussés réalisés dans les services spécialisés.

L'ampleur de la crise de l'accueil transforme la médecine générale en médecine d'urgence. Celle-ci est rude et éreintante : il faut gérer le flux de patients et cela passe par des stratégies de gain de temps, de fluidification de la file d'attente au détriment des échanges relationnels entre les professionnels et les exilés. Cette médecine du tri est traversée par une tentation sécuritaire (instauration de numéro, filtrage aux entrées) que les professionnels justifient pour optimiser l'organisation de soin. L'urgence médicale fait loi dans cette médecine du tri, médecine scrutatrice des expressions symptomatiques.

L'inhospitalité induite par les politiques migratoires crée un cadre favorisant à la fois la concentration et la dispersion des exilés : ce rythme de vie quotidien, entre déplacements intempestifs et stagnation, engendre des tensions et de la violence. Exposés, les soignants se transforment alors en paratonnerres des politiques migratoires inhospitalières.

En quoi la médecine en devient-elle un point nodal ? Nous verrons que sous l'effet d'un renforcement du contrôle politique sur une situation migratoire, la médecine générale d'urgence prend des allures de médecine politique. Pour quelles raisons ? Comment, dans un contexte ultra-politisé, l'hôpital peut-il conserver la bienveillante neutralité qui lui est consubstantielle ?

2. La prise en charge sanitaire des exilés : une question politique

“C'est une vieille histoire” (Durand, 2020), celle qui associe la peur de l'épidémie et

de la submersion. Dans l’imaginaire collectif, l’étranger est celui qui rend possible la contagion, celui qui véhicule des maladies inconnues et incurables en Occident. “La peste frappe surtout l’imagination des contemporains par l’intensité de ses ravages et par son aveuglement qui vise jeunes et vieux, puissants et pauvres” (Sournia, 1991). Dans un article court et intéressant, Antonin Durand revient à partir de l’analyse d’une caricature de Friedrich Graetz²¹. Elle présente un exilé sur la proue d’un bateau ; il incarne la mort s’apprêtant à débarquer aux États-Unis. Cette caricature témoigne de l’angoisse de contracter le choléra au XIXe siècle à cause de l’arrivée des étrangers.



“The Kind of 'Assisted Emigrant' We Can Not Afford to Admit” [Le type d’“émigrant assisté” que nous ne pouvons pas nous permettre d’admettre], caricature parue dans le journal américain satirique Puck, le 18 juillet, 1883.

21

Cette peur a d'ailleurs amené les États-Unis à fermer leurs portes aux arrivants du Vieux continent, considérés comme des "vecteurs d'épidémie". Les "cordons sanitaires" érigés en Europe ont participé à éloigner les malades de la fièvre jaune (Hanus, 2020). L'analyse de Roberto Esposito (2010) est ici très suggestive : elle rappelle la racine commune "munus" dans les mots "communauté" et "immunité" ; mais l'auteur souligne que la première relie les individus et favorise l'ouverture tandis que la seconde les sépare et invite au repli. Comme pour le système immunitaire qui peut être mis à mal en produisant trop d'anticorps, Roberto Esposito explique que ce mécanisme est le même pour une société : une trop grande protection immunitaire peut se retourner contre le corps social et c'est ainsi qu'il met en garde contre ce repli de la communauté sur elle-même. "C'est comme si, au lieu d'adapter le niveau de la protection à l'importance du risque lui-même, on adaptait la perception du risque à l'exigence croissante de protection – comme si on créait artificiellement un risque, pour pouvoir le contrôler" (Esposito, 2010). L'auteur déplore alors que la peur - cette "rhinocérite" (Ionesco, 1974), métaphore théâtrale de la montée des totalitarismes - façonne les choix politiques, comme le rappelle aussi Marc Bernardot (2013) : "avec le développement de la médecine expérimentale, les autorités ont mis en place des politiques sanitaires et prophylactiques appliquant un hygiénisme coercitif aux voyageurs, aux étrangers et aux indigènes". Que nous en dit la médecine moderne de cette peur ancestrale à l'égard des étrangers ? En situation d'urgence sanitaire - que l'État peut traduire comme un danger - quelle est la réponse de l'hôpital ?

Nous verrons que cette peur des épidémies et de la contagion persiste lorsqu'on observe la façon dont les autorités politiques gèrent la survenue d'épidémies de gale - mise en place d'une surveillance sanitaire, administration en masse des traitements - ; et ce, alors que cette peur est appréhendée avec sérénité chez des soignants.

a. Contrôler le risque de contagion : inquiétude des autorités, sérénité des soignants

La peur des épidémies a été réactivée avec l'arrivée du SIDA (Herzlich, 2002) ; des angoisses se fixent aussi autour des maladies d'importation méconnues voire inconnues. Ebola hier, Covid-19 aujourd'hui : les crises sanitaires renforcent souvent les arguments des

partisans du non-accueil des étrangers (Désinfox, 2020²²). La récupération de cette angoisse dans le champ politique est récurrente : déjà avec l'épidémie d'Ebola, en 2014, le président du Front national estimait que "ce virus réglerait la question des flux migratoires en trois mois" mais aussi le problème de l'explosion démographique. Argument contrecarré par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en février 2017 qui a rappelé que le risque d'importation du virus Ebola en Europe est "extrêmement faible" tout comme les autres agents infectieux. La frontière entre le registre de la peur de la maladie et la xénophobie est, de fait, poreuse (Durand, 2020). Ainsi, faisant suite aux déclarations de l'ancien ministre de l'Intérieur italien et secrétaire fédéral de la Ligue du Nord, la présidente du Rassemblement national a demandé en France la fermeture des frontières. Elle a qualifié cette mesure de "bon sens", en soulignant que "les virus ne s'arrêtent pas à la frontière" alors que "ceux qui les portent peuvent être bloqués"²³. Sans systématiquement être la chasse gardée de l'extrême-droite, la peur de l'inconnu laisse des traces. *"Le retour des pathologies éteintes renvoie aux clichés comme la gale"*, souligne ainsi une psychologue de la PASS. À Calais, des sapeurs-pompiers ont également exprimé leur crainte de se rendre dans la "new jungle" par peur de contracter une maladie : *"il y a le palu"* m'a confié l'un d'eux, inquiet, lorsque j'étais journaliste de terrain. La peur de l'autre est encore présente. Il faudrait une étude approfondie pour explorer cette question mais, selon les professionnels, la crainte de contracter des maladies en fréquentant les exilés serait un argument sur lequel s'appuient les Calaisiens pour ne pas se rendre à la PASS.

Loin d'une peur communément partagée, le discours des soignants de la PASS sur le risque contagieux ou celui de contracter une pathologie méconnue reste serein. Les professionnels de santé appartiennent à la corporation des "sachants". À l'hôpital, le corps soignant de la PASS est l'un des plus exposés au risque sanitaire et, comme leurs collègues qui travaillent dans le service de radiologie, ils sont soumis à des contrôles sanitaires plus stricts (radio de thorax, prises de sang tous les six mois). *"Il y a une surveillance renforcée des professionnels de la PASS par la médecine du travail comme ils le font pour les professionnels du bloc ou de l'imagerie exposés au risque de radiation, mais en général, on a peu d'inquiétude et d'incidents ; il n'y a jamais eu à déclarer des choses compliquées"*, indique un cadre. Un médecin libéral regrette toutefois de ne pas avoir bénéficié aussi du même suivi accordé aux soignants de l'hôpital : *"On n'a pas eu de radios de contrôle, on avait*

²² Combattre l'épidémie de stéréotypes et de racisme : une

urgence sociétale en temps de Covid-19.

²³ Interview Marine Le Pen sur France Inter, 26 février 2020.

trop l'impression d'être des bénévoles libéraux alors que pour moi c'est comme si nous étions des salariés de l'hôpital.” La connaissance du fonctionnement des pathologies les protège de la peur. On peut le constater à travers ce que dit ce médecin qui signale, en réalité, que le risque de contagion n'occulte pas la dimension humaine du patient : *“Il peut y avoir des pathologies différentes, donc ça il faut y être attentifs ; mais je veux dire : ‘il n’y a pas de raison d’avoir peur de ce que l’on peut voir ou de ce que l’on peut trouver. C’est un patient, c’est un malade, c’est quelqu’un qui a besoin ou d’être rassuré, ou d’être soigné.”* Dans la même veine, un infirmier veut en quelque sorte incarner la faiblesse du risque : *“j’ai fait six mois, je n’ai jamais eu la gale alors que des collègues en rééducation l’ont eue.”* *“On n’a ni attrapé la gale, ni la varicelle, ni la grippe”*, confirme une infirmière.

Cette sérénité tempère ce que l'on peut entendre dans le débat public en proie à toutes sortes de rumeurs ou d'idées préconçues appartenant à cette “démocratie des crédules” disséquée par Gérald Bronner (2013). Dans la pratique, on voit aussi que cette peur n'a pas réussi à s'agripper aux comportements puisque les soignants portent rarement des gants (ils sont mis seulement pendant l'acte de soin). On est loin de ce que décrit Jean Peneff (1992) en évoquant le nettoyage des corps aux urgences où les SDF sont lavés avec de l'anti-poux et de l'anti-morpions avant que le médecin procède à un examen. Comme les infirmières, les médecins touchent le corps du patient sans exiger au préalable son nettoyage. Cette absence de protection face au risque est de toute évidence à bonne distance des vieux réflexes de peurs ancestrales à l'égard des étrangers, associés à la *“familia diaboli”* (Fabre, 1998) par des populations autochtones faisant porter la responsabilité des épidémies.

b.Détecter les agents infectieux

Lorsque l'entassement crée de l'épidémie, il devient politiquement dérangeant. C'est ainsi que les autorités accroissent leurs efforts en fournissant davantage de moyens (financiers, matériels et humains) pour répondre au problème de santé publique. Pierre Aïach (1998) a souligné qu'il existait en santé deux interprétations de la médicalisation : la “légende rose”, “où les médecins sont présentés comme des héros luttant pour le bien et le bonheur du peuple, au besoin par la contrainte” et sa “légende noire” “où l'accent est mis sur le caractère contraignant, voire policier des politiques de santé”. Cette ambivalence, il semble qu'on la

retrouve dans cette médecine des exilés à travers la surveillance sanitaire. Pour la mettre en œuvre, le codage des actes a été renforcé et une veille sanitaire installée sur les différents campements du littoral. “On a un rôle de sentinelle, de santé publique. On est la porte d’entrée, on joue un rôle d’alerte sanitaire”, rappelle un médecin. Le codage des actes s’est nettement précisé au fil des années et des exigences de la part des autorités. “C’est une injonction de notre tutelle qu’il y ait un tracé du nombre de passages qu’on fait remonter pour obtenir des financements. C’est la traçabilité, on codifie tout ; un code, c’est un peu d’argent”, souligne un cadre. Ainsi, la PASS a adopté le système de codage standard de “Résumé de passage aux urgences” (RPU). Pour gérer l’enregistrement du codage, une aide-soignante en reclassement a été embauchée comme secrétaire à la PASS. Au fil des années et surtout depuis l’intervention de l’EPRUS, j’ai vu apparaître une classification plus détaillée de l’activité analysée par âge, par ressources, par logement, par droits sociaux. À cela s’ajoute un intérêt pour les partenaires à l’origine de la demande, les problématiques rencontrées et les orientations. C’est assurément un travail fastidieux pour les soignants. Les professionnels de la PASS font remonter des informations concernant leur activité à l’ARS qui les compile et dégage des statistiques. Lorsque les patients se présentent en salle d’enregistrement, ils sont reçus par un infirmier qui enregistre leur passage, demande les motifs de la consultation, l’âge, l’identité et le pays d’origine (photo ci-dessous).

DATE DU JOUR --/--/---				5 : Consult simple 4 : Consult avec actes 3 : Instabilité sans Pc vital 2 : Pc vital sans urgence abs 1 : Urgence Absolue P : Psy - D : DGD			Prélèvement urines peau selles : AMI 1 Injection IM, SC, ID : AMI 1 SAT : AMI 5 Aérosol : AMI 1,5 IDR : AMI 1,5 Perfusion : AMI 2			Pulvérisation : AMI 1,5 Pansement simple : AMI 2 Moyen pansement : AMI 3 Grand pansement : AMI 4		
			JJ/MM/AAAA	M F I	PERSO AMBU VSAB FO		M : med I : inf P : psy K : kiné	6 : mutation 7 : transfert 8 : domicile 9 : décès				
Entrée	Nom	Prénom	Pays	DDN	Sexe	Transport	Motif du recours	PEC	AMI	Mode sortie	Numéros	
--/--				--/--/---								
--/--				--/--/---								
--/--				--/--/---								

Ce travail de codage est aussi le reflet des politiques de rationalisation et de management hospitaliers. “Les tâches d’écriture sont en augmentation constante (...). La plupart de ces tâches (...) demandent une mémorisation rapide des nouvelles instructions et une vigilance accrue dans la réalisation des tâches, les infirmières ne pouvant plus se fier aux

routines de travail en place” (Acker, 2005).

Parallèlement à cette spécification du codage, lors de la “*new jungle*”, véritable nid à bactéries en raison du manque de dispositifs d’hygiène (détritus dans les flaques d’eau mélangés à l’urine et aux matières fécales), une surveillance sanitaire a été mise en place par Santé publique France recensant les cas infectieux survenus chaque semaine à Calais et Grande-Synthe. Les comptes rendus hebdomadaires de cette surveillance sanitaire sont une sorte de boîte à outils pour les soignants qui peuvent disposer rapidement d’informations nécessaires comme les numéros d’urgence inscrits sur ces comptes-rendus. “La “veille sanitaire” (néologisme propre au français) est cette activité au cœur de la santé publique renouvelée qui réunit les missions de surveillance, de vigilance et d’alerte” (Buton, Pierru, 2012). Voici par exemple la présentation d’un bulletin de veille sanitaire. “Sur la période d’étude, la majorité des recours aux soins a concerné les pathologies infectieuses, notamment les infections respiratoires aiguës basses et hautes, les syndromes grippaux et la gale. Plusieurs épisodes épidémiques ont été détectés dans le campement de Calais : une épidémie de grippe A (H1N1), un foyer épidémique de rougeole et une épidémie de varicelle, qui ont donné lieu à des campagnes de vaccination.” (Ci-dessous le rapport sur la surveillance des maladies infectieuses, novembre 2015/octobre 2016).

I Alertes I

Deux cas de **diarrhée sanglante** ont été signalés par l'antenne de PASS Jules Ferry en semaine 21. **Une vigilance doit être maintenue, étant donné le risque épidémique lié à la précarité des conditions d'hygiène sur le camp. Si un nouveau cas devait être vu en consultation, la réalisation d'une coproculture serait nécessaire pour connaître l'étiologie et orienter les mesures préventives.**

Un nouveau cas de **varicelle** a été signalé en semaine 22 par la consultation de la PASS à Calais (Jules Ferry).

I Points clés en semaine 21 I

Sur le camp de Grande-Synthe (La linière)

- Nombre de recours : 158 dans les dispensaires (MDM, MSF, CR), 33 à la PASS de Dunkerque et 9 dans les services d'urgences de Grande-Synthe et Dunkerque
- Typologie des pathologies les plus fréquentes : infection respiratoire haute et ORL (32%) ; traumatisme (14%) dans les dispensaires de Grande-Synthe (MDM, MSF et CR)

Sur le camp de Calais (Jules Ferry)

- Nombre de recours : 701 à la PASS (594 à Jules Ferry et 107 au CH de Calais) et 77 au service d'urgence du Centre hospitalier de Calais
- Typologie des pathologies : Consultation de la PASS : traumatisme (20%), gale (13%), infection respiratoire haute et ORL (12%) - Service d'urgence du CH de Calais : Traumatisme (47%)

I Signalements I

Que signaler?

- Maladies à déclaration obligatoires nécessitant des mesures urgentes de prophylaxie : Fièvre typhoïde, Hépatite A, Choléra, Botulisme, Infections invasives à méningocoque, Poliomyélite, Diphtérie, Rougeole, Tétanos, Tuberculose.... (liste des MDO : www.invs.sante.fr)
- Autres maladies infectieuses : Coqueluche, Rubéole, Leptospirose, Syphilis, diarrhées aiguës, diarrhées sanglantes, ictère ...
- Des cas groupés de maladies infectieuses ou intoxications
- Tout événement sanitaire ou environnemental susceptible de constituer une menace pour la santé publique

Ces bulletins sont divisés en trois sections avec en premier lieu les pathologies préoccupantes détectées, en particulier les maladies contagieuses. La deuxième section regroupe les chiffres remontés par les PASS sur le nombre et les motifs de consultations. Enfin, la rubrique "Signalement" permet de rappeler aux professionnels d'être vigilants et aux maladies à déclarations obligatoires (MDO) telles que le paludisme ou la tuberculose. Il existe aussi des fiches Cerfa MDO détaillant chaque risque épidémique.

Fiche de déclaration MDO

République française

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____
---	--

Médecin à déclaration obligatoire

Rougeole

N° 12554*03

Important : tout cas de rougeole, éruption au confiné, doit être signalé immédiatement au moyen de cette fiche ou par tout moyen approprié (téléphone, télécopie...) au médecin du SDES selon attention les valeurs de la biologie. Cette maladie vient à être déclarée en France, toute forme d'épave de santé publique d'un tout biologique qui peut permettre d'affiner le diagnostic.

Initiale du nom : _____ Prénom : _____ Sexe : M F Date de naissance : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____

Code d'anonymat : _____ (A établir par l'ARS) Date de la notification : _____

M F Date de naissance : _____ Code postal du domicile du patient : _____

Signes cliniques :

Date du début de l'éruption : _____ Fièvre ≥ 38,5°C : oui non

Exanthème maculo-papuleux : oui non

Généralisé : oui non

Toux : oui non Conjonctivite : oui non

Coryza : oui non Présence du signe de Koplik : oui non

Hospitalisation : oui non Si oui, préciser la date de l'hospitalisation : _____

Lieu de l'hospitalisation : _____

Séjour en réanimation : oui non

Complications : oui non Si oui : encéphalite pneumopathie autres, préciser : _____

Évolution (à la date de la notification) : encore malade guéri décès Si décès, date : _____

Confirmation du diagnostic :

Confirmation biologique demandée : oui non

Si oui : recherche d'IgM salivaires : positif négatif en cours Date du prélèvement : _____

recherche d'IgM sériques : positif négatif en cours Date du premier prélèvement : _____

séroconversion, association des IgG : oui non en cours Date du dernier prélèvement : _____

PCR/isolement du virus Spécimen : _____ positif négatif en cours Date du prélèvement : _____

Origine possible de la contamination :

Séjour à l'étranger dans les 7 à 18 jours avant le début de l'éruption : oui non ne sait pas Si oui, préciser le pays : _____

Contact avec un cas de rougeole 7 à 18 jours avant le début de l'éruption : oui non ne sait pas

Si oui, lieu : famille lieu de garde école autres, préciser : _____

Sagit-il d'un cas confirmé : oui non ne sait pas

Si "ne sait pas", l'ARS peut-elle authentifier que ce contact était un cas confirmé : oui non (information à renseigner par l'ARS)

Autres cas dans l'environnement : oui non ne sait pas

Si oui, lieu : famille lieu de garde école autres, préciser : _____

Avez-vous connaissance d'un sujet à risque de rougeole grave dans l'environnement familial du cas (en particulier femme enceinte, nourrisson, immunodéprimé) : oui non

Le cas fréquente-t-il une collectivité accueillant des sujets à risque de rougeole grave : oui non

Si oui : structure d'accueil de la petite enfance milieu de soins autres, préciser : _____

Avez-vous connaissance d'un projet de voyage hors métropole du cas pendant sa période de contagiosité : oui non

Si oui, préciser la destination : _____

Antécédents vaccinaux :

Le sujet est-il vacciné contre la rougeole : oui non statut vaccinal inconnu

Si oui : avec 1 dose avec 2 doses Date de la dernière dose : _____

Informations recueillies d'après : interrogatoire carnet de santé ou de vaccination/dossier médical

Souhaitez-vous recevoir des kits pour prélèvements et envois d'échantillons de salive au CNR (recherche d'IgM/PCR) : oui non

Si oui, combien : _____

Médecin ou biologiste déclarant (tampon) Nom : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____ Signature : _____	Si notification par un biologiste Nom du clinicien : _____ Hôpital/service : _____ Adresse : _____ Téléphone : _____ Télécopie : _____
---	--

ARS (signature et tampon)

Médicins à déclaration obligatoire (MDO) : 3113-1, R 3113-1, R 3113-2, R 3113-3, R 3113-4, R 3113-5, R 3113-6, R 3113-7 du Code de la santé publique
 Informations utiles de surveillance - Code de notification pour le médecin déclarant (MDO) de la rougeole (R 3113-1) - Centre national des maladies à étiologie infectieuse (CNRM)

Ce traçage n'est pas sans poser des questions éthiques comme l'indiquent les débats qui ont eu lieu autour du signalement de l'atteinte par le Sida (Antoniotti et al., 2002). Les questions du respect de l'anonymat des patients, de leur fichage, la possibilité d'une détérioration de la relation entre les soignants et les malades sont autant de réserves émises face à un discours qui présente cette traçabilité comme participant à l'amélioration de la qualité des données, l'adaptation des mesures d'action et de prévention.

Les professionnels s'appuient sur ce suivi pour déclencher des campagnes de grande ampleur contre la gale ou bien relancer telle ou telle vaccination. Cette dernière a notamment été effectuée contre la rougeole. Le centre de lutte anti tuberculeuse (CLAT), par exemple, a

réalisé en série, des radios pour détecter les éventuels cas de tuberculose. Ces campagnes requièrent un investissement préalable en logistique : prévision des problèmes techniques du frigo, relevés de température réguliers, réunions en cellule de crise avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales pour identifier les cas sources et les cas contacts.

Nous verrons que cette surveillance sanitaire est couplée d'interventions prophylactiques de masse qui ont surtout pour but d'endiguer les épidémies lorsqu'elles surgissent ; elles participent à la protection des non exilés par celle des exilés. La surveillance sanitaire semble occulter la dimension sociale, humaine et relationnelle de la PASS. Nous verrons aussi, à travers l'exemple de la gale, que prévenir et traiter les épidémies font partie d'un arsenal qui ne tient pas compte du contexte social et politique pourtant à l'origine de la survenue des épidémies.

c.La réponse chimique au service d'une "sanitarisation" de l'inhospitalité

La gestion des populations exilées renvoie plus globalement à la gestion des pauvres et de la précarité. Ceux-ci ont alimenté "l'imaginaire social des bas-fonds" (Kalifa, 2013) et représenté une menace pour la bourgeoisie au milieu du XIXe siècle, menace que la police des pauvres devait endiguer à travers la lutte contre les infections et les épidémies au nom de la conservation de la santé. Plus contemporains, les exilés sont considérés par les épidémiologistes et les infectiologues comme "un groupe à risque" qui nécessite de mobiliser des politiques de santé publique et de surveillance sanitaire.

La vie dans les camps est rythmée par des phases d'épidémie, la plus fréquente étant celle de la gale. Cette maladie de peau provoque des lésions et démangeaisons (prurit) au niveau des bras, du ventre, des jambes, du pubis et peut se surinfecter si elle n'est pas soignée à temps. Le parasite se contracte par contact prolongé, *via* la literie, les vêtements, le linge ; des conditions de vie sociale détériorées facilitent sa propagation. Il ne s'agit pas d'une pathologie létale mais elle nécessite deux cachets antiparasitaires en deux prises espacées dans le temps. Les campagnes anti-gale suivent une même logique : l'État réquisitionne d'abord l'hôpital pour traiter les individus atteints, puis les forces de l'ordre pour évacuer les camps et enfin les services de la ville ramassent les déchets après les opérations. Il existe ainsi des "temps forts épidémiques" dans l'histoire calaisienne qui mettent l'hôpital sur le devant de la

scène. On pense à l'année 2009, avec la mise en place d'une unité de traitement constituée de deux douches mobiles pour combattre une épidémie de gale qui avait atteint deux cents exilés. Une tente de décontamination avait été installée et le Samu 62 avait reçu des patients pour les examiner, les traiter et leur délivrer de nouveaux vêtements. Cinq ans plus tard, nouvelle intervention qui ne se déroule cette fois-ci non pas en quelques semaines, mais en quelques heures [Encadré ci-dessous].



← **Intervention
sanitaire de l'hôpital
contre une épidémie de
gale en 2014.**

©Chloé Tisserand

Traiter les épidémies de gale : une récupération politique

Mai 2014, le camion du centre hospitalier entre dans l'enceinte de distribution des repas pour délivrer un traitement contre la gale. Journalistes et policiers sont au spectacle et, un peu comme des zoologues en situation d'observation et d'attente ; ils regardent ce triste tableau d'exilés regroupés devant une table où sont posés verres d'eau et cachets contre la gale. 4000 comprimés de Stromectol et 500 bombes A-PAR® pour ce "traitement de masse" contre la gale ont été commandés. Le chlorure et l'acide phénique, jadis utilisés pour le choléra, se nomment désormais Stromectol®, très efficace contre la gale. Les soignants volontaires, qui ont revêtu leur manteau du Samu 62 et se sont munis de leur carte d'identité et badge pour accéder à la cour, semblent aussi assister au spectacle, surpris qu'ils sont par la médiatisation d'une opération coordonnée par le préfet et l'ARS. Beaucoup de patients n'osent pas s'approcher des professionnels, d'autant que tout le monde les observe. Des soignants en majorité du pôle urgence tentaient vainement de les convaincre de saisir un gobelet. Difficile de ne pas ressentir un malaise pour ces soignants car on perçoit que l'opération est avant tout médiatique, plus que curative : il n'y a ni dispositif pour l'examen des corps ou la détection des personnes infectées, ni espace intime où préserver le secret médical.



Le protocole de lutte contre la gale impose par ailleurs de se couper les ongles, de changer sa literie, de laver ses vêtements, autant d'opérations difficiles à réaliser étant donné la situation d'extrême précarité dans laquelle se trouvent les exilés. De plus, ces gestes anti-contagion (recouvrir le corps de la tête aux pieds, ingérer au moins deux prises de comprimés, du sirop, du paracétamol, des sprays) et cette thérapeutique ne peuvent fonctionner qu'assortis d'une bonne prise en charge sociale. Bruno Martrette, pour le magazine *Pourquoi docteur ?*, a rapporté que les associations médicales ont dénoncé une "hérésie sanitaire". Un discours partagé par des soignants de l'hôpital que ce soit en 2009 ou en 2014 : *"les campagnes contre la gale ne servent à rien. Le problème est qu'on participe que sur une partie de la chaîne, l'autre bout de chaîne ne pouvait pas être honorée puisque ces gens-là vivaient toujours dans la précarité donc vous pouvez les traiter tant que vous voulez, ils restent toujours contaminés"*, argumente un médecin libéral. Le lendemain de cette opération, le camp - surnommé le camp des Syriens et dépourvu de toilettes, douches et points d'eau - qui jouxte l'enceinte où s'est tenue cette intervention a été détruit. Deux autres camps en centre-ville ont aussi été évacués. Des bus dont les fauteuils étaient recouverts d'un plastique pour qu'ils restent propres devaient conduire les patients vers un lieu médical où leur serait donné des traitements, vêtements, etc. Une minorité s'y est rendue

directement et quelques-uns ont souhaité bénéficier d'un hébergement d'urgence. Le préfet a par ailleurs regretté que certaines associations dissuadent les exilés de prendre leur traitement. Le paradigme sanitaire devient alors un terrain de joutes politiques. Il est aussi un prétexte pour viser un objectif sécuritaire que les associations ont dénoncé dans un courrier qui pose aussi la question de la frontière entre le sanitaire et le sécuritaire.

Réquisitionné par l'État pour gérer cette angoisse de la contagion (Fabre, 1998), l'hôpital devient une pièce majeure de ce rouage politique. La prophylaxie de masse renvoie, bien-sûr, à la notion de contrôle sanitaire. On pense aux examens médicaux pratiqués sur les réfugiés à Ellis Island, des examens qui leur donnaient le droit ou non d'entrer aux États-Unis, au XIXe siècle, avec ces étrangers ciblés dans les postes médicaux (Hanus, 2020). On songe aussi à ces étrangers emprisonnés et, plus récemment, en Italie, on a vu des combinaisons blanches à bord de bateaux qui réceptionnaient les exilés après leur traversée en Méditerranée pour vérifier leur état de santé. Dès lors, "étendu aux mouvements migratoires, le contrôle sanitaire est [aussi] un moyen clair et assumé de ne recevoir parmi les migrants que ceux dont l'état de santé ne peut pas mettre en danger la population du pays d'accueil" (Wluczka, 2007). Les images médiatiques de files d'attente de patients étrangers prêts à être traités n'est pas sans rappeler également des stigmates de la médecine coloniale pratiquée en Afrique ; cette médecine est présentée notamment dans les travaux de Guillaume Lachenal (2011), qui portent sur les vaccinations en masse pratiquées en Afrique contre la maladie du sommeil. La présence du médecin blanc sur ce continent incarne aussi cette volonté de se prémunir des populations autochtones et aussi de leur imposer un savoir médical européen. On a le sentiment que les campagnes prophylactiques actuelles comportent encore des traces de cette histoire trouble. De telles campagnes renvoient aussi aux réflexions foucadiennes, des réflexions qui considèrent la médecine sociale comme un instrument du politique. Ce pouvoir s'est manifesté à travers le mouvement hygiéniste, la médecine légale et la médecine des aliénés. Il semble se manifester au travers de la médecine des exilés aujourd'hui. Didier Fassin (2010) évoque ce glissement dans le temps d'un gouvernement de la raison humanitaire vers un gouvernement de la raison sécuritaire : "La fin du XXe siècle avait été l'âge de l'humanitaire. Le début du XXIe aura sonné l'heure du sécuritaire. (...) La transition de l'humanitaire au sécuritaire ne signifie pas que le premier se soit complètement effacé, mais indique que le second est devenu prépondérant, notamment lorsque les deux entrent en concurrence dans l'interprétation de situations et le choix de réponses appropriées."

Pourtant, cette prophylaxie ne choque pas les professionnels qui l'administrent. Au contraire, ils insistent sur le bien-fondé d'une telle opération qui vise à limiter la propagation d'un virus. Ils le voient surtout comme une protection participant à la démocratie sanitaire qu'à la police sanitaire. "*Pour moi, c'était un bien fondé. De mon point de vue de soignant, c'était quelque chose qui allait dans le bon sens, une prévention santé*", indique un cadre qui se souvient ne pas avoir été bien accueilli par les associations et reconnaît qu' "*on sent bien*

qu'on n'est pas là que pour soigner ; il y a une histoire politique derrière mais on retrouve ça aussi auprès d'enfants maltraités, de femmes violentées, de mecs bourrés qui prennent le volant.” Un médecin exilé reconnaît qu’il fallait faire des campagnes de vaccination pour “protéger” les exilés de la varicelle. Du point de vue des soignants, ces opérations de prévention sont, sur le principe, défendues en tant qu’elles contribuent à la protection d’une population à large échelle. Toutefois, elles peuvent entraîner une iatrogénie médicamenteuse - que l’on songe au traitement gale qui “agresse” la peau ou au Tramadol®, antidouleur détourné comme antidépresseur par les patients et qui oblige les soignants à ajuster leur prescription (Rodriguez et Tisserand, 2021).

Cette intervention sanitaire ressemble plus à un chiffon rouge agité pour camoufler une problématique de fond, celle de la crise de l’accueil, puisque les épidémies affectant “ces populations en route” (Cambrézy, 2016) sont directement liées aux conditions de vie que les autorités leur assignent. La “sanitarisation du social” évoquée par Fassin (2008) pour désigner la traduction d’un problème social dans le langage sanitaire et médical pourrait être rebaptisée “sanitarisation de l’inhospitalité”. C’est ce qu’illustrent les prophylaxies médicamenteuses qui endiguent les phénomènes de contagion, ceux, notamment, qui trouvent leur origine dans l’insalubrité des “habitats non ordinaires” (Bernardot, 2018), “l’habitat est non ordinaire parce qu’il y a nécessité de s’abriter au plus vite, parce qu’il faut occuper rapidement l’espace sous peine d’y être supplanté par d’autres, parce qu’on risque d’en être chassé ou de voir son habitat détruit”. Ces interventions sanitaires ne sont en fait qu’un pis-aller, non une solution ; c’est une réponse chimique à un problème social aigu et, à bien des égards, un cautère sur une jambe de bois. L’État manifeste un déni quant à sa responsabilité dans sa participation à la création du problème social que subissent les exilés. L’émergence de la question de la santé au travail a permis de réfléchir à son lien avec “le style de vie issu de la vie de la société industrielle et de la société de marché” (Debout, 2009). De même, on peut espérer que la question de la santé des exilés ouvre une réflexion sur les répercussions des frontières. Comme pour les accidents du travail type *burn-out* ou les maladies professionnelles qui peinent à être reconnus (Daubas-Letourneux, 2009), les blessés à la frontière ne le sont pas officiellement comme des victimes directes des politiques sécuritaires. Quant aux soignants, ils sont alors transformés en pare-feu qui rendent plus supportable un quotidien marqué par l’absence d’accueil, l’entassement dans de véritables bidonvilles, le manque total d’hygiène, les violences et les prises de risques. Les “épidémies” émergeant des camps sont le produit d’une politique de l’inhospitalité que doivent gérer à la fois les acteurs humanitaires et ceux du monde hospitalier. “La question

SDF est un problème public. L'urgence sociale est une façon, sinon de le résoudre, en tout cas, de le réguler. Elle est un mode de définition et de maîtrise d'un problème public" (Cefaï, Gardella, 2011).

La gestion des "épidémies de camps" illustre donc l'une des ambivalences de notre société : les dégâts occasionnés par le versant sécuritaire en matière de politique migratoire, d'un côté, sont, de l'autre, rafistolées par ces mêmes autorités dans le domaine sanitaire. On retrouve à certains égards l'opposition formalisée par Bourdieu entre la "main droite" et la "main gauche" de l'État. Cette gestion sanitaire ressemble à un acte de contrition avec un mode de fonctionnement pervers ou, en quelque sorte à la repentance d'une société qui se couvre des maux qu'elle occasionne. Toutefois, la "sanitarisation de l'inhospitalité" permet aussi d'atténuer les effets des politiques sécuritaires. La délivrance de soins au centre de rétention administrative (CRA) en est l'illustration. Ainsi, les soignants "aménagent le carnage" comme l'écrit en note de bas de page Isabelle Parizot (2003), nous rappelant que cette posture a fait l'objet de critiques fort anciennes : déjà à l'époque du fondateur de La Croix Rouge, Henri Dunant, à qui l'on reprochait à son association de se substituer à l'État et d'empêcher toute véritable lutte contre les différentes facettes de la détresse.

Les soignants sont en position d'inconfort en se retrouvant à la frontière entre le sanitaire et le sécuritaire. Agents de la fonction publique en mission, ils disposent de marges de manœuvre bien minces. Peuvent-ils échapper à la récupération politique ? Nous verrons que le personnel est témoin - souvent à ses dépens - de la violence sociale qui touche les exilés. Nous verrons aussi que les politiques administratives et judiciaires empiètent sur les politiques sanitaires, ce qui accentue les dilemmes qui traversent la pratique médicale.

3. À la frontière entre le sanitaire et le sécuritaire

Des agents des douanes entrent avec leurs uniformes dans le hall de l'hôpital. Il est écrit "Douanes" en majuscules blanches dans leur dos. Ils passent le contrôle thermomètre et demandent à l'accueil à rencontrer un cadre de la PASS. Ils sont aussitôt orientés vers le service recherché. Mon sang ne fait qu'un tour et j'imagine déjà, hâtivement, des collusions entre les acteurs négociant avec des agents du ministère des Finances.

Existe-t-il en effet un brouillage entre frontières sanitaires et sécuritaires qui irait jusqu'à créer des zones grises rapprochant chacun des acteurs des ministères dont celui de l'Intérieur à celui de la Santé ?

Les acteurs de terrain font parfois des raccourcis et procèdent à des amalgames et réductions discutables en confondant l'hôpital avec le "*bras armé de l'État*". Le cadre qui emploie cette expression a participé à l'opération anti-gale de 2014 et était choqué du regard que des associations ont pu porter sur les agents hospitaliers. "*Ils nous associaient à un pouvoir politique comme si nous, soignants, nous étions là pour prendre le pouvoir sur les migrants et peut-être leur faire du mal. J'ai été heurté par cette suspicion comme si nous étions le bras armé de l'État ; on ne l'est pas, bien au contraire.*" Il explique qu'aux urgences soignants et policiers sont amenés à se côtoyer : "*personne ne disait rien et les policiers ne posaient pas de questions intrusives, chacun avait sa place quand même !*". "*Pour certaines associations, l'hôpital est associé directement à l'État et, par extension, nous étions dans le lot des critiques que l'on peut avoir sur la gestion politique nationale des migrations et des frontières. Or, l'hôpital a une position spécifique*", indique un cadre. La critique dirigée contre l'hôpital irait, à certains égards, jusqu'à assimiler les soignants à des "*collabos de l'État*" ; c'est en tout cas, ce que laissent entendre plusieurs témoignages. De telles réductions et de tels raccourcis irritent les soignants. Mathilde Pette (2016, 2015) rappelle que ces suspicions concernent aussi les associations. Un clivage se forme entre celles qui travaillent en lien avec l'État et celles qui refusent ce lien. Ce trouble dont font part les associations est peut-être entretenu par le fait que, en pratique, il existe des rapprochements entre les cadres de l'hôpital et les agents du ministère de l'Intérieur, tous étant amenés à se croiser régulièrement. Chaque mois, se tient ainsi une réunion en présence du sous-préfet ; de même, chaque trimestre, une réunion de coordination a lieu avec les associations. Il arrive aussi que le préfet sollicite des réunions sur les questions sanitaires. Et c'est là d'ailleurs une des spécificités de Calais : là, le préfet et le sous-préfet s'investissent sur les questions sanitaires en lieu et place des ARS, notamment en première ligne. De sorte que toute l'action humanitaire, sur le Calaisis, est par bien des aspects organisée et structurée par le ministère de l'Intérieur : "*ils sont plus présents que l'est l'ARS, on échange même directement avec la préfecture et le sous-préfet*", rappelle un cadre. Ceux-ci ont par exemple demandé, en 2017, l'élargissement des horaires d'ouverture de la PASS. Ces demandes d'ajustement se font sous réserve de la validation de l'ARS. Les professionnels de santé de la PASS sont plutôt habitués aux visites du préfet ou du ministre de l'Intérieur, plutôt que de leurs référents directs du ministère de la santé. Le risque que le

rôle des soignants soit récupéré et détourné plane alors comme une épée de Damoclès. Pour autant, les cadres soulignent qu'ils ne subissent pas de pression explicite. La direction rappelle le positionnement de l'hôpital : *“on est là pour apporter du soin, on ne regarde pas les identités des patients et on regarde s'ils ont des besoins de santé, s'il y a une urgence médicale. On priorise en fonction de motifs médicaux et nous n'avons pas notre mot à dire sur la pertinence de la politique nationale, sur la pertinence de la politique locale, nous sommes des acteurs de soin quoiqu'il arrive, nous, on défendra toujours le soin et on défendra des moyens supplémentaires.”* *“On n'a pas de pouvoir, sinon on aurait déjà réglé beaucoup de problème !”*, indique un médecin ironiquement. *“Jamais, en tant que médecin dans l'exercice de mon métier, je n'ai eu aucune pression. J'ai toujours fait comme je pensais qu'il fallait que je fasse”*, confirme un médecin cadre.

Les frontières du soin ont surtout été étudiées dans le cadre de la médecine pénitentiaire où la frontière entre soignants et policiers est ténue et où les premiers se retrouvent souvent dans une position de “fragilité normative” (Bujon, Dourlens, Le Naour, 2014). Comme en médecine pénitentiaire, les soignants de la PASS partagent cette fragilité normative, par exemple lorsqu'ils se rendent au centre de rétention administrative (CRA) où se trouve une unité médicale. Celle-ci est installée au sous-sol et les professionnels de santé disposent d'un badge pour y pénétrer. Deux infirmières y travaillent quotidiennement tandis que des médecins effectuent des vacations à la semaine. Se rendre au centre de rétention est aussi une curiosité pour des soignants qui postulent et veulent voir ce qu'est la pratique de leur métier entre ces murs. Je me suis interrogée à savoir comment ils vivaient cette intervention dans ce lieu fermé, ultra-sécurisé et qui enferme des personnes au motif qu'elles ne sont pas les bienvenues sur le territoire français. Un médecin rappelle que ce serait pire s'il n'y avait pas d'unité de soins dans ce lieu, mais les soignants sont partagés. L'un d'eux m'a clairement confié qu'il n'aimait pas s'y rendre : *“si je peux éviter, j'évite”*, précisant même qu'il a l'impression qu'à force d'être dans cet univers *“sa nature change”* ; *“je me sens différent”*, ajoute-t-il. Une infirmière est aussi dubitative sur la confidentialité des dossiers médicaux qui *“restent là-bas, dans une armoire”*. Une autre admet que le seul fait de se retrouver dans un tel lieu avec la police, symbole d'autorité, est déroutant : *“on se sent plus étouffés.”* Une autre encore témoigne : *“Je ne serai pas restée longtemps dedans, c'est un milieu très fermé, très particulier et ce qui m'a beaucoup déplu ; c'est le partenariat avec la police, on n'a pas du tout le même état d'esprit donc c'était difficile à vivre.”* Il existe par conséquent un certain malaise chez ces professionnels de santé qui se rendent au CRA. Un

soignant est ainsi gêné d'incarner auprès de ses patients la figure d'une institution ambivalente : *“on se sent pris comme les migrants”*, dit-il, *“on est otages de la situation quand ils sont déboutés ; tous les obstacles administratifs qu'ils rencontrent sur leur chemin et sur lesquels on ne peut rien faire ; [or,] on est quand même des représentants de cet État”*. Chez la plupart des soignants, l'intervention au CRA leur “laisse un goût amer” (Enjolras, 2009). Les soignants sont en effet dans une position inconfortable, conscients de la confusion que cela peut créer dans l'esprit de leurs patients. Certains, comme cette infirmière, se confortent dans l'idée que ces derniers sont capables de faire la part des choses, notamment grâce au port de la blouse. Tandis qu'une autre soignante s'inquiète : *“Nous, on revoit le patient à la PASS et au CRA, vous comprenez, mais lui ne va pas forcément comprendre.”* Cette proximité physique entre police et santé pose question et on ne peut occulter l'idée qu'il peut y avoir des confusions, voire des glissements. *“On pourrait très vite être embarqués ; on est humain et je trouve que quelqu'un qui tient bien la barque comme ça c'est indispensable”*, reconnaît un cadre. Un médecin de la PASS rappelle : *“je ne fais pas de la politique. Je suis là pour faire du soin.”* Un autre cadre abonde dans ce sens : *“Ce n'est pas à nous de trouver une solution politique. Nous, on est là pour répondre à notre mission de soignant.”* Cette question de l'ajustement éthique des soignants aux logiques pénitentiaires et sanitaires a été abordée en sociologie. Et, comme le soulignent Bessin et Lechien (2000) : *“si les soignants se présentent dans une neutralité affective (“soigner sans juger”) et une intégrité déontologique (“chacun sa place”), nous avons observé des manières différenciées de partager les compétences avec les autres professionnels”*. Il ne faut donc pas exclure - et c'est d'ailleurs ce que l'on peut comprendre en écoutant les soignants de la PASS - que “la neutralité affective” peut être mise à l'épreuve en rétention. Ce qui intrigue, à l'écoute de ces témoignages, c'est de voir ô combien le comportement éthique repose sur la personnalité et les convictions des individus, et ô combien ce contexte ambivalent peut peser sur leurs frêles épaules. Il faut donc un cadre, une formation et une force morale pour résister à cette tension intérieure. Dans le même temps, cette proximité physique semble moins susciter d'émotions lors de réunions au cours desquelles les professionnels de santé et les agents de l'administration préfectorale défendent la cause des médecins étrangers pour les régulariser.

En second lieu, les soignants travaillent dans une structure qui constitue une vitrine donnant à voir comment la société prend en charge les exilés. Même s'ils tiennent à se démarquer du personnel politique, la vue transforme les soignants en témoins. Ainsi, ils peuvent attester de la souffrance corporelle et psychique des exilés ; ils consignent dans les

dossiers médicaux tout ce qu'ils ont pu voir et se souviennent des blessures soignées ; ils peuvent par conséquent raconter la faiblesse des corps et leur maltraitance. Ici, la vue engage implicitement les soignants. Mais dès lors, en étant des témoins, ne sortent-ils pas *de facto* de la neutralité ? Ne sont-ils pas toujours sur une étroite ligne de crête, entre les exigences de la loi et les impératifs de la médecine ? J'ai pu assister à un moment assez rare, mais révélateur de cette mise en tension. Il s'agissait d'examen sur les dermatoglyphes digito-palmaires, soit la partie du corps qui donne les empreintes digitales. L'infirmière demande au médecin de regarder si l'exilé en question a des lésions sur le bout de ses doigts - ce qui signifierait qu'il a essayé d'effacer ses empreintes parce qu'elles ont été enregistrées dans un autre pays dans lequel il ne veut pas être expulsé. Le médecin tente de se dégager de l'examen en rappelant que c'est au médecin légiste de le pratiquer. L'infirmière insiste en lui recommandant de dire que ce n'est pas le cas, ajoutant que, dans le cas contraire, le patient sera renvoyé. Le médecin examine le doigt et conclut : "*Je ne vois rien.*" Ici, l'acte de soin n'est pas neutre et l'avis médical peut - sous la contrainte des politiques migratoires - avoir une incidence majeure sur la trajectoire des patients. Cet exemple montre bien la tension que subissent ces professionnels de santé, alors même que le soignant de la PASS n'a pas un rôle d'expert comme le médecin du travail (Dodier, 1993) ou le médecin légiste.

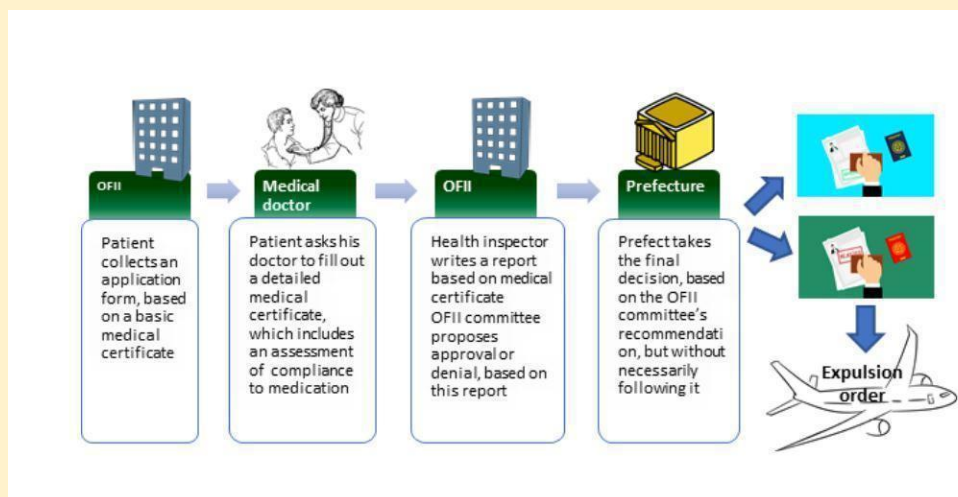
Le recours aux certificats médicaux qui mobilise le jugement médical fait donc partie de ces actes créant un malaise chez les professionnels de santé. Ceux-ci déplorent que des exilés soient interpellés par la police en dehors de l'hôpital alors qu'ils sont pris en charge par ce dernier. "*Les lettres que laissent certains hospitaliers pour leur permettre d'échapper à ces interpellations et donc de suivre leur traitement normalement ; sont sans effet*", s'indigne à cet égard un cadre. Je n'ai pas eu l'occasion de creuser davantage la question de l'usage des certificats médicaux lors des entretiens puisque cette question dans un premier temps n'était pas manifeste. Mais j'ai constaté lors de mes observations que les professionnels - à qui les patients en demandaient - marquaient un recul physique, rechignaient à délivrer de tels certificats et, contournaient la question. C'est en effet un document ambivalent. Le certificat peut être utilisé dans les dossiers de demande d'asile car il atteste de la souffrance psychique ou physique du patient. Il répond aussi à un besoin des soignants de soutenir leurs patients dans leur démarche à l'image de la psychologue clinicienne, Muriel Montagut (2014), qui témoigne : "j'avais alors conscience que la parole d'un 'expert' valait parfois plus - en tout cas au moins autant - que celle des patients eux-mêmes. Entre éthique et stratégie, c'était alors une question d'équilibre à trouver au cas par cas." "C'est un peu pour me soulager la

conscience”, disait-elle, prise dans les mailles d’un système dont la régulation s’appuie sur un positionnement individuel” (Enjolras, 2009). La souffrance devient un élément bénéfique et le certificat une réponse “tactique” (Mestre, 2009). *“Je fais du baratin pour qu’il puisse trouver une place en foyer”*, murmure un soignant, qui ajoute qu’il y a un “effet certificat” parce qu’il y a la signature du psychologue et le tampon de l’hôpital - une signature ou un cachet susceptible de peser sur une décision. *“Des patients veulent seulement avoir un papier pour la gale, comme cela, ils le montrent à la police qui les laisse tranquilles”*, rapporte un médecin exilé. Le Comede²⁴ préconise d’inscrire un maximum d’éléments sur le certificat médical et d’insister sur les risques ou conséquences d’une exceptionnelle gravité pour la santé. Mais une des psychologues explique que ce travail de compte-rendu est négligé à la PASS : *“Ici, pour mettre en place un titre de séjour pour soin, c’est nul. Il y a des choses qui ne sont pas faites parce que ça prend du temps. Il faut écrire, c’est long d’expliquer les choses.”* Ces certificats amènent toutefois les professionnels de santé à se positionner ; ils sont “pris dans un entrelacs d’intérêts et de relations, de pouvoirs et de contre-pouvoirs, qu’il faut tenter de connaître au mieux, sans les maîtriser totalement” (Mestre 2009). Les certificats sont le vecteur d’“une légitimité encombrante” (Enjolras, 2009) ce qui a été d’ailleurs démontré dans un service hospitalier d’infectiologie à Paris (Cailhol, *et al*, 2020). Cela crée des dilemmes sur trois niveaux : la définition de la maladie ou de la santé, les bénéfices et les préjudices, l’issue méritante - ce qui entraîne une “interprétation restrictive des possibilités”. C’est par exemple ce qu’illustre bien le témoignage du médecin généraliste Fabrice Giroux (2005), membre de Médecins du Monde et du centre Primo-Lévi, lorsqu’il souligne à son tour le rôle ambigu du certificat médical. D’abord, il revient sur la complexité d’un exercice qui consiste à attester de faits longtemps après qu’ils se sont produits, contrairement, par exemple, au certificat pour coups et blessures. Les faits évoqués par le patient se produisent dans un contexte politique que le médecin méconnaît largement. De plus, demander à un patient d’exposer les violences dont il a été victime est presque indécent puisque le patient a en général refoulé l’événement et souhaite en parler le moins possible. D’où le risque que le professionnel ne se transforme en policier et son entretien en interrogatoire. De même, il s’agit souvent, aussi, de refaire des examens cliniques ou complémentaires qui peuvent réactiver la douleur de sorte qu’apporter une preuve médicale peut alors aller à l’encontre du soin. Car le

²⁴ Comité pour la santé des exilés qui se charge de défendre les droits des exilés et leur santé.

corps est instrumentalisé pour fournir des preuves, tout comme la psyché devient un “espace de revendication” (Rechtman, Fassin, 2007). Le soignant devient alors celui qui doit distinguer la vérité du mensonge. “Cette vision disqualifie et rend inaudibles les paroles de ceux qui cherchent nos soins, notre écoute et notre protection” (Mestre, 2009). Et pour ceux qui éprouvent des réticences à entrer dans ce système de certificats médicaux, cela peut aussi bloquer la situation des patients. Reste que l’impact ou l’influence des médecins hospitaliers sur la situation d’un patient tend à s’affaiblir puisque cette compétence a été transférée en 2017 aux médecins de l’Office français de l’immigration et de l’intégration (OFII), lesquels dépendent du ministère de l’Intérieur et non plus des ARS [cf. Encadré. Numéro 14].

Encadré numéro 14. Illustration extraite de l’article (Cailhol, *et al.*, 2020)



Les politiques sécuritaires et judiciaires à l’égard des exilés ont un impact sur la manière de soigner ces populations. En effet, les professionnels se doivent de connaître les

textes pour comprendre ce que vivent leurs patients - qu'il s'agisse de l'assignation à un statut juridique, des parcours migratoires souvent chaotiques ou de la nécessité d'obtenir la preuve de leur état de santé. L'office français de l'immigration et de l'intégration possède désormais ses médecins qui examinent les patients souhaitant bénéficier d'un titre de séjour pour soins. La médecine de l'exil est susceptible d'être parasitée : c'est une médecine où le regard clinique est parfois incité à devenir l'œil qui surveille et renseigne.

CHAPITRE 3 :

UNE MÉDECINE DE L'INSTANT

Ce chapitre est consacré au travail médical pratiqué à la PASS. Il l'aborde d'un point de vue microsociologique et vise à montrer comment les frontières géographiques et politiques forment les corps des exilés et par extension, la médecine. Ainsi, j'ai pu observer que les professionnels doivent composer dans leur travail avec l'incertitude migratoire qui plonge, bien souvent, leurs patients dans la clandestinité, l'errance et une vie tourmentée.

Nous parcourons d'abord, dans ce qui suit, les blessures et les pathologies qui touchent les exilés et sont dues à la frontière et à l'errance. Ensuite, nous analyserons les perturbations qu'introduit l'assignation à la clandestinité au cœur des pratiques médicales. Enfin, nous verrons comment les professionnels de santé se détachent de ces aléas liés à l'incertitude migratoire.

I. Corps, soin et frontière : le nouveau triptyque médical

La médecine de demain progresse vers la construction d'un homme augmenté et d'un transhumanisme repoussant les limites du corps au moyen de prouesses techniques et technologiques. C'est, à certains égards, le "rêve thérapeutique" (Illich, 1975) du triomphe de la médecine sur la mort. Sauf que cette technologie éloigne aussi les patients de leurs médecins, comme on peut le voir d'ores et déjà avec le développement de la télémédecine. La PASS donne à voir une médecine qui se déploie à rebours à cette tendance, une médecine où la présence physique des médecins auprès de leurs patients est nécessaire voire indispensable. Quels sont en effet les maux de l'exil et quelles sont les pathologies de l'errance ? Et comment prendre en charge les dégâts causés par la frontière ? Nous montrerons que ces victimes doivent faire face à une double violence, celle de l'exil et celle de l'errance. Chacun de ces processus comporte son lot de souffrances auxquelles les professionnels de santé doivent tenter d'apporter une réponse.

A. Réceptionner les “corps traversés”

La frontière, rappelle Smaïn Laacher (2007) délimite “le dedans et le dehors”, “trace le monde du national et le monde des étrangers”. Elle marque la différence entre les “clandestins” et ceux qui ne le sont pas, car “la marque a toujours existé avec l’homme qui l’utilise comme modalité d’intégration et d’exclusion” (Andrieu, 2008). Les clandestins constituent la majorité du public de la PASS et sont ceux qui “de toutes les nations”, causent “du tort à tous et à tout : au droit, à la législation nationale et aux conventions internationales, aux autres immigrés depuis longtemps installés, à la nation et à ses frontières dont il viole les principes de l’hospitalité” (Laacher, 2007).

Les “marqués” par la frontière sont aussi les malchanceux, ceux qui ont échoué et qui répètent leur tentative de passage en vain. Le corps des exilés est alors une surface sur laquelle il est possible d’évaluer “les effets-frontières”. Camille Schmoll l’a notamment observé en étudiant le parcours migratoire des femmes somaliennes. “Toutes les étapes de ces trajectoires féminines peuvent être relues à la lumière du corps, de ses sensations et transformations : corps qui souffre, corps piétiné et méprisé, corps séquestré et blessé par d’autres corps, mais pas corps perdu, corps survivant. Les expériences de la traversée, tout comme celle de la frontière, sont fortement incorporées (...)” (Schmoll, 2011). À la lumière de ces travaux, je retiens, à ce stade de la recherche, l’idée de “corps-traversés”, qui a été détaillée dans l’introduction de cette thèse. En effet, l’expérience de la frontière s’inscrit sur les corps des exilés et ceux-ci la racontent. David Le Breton (2015) résume bien cette idée de “corps-traversés” : “pour l’homme, il n’y a pas d’autres moyens que d’éprouver le monde, d’être traversé et changé en permanence par lui. Le monde est l’émanation d’un corps qui le pénètre. Un va-et-vient s’instaure entre sensation des choses et sensation de soi”.

Nous le verrons, la frontière est une fabrique d’hommes diminués. Dès lors, le projet médical d’homme augmenté entre en contradiction avec cette médecine médico-sociale pratiquée à la PASS et qui met en exergue non pas la puissance de l’être humain mais bien sa vulnérabilité. Tandis que les progrès médicaux tendent à allonger l’espérance de vie, les travailleurs de la PASS réparent les errements de notre société.

1. La frontière comme facteur de vulnérabilité

L'exilé est une personne en situation de vulnérabilité car, en effet, la frontière tue et en dissuade plus d'un, à l'instar de ce soignant afghan qui raconte avoir "*essayé de passer [alors] que c'était très, très dangereux*". La frontière produit aussi l'errance. Hélène Thomas (2010) indique que la notion de vulnérabilité est de plus en plus usitée par le monde associatif et les pouvoirs publics. L'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) construit en 1998 une définition de la vulnérabilité : "elle est un indicateur de mesure de l'impact potentiel d'une catastrophe sur un groupe, une construction, une activité, un service ou une aire géographique en tenant compte de ses caractéristiques naturelles ou de sa localisation." En ce sens, les exilés incarnent la figure de ceux qui sont exposés à tous les risques - la faim, le froid, les conditions météorologiques, l'absence de travail ou de statut social. Dans les années 2000, c'est le Haut-Commissariat aux réfugiés des Nations Unies (HCR) qui reprend à son compte cette notion de vulnérabilité pour cibler spécifiquement ce public en situation d'urgence. Parmi eux se trouvent, à Calais, des exilés qui sont clandestins ; tandis que d'autres ont une autorisation provisoire de séjour (APS) parce qu'ils ont déposé leur demande d'asile en France ; souvent, pourtant, ils se retrouvent également à la rue faute de place dans les centres d'hébergement ou en raison de la longueur des procédures administratives. Il y a aussi ceux qui ont essuyé un premier rejet de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (OFPRA) et attendent de passer devant la Cour nationale du droit d'asile (CNDA), ou bien ceux qui sont incapables de payer les passeurs et se retrouvent bloqués à Calais, ou encore ceux qui ont effectué une demande d'aide de retour au pays. Tous, quelle que soit leur situation, ont cependant en commun l'expérience de la vulnérabilité. Et tous les patients qui se rendent à la PASS sont alors en situation extrême de "désaffiliation sociale" (Castel 1995) : ce sont des individus qui, sous l'effet de l'exil, ont perdu leur statut (perte d'emploi, de ressources, de repères spatiaux et familiaux) et basculent vers les confins de la "zone d'exclusion" (Castel, 1995). Cette succession d'événements fragilise leur état de santé physique et mental. Un patient afghan, présent depuis neuf ans en France, résumait son quotidien ainsi : "*ce n'est pas une vie ici. T'as pas vu, je suis passé sur France 2. On vit ici comme des petits rats, des petits animaux avec un long museau*" [Carnet de terrain, 2013].

La vulnérabilité chez les exilés est caractérisée par une superposition de maux liée à l'arrachement au pays, l'incertitude du voyage, l'errance. Cet effet sériel en fait les plus vulnérables des vulnérables. Néanmoins, certains soignants s'étonnent de l'état de santé des exilés, considéré comme globalement bon [cf. Encadré. Numéro 15].

Encadré numéro 15. Vers une remise en question du “*healthy migrant effect*”?

“*Cette population, même si elle est en bonne santé, il faut la comparer à ce que j'appelle la population du ‘quart-monde’*”, a remarqué un médecin libéral qui a travaillé auprès d'un public de Calaisiens défavorisés. Il ajoute : “*j'ai quand même été surpris de la confrontation à la précarité [et] ; j'ai trouvé que, finalement, les patients ne s'en sortaient pas si mal que ça ; je n'ai pas trouvé de gens vraiment dénutris, je n'ai pas trouvé de gens en difficulté majeure au niveau santé*”, décrivait un médecin hospitalier qui a travaillé en mission en Afrique plusieurs années. Cet étonnement rejoint une observation réalisée par Patrick Declerck (2001) qui s'en servait pour distinguer des jeunes étrangers “apparemment en bonne santé” des clochards. Les étrangers en exil ont été étudiés en sociologie sous le prisme du “*healthy migrant effect*”, un effet selon lequel les exilés arrivant en Europe seraient ceux dont le corps leur en offre la possibilité parce qu'ils sont vaillants, les plus fragiles restant dans les pays avoisinants leur pays natal. Cet effet a été mis au jour en 1929 par Claire Raymond-Duchosal, qui étudiait les étrangers vivant en Suisse, désignés comme des “immigrés en bonne santé”. Le “*healthy migrant effect*”, cette idée de sélection par le voyage me semble toutefois discutable. De fait, même s'il est vrai qu'il vaut mieux être dans une bonne condition physique pour affronter cette épreuve dure qu'est l'exil, aujourd'hui on retrouve sur les routes et jusque dans les camps de Grande-Synthe et de Calais des femmes enceintes, des enfants, des personnes handicapées et des vieillards (Rodriguez, Tisserand, 2015). Un médecin se souvient d'un patient atteint d'insuffisance rénale et d'hypertension artérielle et était épaté par le fait qu'il soit parvenu à passer les frontières : “*il n'a pas froid aux yeux !*”, s'exclamait-il. En 2016, *l'Aquarius* a sauvé en mer Méditerranée quelque 11 261 rescapés, parmi lesquels 82% d'hommes et 18% de femmes, 25% de mineurs et 21% de mineurs non accompagnés (SOS Méditerranée, 2016). La sélectivité de la migration

semble donc s'estomper à mesure que l'expérience migratoire se banalise ou se généralise. Mais cette remarque au sujet de la bonne santé des patients exilés de la part de soignants s'explique peut-être par le fait qu'au cours de leurs missions humanitaires en Afrique, ceux-ci ont rencontré des patients vivant dans des conditions encore plus extrêmes, ce qui les incite sans doute à relativiser la situation en France.

Frontières et inhospitalité concourent à fragiliser le corps des exilés comme le résume bien Smain Laacher (2007) : "l'échec à répétition, l'éclatement des communautés dans divers lieux et l'isolement, la maladie ou les accidents corporels, le corps qui répond de moins en moins aux sollicitations extraordinaires (courir et sauter dans un train, parcourir des centaines de kilomètres sous les essieux d'un camion, etc.), l'errance qui finit par être une façon de vivre et non un accident de la vie, pour les femmes la crainte permanente du viol ou de la prostitution forcée, autant d'épreuves et de souffrances psychiques qui se traduisent pour les plus fragiles par la dépression, la folie ou le suicide." Ce type d'atteintes physiques est lié au mode de

déplacement et de franchissement des frontières (camions, canots pneumatiques, trains, etc.). On peut en avoir un aperçu lors des audiences au tribunal de Boulogne-sur-Mer, audiences qui font état des méthodes des passeurs et des moyens employés pour dissimuler des exilés (couchettes des camions, coffres de voiture, embarcations de fortune, bateaux de pêche en Manche, etc.). Les exilés de la PASS sont les exclus de Calais (Tisserand, 2013), des indésirables en France (Agier, 2008) et ils se retrouvent dans l'obligation de tisser des liens de dépendance avec les divers acteurs charitables, associatifs et humanitaires pour survivre. Cela, dans un contexte sociétal - celui de l'Occident - dont l'éthique moderne prône que l'individu soit "au meilleur de sa forme", qu' "être individu, c'est avoir la propriété de son soi" (Martuccelli, 2002). Or, la souffrance et les échecs mettent hors-jeu les individus qui perdent cette capacité à rester debout (Tisserand, 2018). Fragilisés, les exilés en errance incarnent parfaitement cette personne "qui n'est pas en mesure de faire face avec ses propres ressources aux exigences de la propriété de soi (promotion, gestion, protection). En d'autres termes, cette vulnérabilité structurelle se donne socialement à voir sous la forme de blessures individuelles" (Soulet, 2005).

Quelles sont donc concrètement les répercussions de l'existence d'une frontière sur le corps des exilés et qui sont visibles à la PASS ? Nous verrons qu'elles touchent aussi bien l'état de santé du corps, que celui du psychisme.

2. Les signes cliniques induits par la frontière

Le temps des exilés en lieu-frontière se décompose entre action et immobilisme. Ils tentent plusieurs fois la nuit de passer la frontière et en attendant la bonne fortune, ils errent dehors dans la ville ou en périphérie : deux épreuves que les "corps-traversés" incorporent et auxquelles les soignants doivent se confronter. La question de la prise en charge de la souffrance psychique des exilés est fortement médiatisée lorsqu'il s'agit de parler de la santé des exilés, déplaçant ainsi au second plan les blessures corporelles et les pathologies physiques qui sont tout aussi importantes. Ces dernières, nous le verrons, sont toutefois mieux soignées que les premières.

a. Guerres et traversées : le récit de la peau

Dans les conditions qu'imposent l'exil, les exilés expérimentent les limites de leur corps, ils s'exposent involontairement au danger et au risque de mort. Lorsqu'ils en réchappent, leur corps est néanmoins atteint par les épreuves de la route : les abcès aux pieds, les doigts sectionnés, les fractures, les hématomes liés aux violences policières, à celles des passeurs, les plaies par arme blanche en cas de rixe, les brûlures, les entorses, les polytraumatisés, les cas de mutilation (des Iraniens se sont cousus la bouche en 2016 pour protester contre la frontière) décrivent les risques des tentatives de traversée. Les barbelés, ce "mur d'interdiction le moins cher, qui a fait ses premières armes dans la grande prairie américaine" (Quétel, 2012) contre les indiens, n'en finit pas de faire des ravages. En Europe, ils sont étudiés de manière à être efficaces encore, à la fois coupants et tranchants. Des exilés se retrouvent ainsi avec des membres percés et arrachés quand ces "corps illégalisés se heurtent à la matérialité de la barrière" (Guenebeaud, 2016). La frontière devient un "facteur de risque traumatique", comme le signale Chloé Lecarpentier (2019), et "une majeure partie de traumatismes aigus sont le plus souvent liés au passage direct de la frontière (contusions, hématomes, chutes en montagne, gelures)". La PASS de Calais réceptionne ces blessés à l'instar des soignants de Briançon qui notaient que "sur le plan orthopédique, 42% des fractures étaient récentes, dues à l'impact direct du passage de la frontière, le plus souvent suite à des chutes en montagne, des prises de risques accrues, ou suite aux conditions climatiques difficiles".



← Les journalistes suivent des exilés qui vont tenter la traversée illégale de la frontière par le Tunnel sous la Manche. ©Chloé Tisserand

Les soignants sont à ce titre confrontés aux "frontières du réel, celles qu'on n'apprend pas dans les bouquins", selon l'expression d'un médecin de la PASS de Dunkerque. Situations surréalistes, et en même temps, bien réelles : les blessures du corps sont violentes pour le regard. Une infirmière qui a travaillé sept ans à la PASS après être passée en pouponnière, se remémore : "*combien de mains arrachées par les barbelés, donc des sutures, des ablations de*

suture ? C'était des brûlures, des pansements de brûlures ; c'était des plaies suite à des chutes, des plaies chirurgicales aussi [et il fallait] faire des prises de sang. C'était des blessures que je ne reverrai pas". Les traces de violence décrites par une infirmière ("*ils ont été torturés à l'électricité, il y en avait un qui avait une plaque dans le dos de brûlure*"), les histoires sordides et glaçantes rapportées par un psychologue ("*un mec qui me racontait qu'on lui avait accroché des cadenas sur les testicules*") sont aussi difficiles à oublier : "*ça reste un peu dans la tête*", confie un médecin. Beaucoup de soignants se disent impressionnés par ce qu'ils ont vu à la PASS. La plupart des blessures très graves (par balle, à la suite de chutes, par électrocution ou choc avec un train) sont directement prises en charge aux urgences, ensuite par les services spécialisés (réanimation, traumatologie, rééducation). Dans ces situations, la PASS n'est certes pas le service de premier recours, mais elle offre un aperçu de ces blessures graves puisqu'elle assure un suivi post-hospitalisation. J'ai pu ainsi, rencontrer des patients sortis des services spécialisés après de graves blessures ou des pathologies lourdes. Je pense par exemple à un exilé qui s'était présenté avec un doigt complètement sectionné, sa bague étant restée accrochée à des fils de fer barbelés. L'infirmière de la PASS a prodigué les soins de suite post-hospitalisation. Ces blessés graves sont comparés par les soignants aux accidentés de la route. Or, les soignants de la PASS ne sont pas habitués, ni préparés à cela. Comme le prévoyait l'analyse Swot, parmi les menaces externes, on comptait celle "*d'un service isolé, en souffrance face à la misère sociale, ce qui peut engendrer un risque psychosocial*". Reste que la vie de la PASS n'est pas seulement rythmée par ces récits impressionnants : la plupart du temps - nous y reviendrons - le corps des patients est atteint par des pathologies saisonnières qui ne présentent pas de caractère d'urgence. Et dès lors, à la différence des services où les techniques médicales tendent à effacer le corps à la PASS, le corps "*qui fait retour*", et "*s'impose dans toute sa présence au moment même où il pâtit*" (Gaille, 2007).

b. Au pied des barbelés, soigner les corps en errance



→ Consultation
médicale avec des
patients albanais à la
PASS. ©Chloé Tüsserand

Le démantèlement
de la “*new jungle*” en
octobre 2016, vient clore
une période marquée par la
multiplication des camps
dans Calais *intra muros* et

en périphérie de ville. Désormais, les autorités empêchent toute tentative de reformation de camps en arguant que des centres d'accueil² existent pour les exilés souhaitant rester en France. Ces mêmes autorités font fi des choix de ceux qui veulent passer en Angleterre. Quotidiennement, les policiers procèdent à des démantèlements et les affaires des exilés comme les sacs de couchage, les effets personnels et parfois les traitements médicaux sont jetés ou égarés. Leurs conditions de vie sont si indignes que même le Conseil d'État a enjoint l'État et la municipalité à les améliorer sous peine de sanctions. Immobilisés au pied de la frontière, ceux-ci sont dans une errance multiforme : à la fois “clochards”, “SDF”, “vagabonds”, “gitans”, ils rappellent les diverses facettes de l'errance (Gueslin, 2013). Les exilés stagnent dans une attente qui peut durer des mois jusqu'à la tentative de passage réussie. Calais est pour la majorité d'entre eux une zone de transit avant l'Angleterre. On l'observe notamment par le fait qu'ils vivent dehors, qu'ils restent des heures à attendre dans l'herbe ou sous un pont, qu'ils dépendent des interventions associatives pour subvenir à leurs besoins. Ils subissent totalement leur situation à telle enseigne que les corps des exilés se relâchent : à la PASS, les regards sont tristes, portés vers le sol, les exilés entrent souvent la tête baissée, ils sont comme empruntés, leur dos est courbé en salle d'attente, leurs visages prennent des airs défaitistes. L'inhospitalité transforme les exilés en SDF. Leurs affections sont d'ailleurs comparées par un médecin libéral à celles des “*populations démunies, comme à la Zup*” [surnom donné à un quartier populaire de Calais]. “La majorité des pathologies dont souffrent les migrants, sont liées à leurs conditions de vie, soit en tant que cause directe, soit en tant que facteur aggravant”, est-il rappelé dans un COPIL PASS. Les soignants de la PASS

traitent des maux saisonniers qu'on retrouve dans un cabinet libéral mais aussi ces maladies de rue décrites notamment par Jaqueline Ferreira (2007) dans ses travaux réalisés au sein des centres de soins associatifs gratuits. "La population reçue", écrit-elle, "est surtout composée de sans domicile dont les affections sont dermatologiques : parasitoses, mycoses et pédiculoses comme la gale et les poux, lésions consécutives aux traumatismes comme les grattages les engelures et les brûlures, enfin, les blessures et les plaies assez connues chez les personnes qui mènent une vie d'errance." Voici une classification réalisée par le centre hospitalier pour décrire les différentes pathologies.

Pathologies fréquemment rencontrées

- Affections ORL : 40%
- Traumatologie : plaies de main, entorses : 15%
- Douleurs articulaires et musculaires : 15 %
- Stomatologie : Abscès dentaires : 10 %
- Affections dermatologiques : gale et autres : 17%
- Affections psychiques et psychiatriques : Syndrome post-traumatique, schizophrène en décompensation, dépression : 3%

Types de pathologies

Chiffres du ©CHC.

À titre de comparaison, voici aussi une classification - assez proche - qu'a réalisée Chloé Lecarpentier dans le cadre de sa thèse à la PASS de Briançon. On voit ici que les problèmes ORL sont nettement moins importants qu'à Calais et que les traumatismes type fractures le sont davantage, et ce en raison des itinéraires montagneux propices aux foulures de chevilles et autres fêlures de membres.

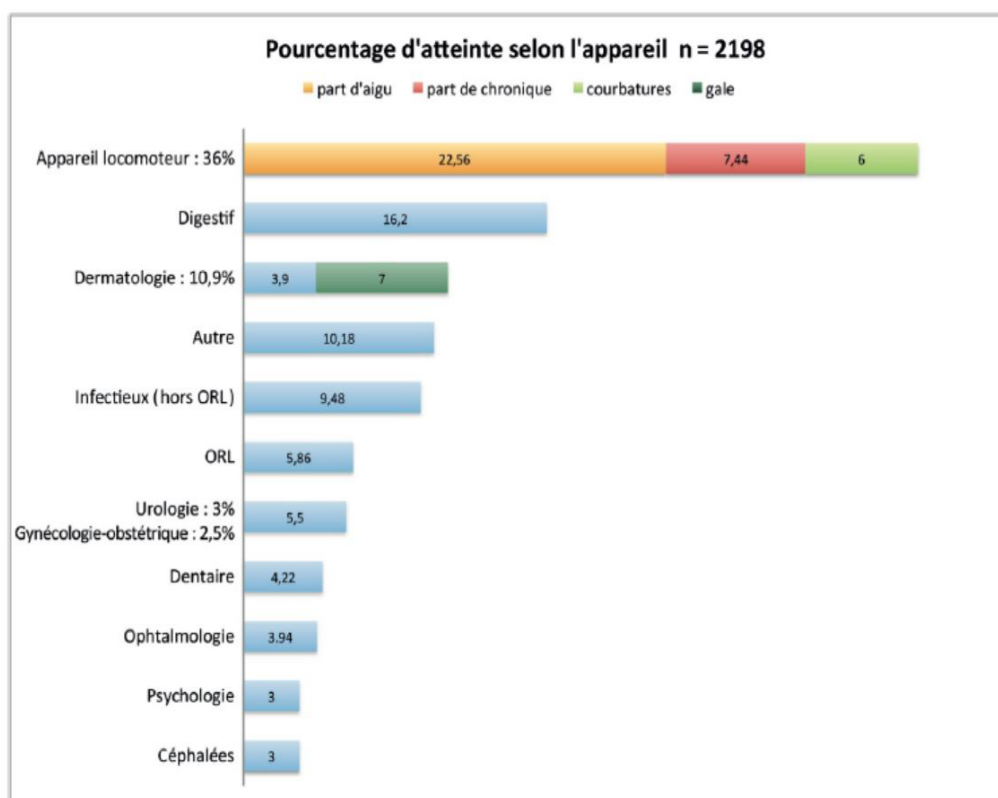


FIGURE 4. Vue d'ensemble des pathologies selon l'atteinte organique n=2198

Photo extraite des données recueillies par Chloé Le Carpentier (2020) dans sa thèse.

À Calais, les affections relèvent apparemment davantage de la “bobologie”, un terme employé par les professionnels pour désigner “le tout-venant” - ou les “urgences non vraies” (Camus, Dodier, 1994). Pour décrire l’activité de la PASS, un médecin libéral la compare à la médecine des tranchées que pratiquait son grand-père : “il y avait des problèmes d’hygiène et peu de médicaments. La médecine des tranchées ; c’était les poux, les diarrhées, la gale, les traumatismes, les pathologies infectieuses.” Reste que chaque pathologie raconte une part du mode de vie et de passage des exilés. Les patients pouvaient arriver pieds nus à la PASS Coubertin, et si des navettes les transportent depuis vers la PASS, nombreux arrivent encore à pied. Ils marchent sans cesse, soit vers les centres d’accueil et d’examen des situations (CAES), soit d’un camp en centre-ville au camp en périphérie, etc. (Tisserand, 2017).



Les soignants prennent donc en charge ces “pieds de vagabond” (Hassin, 1996), ces “pieds de tranchée” (Declerck, 2001) souvent atteints par des phlyctènes (ampoules) dues à une marche intensive et à la fermentation de la saleté dans des chaussures qui ne sont pas adaptées à la taille du pied parce qu’elles sont récupérées auprès des bénévoles [cf. Encadré. Numéro 16].

Encadré numéro 16.

“Depuis deux mois, j’ai un problème de pied.” Le patient a une espèce de tâche au niveau du talon. Le médecin : “Ça n’a pas été ?” “Non”. “Le problème est qu’il n’a pas de bonnes chaussures et pas une super hygiène. Dis-lui qu’il y a des microbes dedans et que ça ne guérit pas. Est-ce qu’il a besoin de cachet ?” “Non.” [Carnet de terrain, octobre 2013].

Les professionnels soignent aussi des problèmes dermatologiques comme la furonculose ou des abcès qui sont dus à l’absence d’hygiène correcte. Comme les sans domicile fixe, les exilés peinent à accéder aux dispositifs répondant aux besoins élémentaires.

En fonction des années et du contexte politique local, des douches étaient plus ou moins accessibles, parfois même, elles étaient inexistantes.

Les pathologies saisonnières (gastro-entérites, grippe, maux de ventre, maux de tête, etc.) [cf. Encadré. Numéro 17] et les “maladies de rue”, comme la gale ou la tuberculose sont un troisième type pathologie.

Encadré numéro 17.

Un Afghan de 25 ans. L’interprète : *“Il dit qu’il a un problème à l’estomac, il est constipé une fois tous les deux jours depuis un mois.”* **Le médecin :** *“la dernière fois qu’il est allé ?” “Ce matin.” “Il y a du sang ?” “Non.” “Il a mal au ventre ?” “Non, mais ça gonfle.” “Je vais lui donner un traitement qui va le régulariser tous les jours. Je vivrai dans la jungle, je serais [moi] aussi constipé...”* [Carnet de terrain, Janvier 2014].

Néanmoins si elles sont toujours relativisées, ces maladies sont en soi difficiles à supporter puisqu’elles atteignent un sujet qui ne dispose pas d’un environnement au sein duquel il est possible de se rétablir correctement, ni de conditions de vie minimalement confortables - que l’on songe par exemple, à l’absence de toilette pour un sujet souffrant de gastro-entérite. Si bien que l’expérience “bénigne” pour tout autre patient atteint d’une maladie saisonnière qui se résout en quelques jours peut s’avérer beaucoup plus compliquée chez un sujet exilé. Les pathologies peuvent aussi être aggravées par les conditions de vie. *“On traite l’urgence de la médecine générale”*, précise à cet égard un médecin. Car ces pathologies “sont certes d’ordre médical. Mais, plus que des problèmes médicaux véritablement spécifiques, elles entraînent un mauvais état général permanent, responsable de complications fréquentes et surtout d’une usure physiologique prématurée” (Hassin, 1996).

Les plaies sont aussi très fréquentes à la PASS. Les exilés peuvent ainsi être blessés

grièvement lors de rixes intercommunautaires ou lors de bagarres où le vol du moindre objet, aussi anodin soit-il, peut générer des violences extrêmes.



← Les secours, pompiers et Samu, sont intervenus lors d'une rixe dans un camp zone des Dunes à Calais. ©Chloé Tisserand

Les passeurs et la “guerre de territoires” sont également à l’origine de violences. En février 2018, aux abords de l’hôpital, des tirs ont été entendus impliquant une centaine d’exilés de différentes communautés avec un bilan lourd : une vingtaine de blessés, dont quatre grièvement. De même, la PASS de Dunkerque reçoit souvent des blessés par arme blanche [cf. Encadré. Numéro 18]. Là encore, les exilés ne disposent pas toujours de lit médical, ce qui rend aussi incertaine la guérison d’une fracture ou d’une maladie plus lourde.

Encadré numéro 18.

Le médecin à l’infirmière : “Pour la personne au coup de couteau, il a rendez-vous avec le chirurgien.” Le patient se rend sur le lit d’examen ; on lui ausculte le thorax. **“Il a un pneumothorax et de l’air passe sous la peau ; il a un décollement pneumothorax à cause du coup de couteau, commente le médecin. C’est normal ; le chir a vu sa radio, il n’y a rien de particulier. La douleur va baisser en fonction.”** Le patient est torse nu, le docteur tire le rideau. **Le médecin : “Il a des douleurs résiduelles de la glace ; la plaie est encore là, ça va tirer sur les muscles.”** L’infirmière lui retire les fils. **“On va lui donner un traitement antibiotique et du paracétamol pour arrêter.”** L’infirmière : **“J’ai remis un pansement ; il peut le laisser jusqu’à demain.”** Le médecin : **“Il revient dans une semaine, mercredi. Il dort dans la jungle.”** [Carnet de terrain à la PASS de Dunkerque, 9 mai 2018].

La création d'une PASS dentaire a permis de dénombrer les abcès, Les caries, Les gingivites. @Chloé Tisserand †



Les exilés sont aussi plus exposés au risque de maladies sexuellement transmissibles. Annabelle Desgrées du Lou, démographe, a montré aussi que la moitié des femmes subsahariennes sont infectées par le VIH après leur arrivée en France parce qu'elles sont exposées au risque de relations sexuelles forcées : “pour tous, hommes et femmes, le fait même d'être un migrant induit un changement des repères et des réseaux et une instabilité économique, résidentielle et conjugale qui peuvent faciliter la prise de risque au cours des

relations sexuelles” (Desgrées du Lou, 2017). À la Maison des femmes en Seine-Saint-Denis, un médecin et une sage-femme ont aussi constaté que le risque de contracter une infection sexuellement transmissible (IST) est plus important durant le parcours migratoire (Conférence, 29 mai 2018). Le rapport PHAME (2015) corrobore ces résultats en soulignant, de manière générale, que la migration est un déterminant social qui expose les exilés aux inégalités de santé. Récemment encore, l'infectiologue Nicolas Vignier rappelait que nombre d'exilés du camp de Melun ont contracté la varicelle pendant la crise de la Covid. Or, ils ne contractent normalement pas cette pathologie dans leur pays, et c'est donc dans nos sociétés qu'ils en sont atteints, qui plus est sous une forme sévère car ils sont adultes. Bref, l'état de santé se détériore sous l'effet des conditions de vie extérieures, et tandis que certains exilés deviennent alcooliques à force de vivre dans les camps, d'autres se droguent. En 2012, à la PASS de Calais, il est apparu que les demandes d'opiacés se multipliaient ce qui comportait

des risques importants d'addiction. Et d'ailleurs, quelques années plus tard, en 2016, se présente à la PASS une part de plus en plus importante de patients souffrant d'addiction.

On saisit à travers l'ensemble de ces pathologies, la vulnérabilité de l'exilé. Un patient s'écriait : *"C'est la France qui m'a donné cette maladie !"*. Dehors, c'est la "maison de la guerre", écrit Marc Bernardot (2018). Comme les SDF, les exilés sont "des SDF étrangers" qui n'ont pas de "base fixe de survie" (Bruneteaux, 2007) et, il est difficile de croiser leur route s'ils ne rejoignent pas la PASS. L'histoire de la migration à Calais n'est ni plus ni moins que la répétition des mêmes logiques, plus ou moins spectaculaires. Selon les années, les exilés ont vécu plus ou moins à la rue, dans des zones squattées, des friches industrielles, dans ces bois que Marc Bernardot (2018) nomment HNO. Le rapport moderne du politique à la salubrité procède d'un renversement historique d'ampleur : dans le rétroviseur, on voit que les empires, très tôt, "se dotent d'égouts, de latrines publiques et de fontaines pour la distribution d'eau propre. Certaines de ces villes nomment et rémunèrent des médecins baptisés du nom grec d'archiatre, afin de soigner les pauvres et de donner leurs soins en cas d'épidémies" (Sournia, 1991) ; au XIXe siècle, on vise la salubrité en poursuivant les pauvres tandis qu'à Calais, aujourd'hui, l'insalubrité devient un argument politique pour les éloigner.

Les autorités refusent d'apporter du confort par crainte de l'appel d'air, soit l'idée selon laquelle l'installation de conditions de vie favorables en France entraînerait des arrivées massives d'exilés en Europe - une idée réfutée par les spécialistes des migrations internationales comme Catherine Wihtol de Wenden (2013) et François Héran (2018). Ce qui fut la "hantise de la marée montante des excréments et de l'ordure", ou encore la crainte d'un



"retour des excréments" (Corbin, 1982), et qui effrayait tant les responsables politiques n'est plus combattu aujourd'hui : ces mêmes autorités laissent désormais aux hôpitaux le soin de gérer l'inhospitalité.

~ La "New Jungle" en 2015 où se trouvaient entre 7500 (chiffre préfecture) et

c. La santé psychique malmenée et mal menée

Les dommages engendrés ne sont pas uniquement corporels. Même si des études datant du XIX^e siècle établissaient un lien entre migration et état psychique notamment à travers la catégorie de “dromomanie”, la prise en charge psychologique et psychiatrique est récente, comme l’illustre l’implantation de consultations exclusivement psychologiques. En 2010, suite à la demande de médecins d’installer des consultations psychologiques, un avis défavorable a été rendu sous prétexte qu’un suivi médical auprès de cette population était compliqué, que le suivi psychiatrique n’était pas considéré comme urgent et que la baisse d’activité de la PASS laissait le loisir aux professionnels de santé de développer leur capacité d’écoute auprès de leurs patients. C’est en 2013, après un rapport de Médecins du Monde soulignant les carences de la PASS, que ce type de consultations a été créé : “l’environnement de la PASS n’est pas adapté pour parler des souffrances psychiques. Une écoute psychologique n’est pas possible dans ces locaux et avec ces modes de fonctionnement. Cependant la PASS doit déménager à la fin de l’année 2012. Les nouveaux locaux devraient permettre une confidentialité et un secret médical plus adapté” (Médecins du Monde, septembre 2013). Avant la création de ce poste de psychologue, les infirmiers étaient en première ligne pour recevoir les récits des patients. Des médecins ont aussi fait état de patients qui se rendaient en consultation à répétition pour des maux de ventre ou de tête ; les soignants ont alors conclu à une somatisation liée à un problème psychique et ont soigné le mal à grand renfort d’anxiolytiques et d’antidépresseurs. La création d’un poste de psychologue grâce à une enveloppe budgétaire de l’ARS leur a permis d’être déchargés du problème. Ainsi, médecins et infirmiers ont la possibilité de déléguer cette souffrance psychique à un professionnel spécialisé. Celui-ci reste sous l’autorité du médecin puisqu’il ne peut ni prescrire, ni établir de diagnostic. On note donc des allers-retours et des discussions entre la psychologue et le médecin pour savoir s’il faut administrer ou non un traitement. Cette relation est plus ou moins efficace, passant de la “*forte collaboration*” pour certains, au manque de légitimité pour d’autres : “*d’entrée de jeu, j’étais mise en défaut*”, déplore à cet égard la psychologue.

Présent à raison de six heures par mois - soit “*un volume horaire ridicule*” selon l’un des spécialistes - le psychologue est intervenu ensuite deux fois quatre heures par semaine pour atteindre sept heures par jour pendant l’épisode de la “*new jungle*”. Il existe aussi à l’hôpital, une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) chargée d’aller à la rencontre des exilés sur le terrain pour prendre en charge la souffrance psychique, sauf que cette mission s’est finalement recentrée sur le public sédentaire du Calaisis (Baux, 2015). Et ce d’autant plus que les résultats ne sont pas encourageants. Le bilan des consultations psychologiques, établi en 2019 est, en effet, bien morose : en 2015, année où la fréquentation a été la plus élevée, seuls quarante-cinq patients ont bénéficié d’un tel suivi.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cet insuccès. Comme le souligne à juste titre un soignant, les exilés “*avaient d’autres priorités [car], ils sont en survie*”. Plusieurs autres hypothèses sont avancées : celle d’un impossible suivi sur le long terme parce que la plupart des exilés tentent la traversée ; celle de la méfiance à l’égard du thérapeute, ou encore celle du caractère inhabituel de ce type de prise en charge. Comme le rappelle en effet un médecin exilé afghan : pour ces exilés, “*malgré la guerre et les nombreux problèmes, c’est l’entourage qui peut être un psy.*” Même si la culture du divan est inspirée de pratiques orientales (Singaravélou, 2021), sa récupération par la psychiatrie occidentale ne s’est quant à elle pas exportée. De manière générale, le “psy” resterait encore associé, dans certaines cultures, au médecin des fous. “*Ils ne sont pas tous enclins à voir la psy ; pour eux, c’est associé à la folie, ce n’est pas naturel. Même s’il y avait cinquante psy ici, il n’y aurait pas de candidats. Ils ne viennent pas même quand on fixe un rendez-vous*”, développe une professionnelle de la PASS. Des adaptations ont été effectuées pour tenter d’attirer les patients : par exemple, le parcours de soin a été facilité pour permettre un accès direct au psychologue sans consultation médicale obligatoire. Mais à l’inverse, d’autres aspects ont semble-t-il été négligés ; on songe ici à la présence très occasionnelle d’un interprète pendant les consultations.

Difficile donc d’attirer les patients. Et lorsque ceux-ci suivent des consultations, les professionnels de santé sont éprouvés. En effet, les récits des patients peuvent en premier lieu les dérouter. Une psychologue témoigne des maux psychiques de ses patients : “*beaucoup d’entre eux ont été exposés à des violences difficilement imaginables, laissant des traumatismes extrêmement douloureux*”. Selon un psychiatre, “*même un ado qui n’est pas traité depuis plusieurs mois, ça s’aggrave ; quelqu’un qui a vu des gens massacrés au Bataclan ou a été violé à Calais vit la même chose*”. Une psychologue ayant exercé en

oncopédiatrie et vécu des moments difficiles professionnellement tels que les décès d'enfants, rappelle qu'aucune formation ne prépare à cela : *“ce n'est pas à l'école que cela se joue”*. Elle n'a certes pas découvert la souffrance à la PASS ; par contre, c'est la première fois qu'elle rencontrait des exilés et la nature de leurs récits, leur force, avaient un caractère inédit. Le naufrage en mer serait un événement qui revient souvent dans le retour d'expérience fait par les exilés ; mais les psychologues affirment que, plus encore que le vécu sur les routes, ce sont plutôt les origines de la migration que les patients confient, ce qui s'est passé chez eux et qui a motivé leur départ. Les blessures psychiques sont à la fois liées au déracinement et aussi à l'exclusion que les patients ressentent en arrivant en France. Certains avouent d'ailleurs avoir l'impression de devenir fous. *“Le fait d'être ici et de ne pas avoir de nouvelles de leur famille est difficile”*, pointe une psychologue. Or, comme le confesse un psychiatre, *“je ne peux pas rétablir le contact entre eux et leur famille”*, déplore ce psychiatre. Il mentionne plusieurs mots ou expressions pour décrire cette situation : *“mal être”, “enlissement”, “impression de ne pas progresser d'un pas”* ; ils *“s'anesthésient à l'alcool, au cannabis, à l'héroïne”, “les rejets, les mini traumatismes, les minis-rejets, ça va réactiver la souffrance première, les difficultés premières”*. Ce vécu et la nature de ces consultations psychologiques ramènent le soignant à sa propre impuissance : *“c'est terrible, c'est éprouvant. Ce désespoir-là, ils le portent en eux et nous le transmettent. Et on se sent souvent, très souvent impuissant à ne pouvoir soulager ; ne parlons pas de guérir leur mal être.”*

Le ressenti et l'interprétation de l'aptitude des exilés à la résilience divergent d'un praticien à l'autre. Ainsi ce psychiatre français ayant travaillé en Afrique estime-t-il que les conditions de vie y étaient finalement plus favorables que dans un bidonville à Calais : *“c'est beaucoup plus dur de travailler auprès des migrants ici que là-bas (...). Pendant mes années africaines : il y avait de la souffrance, de la violence, le VIH ; c'était un calvaire mais ça n'avait quand même pas la même intensité qu'ici. C'était plus humain malgré tout : ils n'étaient pas déracinés, rejetés et traités sans dignité”*. Il précise notamment qu'en Afrique les personnes meurent entourées de leurs proches, contrairement à ce qui se passe à Calais. *“J'ai une admiration qu'ils tiennent encore debout”*, renchérit une psychologue. “Ces épreuves de professionnalité” ont d'ailleurs été analysées par Nicolas Chambon et Gwen Le Goff (2016). Ceux-ci ont interrogé des psychiatres qui admettent “leur difficulté à ne pas comprendre ce dont souffre leurs patients” car cela dépasse “les catégories nosographiques identifiées”. Confrontés à la réticence des patients pour les consultations et aux obstacles cognitifs auxquels ils se heurtent parfois pour comprendre les ressorts de leur souffrance, les

soignants se débrouillent tant bien que mal et deviennent des artisans d'une méthode de travail bricolée.



-Un psychologue lors
d'une consultation dialogue
avec son patient à la PASS.
©Chloé Tisserand

Les psychologues ont des parcours divers et ont recours à des méthodes de travail variées. Cela passe par le positionnement des chaises : par exemple, une psychologue travaille en face-à-

face tandis qu'une autre préfère une configuration triangulaire en se mettant un peu en retrait pour favoriser la relation patient-interprète. Le temps de consultation peut varier entre cinq minutes et une heure. Une psychologue a ses propres notes et n'inscrit rien dans le dossier médical sauf les éléments nécessaires à la prise en soin : *“les dossiers sont électroniques et peuvent être vus de tous à l'hôpital”*, justifie-t-elle. Lors de l'entretien avec son patient - qu'elle peut avoir en face-à-face, sans interprète, puisqu'elle est une ancienne traductrice qui manie bien l'anglais - elle rappelle, comme beaucoup de ses collègues, le cadre et l'objectif de sa mission. Elle témoigne de la confusion qui existe dans l'esprit des patients qui pensent pouvoir bénéficier de médicaments à l'issue de la consultation. Une fois ces explications données, elle laisse le choix au patient de poursuivre ou non la consultation. S'il choisit de rester, elle *“incorpore une certaine logique”* et souligne, pour leur expliquer ce qu'ils ressentent *“que ce n'est pas juste le sort qui s'acharne sur eux”*. Elle choisit de poser des questions élémentaires et s'efforce de rester neutre pour écouter le plus possible ce qu'ils ont à dire. Ensuite, elle peut s'adapter à la situation de chacun : parfois dit-elle, *“il faut faire le maximum en un temps minimum alors je suis plus active, je pose plus de questions, plus ciblées qui les poussent à réfléchir”*. Parce qu'elle n'avait pas l'expérience auprès des exilés, elle s'appuie sur les travaux d'Élise Pestre, cette psychologue clinicienne qui a notamment écrit *La vie psychique des réfugiés*, un livre qu'elle *“recycle à [sa] sauce”*. Son objectif pendant la consultation est d'apprendre au patient à vivre avec sa souffrance et ses *“maux indicibles”* (Fassin, 2004) : *“le but n'est pas de lui faire oublier, mais de porter ça comme une valise*

qu'on garde toujours avec soi". Une autre psychologue décide dans la relation à trois, de ne pas "*se mettre en première ligne*" afin que l'interprète ne soit pas une "*interface*" mais bien un "*cothérapeute*". La psychologue est consciente qu'elle n'a pas de prise sur les réponses de l'interprète, c'est pour cela qu'elle souhaitait au préalable échanger avec l'interprète pour pouvoir le réaiguiller pendant l'entretien. "*On pense avec sa panse [et il faut] panser les plaies*" : elle joue avec les mots pour décrire sa conception du travail et de la relation corps-esprit. Une autre psychologue indique que les premières rencontres supposent avant tout de se faire connaître, "*d'autant que le soutien psychologique n'est pas forcément naturel chez l'Afghan ou le Soudanais. Il y a tout un rapport de confiance à établir une place à trouver*". Pour mettre en œuvre cette démarche, elle explique ne pas les "*aborder frontalement mais de manière informelle ; on discute, ça peut prendre plusieurs journées, voire des semaines*". Cet apprivoisement a été facilité dit-elle par son expérience des voyages, notamment au Caire où, seule, elle est allée à la rencontre des habitants. Avec ses patients, elle essaie de trouver un équilibre entre le fait d'être "*ni insensible, ni trop sensible*", et choisit "*des portes d'entrée*" assez concrètes, comme l'insomnie ou les conditions de vie, pour démarrer les entretiens et tenter de comprendre ce qui se joue. Ces méthodes de travail illustrent les tactiques variées employées par les professionnels mais aussi l'ingéniosité dont ils font montre pour structurer une prise en soin désarticulée.

Les frontières géographiques se répercutent sur les corps des exilés et participent à leur amoindrissement. Ce mal artificiel, producteur d'errance et de vulnérabilité, se manifeste sur les organismes sous forme de pathologies saisonnières, de blessures ouvertes ou psychiques. Pour soigner ces patients, une équipe pluridisciplinaire agit sur différentes zones du corps ; ainsi, la PASS s'inscrit dans le décloisonnement des disciplines en sortant l'hôpital de son relatif isolement (Parizot, 2003).

Mais quelle articulation existe-t-il entre les prises en charge sanitaire et sociale ? Les assistantes sociales peuvent-elles améliorer une situation sociale qui dépend surtout de politiques nationales ?

B. La place du volet social à la PASS

Les assistantes sociales ne sont certes pas des soignantes mais elles ont pour mission de collaborer étroitement avec les professionnels de santé afin de replacer les patients dans le droit de commun. À l'hôpital, elles travaillent ainsi pour assurer une continuité des soins et permettre l'ouverture des droits, mais elles restent "*encore appelées trop tardivement dans les services des étages*", regrette une cadre. À la PASS, en revanche, l'assistante sociale dispose d'un bureau attitré et semble plus immédiatement disponible ; cependant, nous verrons que son activité a été réduite au fil du temps. Comment l'explique-t-on ? Pourquoi la dimension sociale semble s'effacer au profit du seul soin ? Pourquoi les assistantes sociales semblent-elles avoir peu de marge de manœuvre au sein d'un dispositif médico-social ?

Nous verrons à cet égard que la tension entre accueil et prise en charge sanitaire, une tension qui traverse l'histoire des hôpitaux (Parizot, 2003 ; Imbert-Huart, 1996), ressurgit au sein même d'une structure médico-sociale comme la PASS.

1. Une assistance sociale peu sollicitée

Le fonctionnement des PASS en "lieux-frontières" divergent apparemment de celui des PASS situées à "l'intérieur des terres". En effet, ces dernières donnent à voir des logiques de catégorisation et d'arbitrage qu'on ne retrouve pas forcément à Calais ou à Dunkerque. Rappelons que c'est à la condition d'une ouverture de droits que les hôpitaux peuvent bénéficier d'un remboursement des frais engagés par l'assurance maladie. Ces démarches sont complexes (Gabarro, 2012) et parfois infructueuses. Ces tensions entre l'assurance maladie et l'hôpital concernant le remboursement ont des répercussions dans le comportement des professionnels vis-à-vis de l'attribution des droits, comme l'a bien démontré Jérémy Geeraert à l'occasion de son enquête dans plusieurs PASS (2016). En effet, ce dernier explique que des logiques de catégorisation peuvent amener les professionnels à construire des distinctions entre patient jugé comme "mauvais pauvre", consommateur de soins inscrit dans une démarche de tourisme médical, et un patient plus méritant, un "bon pauvre" associé à une

souffrance attestée. Or, ce type d'arbitrage ne se retrouve pas à Calais. L'arbitrage s'effectue surtout lorsque l'assistante sociale doit placer des patients à l'abri en centre d'hébergement. Faute de places, elle doit arbitrer et cet arbitrage est éclairé par le diagnostic médical ; sa décision repose à cet égard sur le degré de souffrance du patient et la gravité de la pathologie [cf. Encadré. Numéro 19]. L'assistante sociale établit la distinction, non entre le "vrai" et le "faux" malade, mais entre le "plus" ou "moins" malade. J'ai été témoin durant mes années d'observation d'une scène le manifestant.

Encadré numéro 19.

Le médecin : *"Quand il était au Soudan il était asthmatique?"* "Il a mal à la gorge, mal dans la poitrine." "Ça siffle ?" "Oui." Il est gêné pour respirer. "Plus la nuit que le jour ?" "La nuit." "Quand il tousse mal, très mal." "Il crache ? Son nez est très souvent bouché ?" "Oui, jaune." "D'accord. Qu'est-ce qu'il a comme traitement ?" L'assistante sociale entre dans la salle de consultation car elle souhaite savoir si le patient, est allé aux urgences pour une crise d'asthme ; ce faisant, elle cherche à savoir s'il peut bénéficier d'un lit halte soin santé (LHSS). Le patient enlève sa veste et est ausculté. L'infirmier : *"Normacol®, on peut donner du Dufalac® ?"* L'assistante sociale : *"Qu'est-ce qu'il a au bras ?"* "Ça doit être une broche." Le médecin : *"Je n'entends pas grand chose."* Il ausculte derrière encore. *"Il n'a pas d'asthme, rien du tout. On peut regarder sa bouche. Est-ce qu'il a des douleurs ?"* Il appuie sur son visage. *"À mon avis il fait une infection ORL chronique avec trachéite ; ils ont dû lui mettre un aérosol à l'hôpital."* L'assistante sociale : *"il me parle de son bras, qu'il a été opéré."* Le médecin : *"C'est une ostéosynthèse."* "Qu'est-ce qu'il dit ?" "Qu'avec le froid, ça lui fait mal. Oui mais ça c'est pour tout le monde, comme les prothèses refroidissent c'est comme si on met de la glace, ce sont des choses que j'ai apprises." L'assistante sociale : *"Il n'y a pas nécessité de LHSS ?"* "Non." "Ou même une mise à l'abri ?" "Moi, je les mets tous à l'abri !" L'assistante sociale : *"Mais il n'y a pas de place. Il est demandeur d'asile en France, il y a peu de chance qu'il soit hébergé car c'est plein à Calais."* "Et il devait ouvrir des foyers un peu partout en France pour éviter de concentrer Calais ; je l'ai entendu dans les médias." "Je ne suis pas informée." "Pourtant vous devriez être la première." Le téléphone du patient sonne l'appel à la prière. Le médecin : *"C'est terrible, on leur dit de demander l'asile et il*

n’y a pas de place.” L’assistante sociale : “Tous les centres d’urgence sont saturés. Il n’y a pas de place, il doit aller au SIAO régulièrement.” “Je vais lui donner du sirop, du Pivalone® et de l’Augmentin®. Ok, bon courage.” [Carnet de terrain, octobre 2015].

On ressent bien ici [Encadré. Numéro 19], la tension entre les dimensions sociale et médicale. Le professionnel de santé est amené à se prononcer sur le cas d’un malade et l’avis médical a des conséquences sur la trajectoire administrative de son patient. Pour autant, mes observations montrent que ce type de situation reste assez rare. Plusieurs professionnels m’ont indiqué que lorsqu’il faut trouver des solutions, ils les trouvent. Il existe par ailleurs d’autres leviers comme le paiement de nuitées d’hôtels par des centres d’hébergement qui permettent au patient d’attendre un peu à l’abri. Ce type d’arbitrage ne se produit pas souvent, non plus, parce que l’entretien avec l’assistante sociale n’est pas systématique : la plupart des exilés ont accès directement aux consultations médicales puis repartent vers leur campement.

Les assistantes sociales des PASS “intérieures” sont fortement sollicitées par les patients pour obtenir des droits ; à l’inverse, dans les PASS “frontières”, les assistantes sociales ont une activité moins soutenue. La plupart des patients, de passage, utilisent en effet

la PASS comme un lieu de soin, plus que comme un lieu de conquête des droits sociaux. “*Il est rare d’avoir des prises en charge au long cours*”, rappelle-t-on à cet égard à Calais. Il est vrai aussi que lors des consultations, les médecins évoquent très peu la présence de l’assistante sociale, présupposant peut-être que leurs patients veulent avant tout passer en Angleterre. Le degré d’interaction entre ces deux catégories de professionnels est du reste faible. À cela s’ajoute le manque d’interprètes pour accompagner les professionnels durant les entretiens. On peut aussi se demander si les moyens de communiquer sur la présence de l’assistante sociale puisqu’on ne trouve pas l’information par voie d’affichage. Liée à une baisse de la fréquentation des consultations sociales, la présence à la PASS Calais de l’assistante sociale a été diminuée durant les années : 1,5 équivalent temps plein en 2013 contre 0,5 en juillet 2016. Cependant, le résultat est le même pour la PASS de Dunkerque où tout est organisé de sorte que les patients passent obligatoirement devant l’assistante sociale après la consultation médicale. L’une d’entre elles a d’ailleurs confié se sentir démunie et avoir, finalement, une marge d’action limitée.

Mais la brièveté des passages à la PASS et la faible fréquentation des consultations sociales n’expliquent pas totalement la limitation du rôle de l’assistante sociale. En effet, le travail de cette dernière est aussi rendu particulièrement difficile en raison des complexités administratives qui résultent, entre autres, de la législation sur l’immigration.

2. Des marges de manœuvre limitées

L’ouverture des droits s’opère surtout lors de l’hospitalisation des patients (post-PASS) dans les services spécialisés. Pour favoriser les demandes d’ouverture de droits, les assistantes sociales se sont employées à sensibiliser les autres professionnels des services des étages à la prise en charge sociale des exilés et à faciliter leurs démarches créant, par exemple, des fiches techniques et des *check-lists* qui sont diffusées. De même, des actions communes ont été menées avec les associations pour préparer ces dernières aux démarches administratives à accomplir.

AME MINEUR

CHECK LIST

Z Cerfa S 3720

Z Bulletin d'hospitalisation

Z Justificatif d'identité

Z Photo

D.LEGRAND / C. BEAUFILS
18.12.17



FICHE TECHNIQUE DE TRAITEMENT DES DEMANDES

AME

CONSULTATIONS EXTERNES

Traitement assuré par le service des admissions

PASS

Traitement assuré par l'assistante sociale de la PASS : envoi à la CPAM avec informations enregistrées au secrétariat du Service Social

HOSPITALISATIONS

- Service des URGENCES et Services d'HOSPITALISATION :
- CERFA accompagné du Bulletin de séjour déposé au Service Social par Mme BEAUFILS (copie reste au niveau des Admissions)
- L'Assistante Sociale et l'Interprète se rendent auprès du patient pour récupérer des papiers d'identité + domiciliation

1^{er} hypothèse :

- > Si récupération de papiers d'identité **avec** domiciliation : l'ensemble du dossier est adressé par le Service Social à la CPAM (comme par le passé)
Le Service Social trace l'info pour transmission à Mme BEAUFILS (remis dans la pochette au Service Social)

2^{ème} Hypothèse :

- > Si récupération de papiers d'identité **sans** domiciliation : l'ensemble du dossier est adressé par le Service Social à la CPAM (comme par le passé) **avec en plus** l'attestation du Préfet justifiant de l'absence de domiciliation
Le Service Social trace l'info pour transmission à Mme BEAUFILS (remis dans la pochette au Service Social)

3^{ème} Hypothèse :

- > Si pas de récupération de papier : CERFA + BS sont scannés, enregistrés par le Secrétariat du Service Social + enregistrement pour statistiques
- > Originaux remis à Mme BEAUFILS (pochette au Service Social) pour transmission à la CPAM

SUIVI DU DOSSIER PAR LES ADMISSIONS : pour info

- > A réception du dossier incomplet, la CPAM envoie une relance par courrier plus relance par mail (Service des Admissions)

Dans les années 1990, on comptait une assistante sociale pour l'hôpital de Calais, puis, avec le temps, l'arrivée d'une cadre est venue étoffer ce service. Pour autant, le volet social peine encore à être considéré par les professionnels de santé et la logique de raccourcissement des durées de séjour, qu'impose la T2A, semble marginaliser davantage le travail des professionnels du social. Les assistantes sociales travaillent donc dans un contexte peu favorable et lorsqu'elles parviennent à accompagner des patients, leurs efforts sont déçus : les dossiers envoyés à l'Assurance maladie pour débloquer des droits sont souvent retournés et rejetés. En 2016, sur un total de 99 dossiers AME constitués à l'hôpital de Calais, 96 ont été retournés car incomplets ; en 2017, sur 98 dossiers AME pour des majeurs, 93 étaient incomplets ; quant aux mineurs, sur les 72 démarches engagées, toutes ont été rejetées car les dossiers étaient, là encore, incomplets. La situation est identique les années suivantes. L'hôpital est donc fragilisé puisque les personnes exilées hospitalisées se retrouvent sans couverture sociale et l'institution privée du remboursement de ses facturations. Certains hôpitaux trouvent alors des arrangements avec les antennes de la CPAM pour pallier ces dépassements de frais. Pendant la "*new jungle*", par exemple, cette dernière a indiqué qu'elle sera "*indulgente*" quant aux documents à fournir (identité, domiciliation, convocation à la sous-préfecture) pour les personnes hospitalisées en séjour long. Mais dans une intervention

à l'Institut convergences migrations (ICM), un cadre d'un hôpital parisien reconnaissait que l'accès inconditionnel aux soins était remis en question, dans les faits, en raison - justement - de ces logiques et contraintes budgétaires. De sorte qu'en l'espèce, pour s'en sortir financièrement, son administration avait été amenée à ne pas prendre en charge certains des patients exilés atteints de pathologies graves ou à reporter telle ou telle prise en charge sanitaire coûteuse. L'absence de justificatifs d'identité freine aussi l'ouverture de droits puisque toutes les démarches en nécessitent. *“C'est un gros frein, l'absence de documents d'identité”*, confirme une assistante sociale, qui ajoute : *“les droits sont conditionnés à un document d'identité donc je ne peux rien faire. Avant, pour demander l'asile, il fallait un récépissé pour l'ouverture des droits à la CMU mais depuis le démantèlement, ce n'est plus le cas.”* Elle précise toutefois, pour signifier que son activité s'est réduite : *“Bon, maintenant rares sont les demandeurs d'asile.”*

En dépit d'un relatif désœuvrement, souligné aussi par Chloé Lecarpentier (2019) à Briançon, les professionnels en charge du volet social de la prise en charge se heurtent à des difficultés byzantines qui affectent leurs conditions de travail. *“L'acteur social ne peut pas tenir. Certains se battent avec la Sécu tous les jours, il n'y a plus de marge. Tout doucement, on leur a enlevé l'intérêt du travail ; les acteurs sont fatigués, usés”*, constate un cadre. Une assistante sociale en donne une illustration lorsqu'elle explique : *“on n'a pas de marge de manœuvre. J'ai vu un Afghan qui avait des plaies aux jambes et je n'avais pas de solution ; il n'y avait plus de place en lits 'halte soins de santé' avec le covid comme les gens restent confinés.”* Il est dur, en effet, pour ce corps de métier de trouver sa place dans un univers verrouillé administrativement et aussi essentiellement médical. Pour résoudre certaines situations, le service social peut néanmoins s'appuyer sur la direction de l'hôpital qui a le pouvoir d'interpeller la direction de la cohésion sociale sur le cas particulier d'un patient afin d'étudier toutes les solutions envisageables. Pour ouvrir des droits aux patients, chacun des acteurs localement usent de *“pirouettes”*.

Cette faible sollicitation des services sociaux à l'hôpital ne suggère-t-elle pas que l'hôpital reste finalement centré essentiellement sur l'activité médicale ? Isabelle Parizot (2003) rappelle que la fréquentation d'un centre de soins gratuits recrée des liens sociaux d'intégration. Elle montre que lorsque l'univers symbolique humaniste prédomine, c'est le lien social qui prédomine. Or, à la PASS de Calais, il semble que ce soit l'univers symbolique médical qui a le dessus. Quelles en sont les conséquences ?

3. Un rôle purement sanitaire ?

Nous verrons que la tension entre social et sanitaire s'observe à la PASS notamment à travers la gestion des douches qui est en cela, semble-t-il, assez symbolique. En effet, l'usage de ces douches a fait l'objet de débats entre les soignants qui reflètent différentes philosophies du soin, mais aussi différentes conceptions du rapport aux patients.

a. La gestion des douches : un marqueur de tension



→ Un agent hospitalier distribue du savon aux patients qui attendent dans le couloir de la PASS pour les douches.
©Chloé Tisserand

À la différence des SDF, qui ont plus recours aux institutions médicales pour leur dimension hôtelière, cette “petite halte” dont parle Benoist (2008), les exilés se rendent surtout à la PASS pour des consultations ou des soins infirmiers. Pour l'année 2014, par exemple, on note sur les différents usages de la PASS, que la prise de médicaments est en hausse tandis que les consultations médicales devancent largement les soins infirmiers. Mais parfois, la PASS est surtout utilisée pour ses douches et beaucoup moins pour

les soins qu'elle dispense. Encore une fois, les événements qui se produisent dans l'année, l'existence ou non de dispositifs humanitaires vont, semble-t-il, faire varier les usages de la structure. En 2012, les douches du Secours Catholique ont été fermées. C'est pourquoi de nombreux patients se sont ensuite rendus à la PASS. Deux douches alimentées par un ballon d'eau chaude de 200 litres ont alors été ouvertes à la PASS. Elles sont nettoyées et désinfectées par les infirmiers et l'interprète, selon la disponibilité de chacun. Des acteurs de santé ont rappelé qu'une *“douche constitue le minimum de la dignité humaine”*, que le manque d'hygiène conduit aux épidémies de gale mais que la question des douches publiques ne doit pas, *in fine*, relever de l'hôpital. Cela paraît anecdotique mais les tensions autour des douches à la PASS disent beaucoup sur la vision que chacun a de l'accueil et sur la façon de le mettre en œuvre. Certains souhaitent les ouvrir le plus possible aux patients. *“Ça a été conflictuel d'emblée parce que lui [un cadre] n'était pas d'accord sur le fait que la PASS soit un lieu où les gens puissent se laver et c'est devenu, cette histoire de douches, un vrai enjeu [à partir du] moment où il y a eu la première grande jungle afghane”*, raconte une infirmière. Pour ces professionnels, les douches participent au bien-être des patients et constituent aussi un véritable service rendu à une population tels que l'étaient, et le reste encore, les bains-douches. Ces lieux ne sont pas que des espaces d'hygiène, ils créent aussi des *“interactions d'hospitalité”*, *“les bains-douches ne relèvent pas d'un simple service : si la fonction d'hygiène n'est pas discutable, l'accueil d'autrui y est une condition commune, l'attention à l'autre une nécessité”* (Lévy-Vroelant, 2016).

D'autres professionnels souhaitent plutôt les utiliser à des fins strictement thérapeutiques : *“ça t'énerve, t'es pas là pour donner une douche. Nous, on n'est pas un centre de douches, on est un centre de soin. La douche fait partie de la thérapeutique. On n'est pas là pour pallier [l'absence d'] un centre d'hygiène”*, résume un infirmier. *“Ils disent qu'ils ont la gale pour avoir des douches mais c'est une ressource très chère, on devait les garder pour les gens qui avaient vraiment la gale alors certains n'étaient pas contents”*, justifie un médecin exilé. L'enjeu de la gestion des douches à la PASS est en fait un révélateur du positionnement des soignants par rapport à cette frontière - étanche ou poreuse - entre le social et le sanitaire. Une année, les soignants ont ainsi décidé de les fermer parce que les exilés ne se rendaient plus à la PASS que pour se laver. *“On ferme les douches, comme cela on voit les gens qui sont vraiment malades”*, indique un cadre. Les cadres ont en effet tranché : ils réservent les douches à un usage thérapeutique, ce qui signifie que les exilés peuvent y accéder seulement s'ils ont un problème médical de type gale. Il est étonnant de constater que l'usage

du terme “douches thérapeutiques” n’a, à la PASS de Calais, plus la même acception que celle qu’Isabelle Parizot (2003) avait notée. En effet, elle indiquait que le terme visait à éviter la stigmatisation de patients dont l’hygiène fait défaut et permettait de les inciter à prendre une douche de sorte qu’il soit propre face au médecin. Or, à la PASS de Calais, le terme “douches thérapeutiques” est employé pour circonscrire l’usage du lieu à un univers médical. Le nettoyage des corps (Peneff, 1992) n’est pas dogmatique. L’hôpital rappelle alors qu’il est avant tout un dispositif sanitaire avant d’être un lieu d’accueil, ce qui le distingue des lieux de vie associatifs. Toute la difficulté, pour l’institution, est en réalité de trouver cet équilibre entre sanitaire et social, mais aussi de cadrer l’accueil social. C’est ce qu’ont observé aux urgences, Nicolas Dodier et Agnès Camus (1994) : ils notent que pour apaiser les revendications des SDF, l’hôpital étudié avait organisé une distribution de soupes et de matelas, laquelle a été bien vite réservée aux seuls patients pris en charge pour des problèmes de santé.

À travers cette tension entre le sanitaire et le social se jouent des divergences philosophiques sur la relation de soin, le rapport au patient, la conception même de la prise en soin. “Si le titre d’infirmière diplômée d’État est créé en 1922 (Arborio 2001), c’est la création du diplôme d’assistante sociale en 1937 qui contribue à distinguer les dimensions sociales et sanitaires de l’accompagnement” (Serre 2009). Et par extension, cette distinction entre sanitaire et social semble aussi s’apparenter à une distinction entre technicité et relationnel. Ici, nous analysons cette tension en nous intéressant au rapport à l’écoute et à l’attention accordés au patient.

b. Tension entre le biologique et le biographique

L’accompagnement social des patients s’appuie en général sur l’écoute, la compréhension des difficultés et le repérage des besoins. C’est une des expressions de ce gouvernement de la raison humanitaire qu’a notamment exploré Didier Fassin (2004) en étudiant les lieux d’écoute. Le recueil des récits de vie est au centre de la prise en charge car il permet d’attester des violences subies et devient un passeport pour accéder à des droits (Mbaye, 2009). Cette parole est notamment utilisée lors du passage devant l’Office français des réfugiés et apatrides (OFPRA), qui évalue la crédibilité du récit. Les exilés sont ainsi invités “à se dire”. Selon Isabelle Astier et Nicolas Duvoux (2006), les dispositifs sociaux sont

de plus en plus conditionnés à l'effort fourni par les individus et à leur capacité à produire un discours cohérent sur leur malheur. Nicole Aubert et Claudine Haroche témoignent même, en ce sens, d'une véritable "injonction à se rendre visible" (2011). Elles expliquent que la société oblige l'individu à s'exhiber de manière incessante. Cette pratique du récit de soi est culturelle comme le reprecise Chloé Lecarpentier qui souligne que "parler pour libérer" est une tradition européenne : "l'approche thérapeutique par la psychanalyse et la psychothérapie, fondée sur notre représentation du bienfait et de la nécessité de la parole, est un héritage européen que l'on ne retrouve pas nécessairement dans d'autres cultures. Parfois cette approche est rejetée et ressentie comme une atteinte à l'intimité" (Lecarpentier, 2019). Reste que la place de la mise en récit qui est semble-t-il dans d'autres PASS prépondérante - notamment pour évaluer si le dispositif PASS leur est destiné (Geeraert, 2016) -, cette attention est difficile à mettre en œuvre à Calais. Durant mes observations, j'ai constaté qu'on sait finalement très peu de choses sur le parcours biographique des patients. Selon les soignants interrogés, les exilés seraient beaucoup plus introvertis que les patients non exilés : "*là où il y aura peut-être des différences culturelles ce sera dans l'expression des émotions, beaucoup de pudeur et une grande difficulté à exprimer les choses, [la volonté] de rester plus factuel et ne pas exprimer le 'je' comme vont le faire les patients habituels*", signale ainsi une psychologue. Il faudrait "*y aller au pied de biche*" pour accéder à leur récit. "*La pathologie psychiatrique reste un tabou*", note pour sa part Chloé Lecarpentier à Briançon. "*Ce n'est pas facile de parler de ses états d'âmes et cela doit faire remonter des souvenirs terribles*", suppose de son côté une professionnelle. Un psychiatre constate que le corps sera mis en avant pour exprimer la tristesse, que le soma est plus présent que la parole.

Nous le verrons d'ailleurs dans le chapitre suivant : la raison culturelle est très souvent invoquée pour expliquer des situations inaccoutumées. Le récit est difficilement accessible, également, parce que des professionnels préfèrent respecter la pudeur des patients, s'éloignant ainsi de l'intrusion impudique. "*Ils n'ont pas forcément envie de parler quand ils viennent ici. Je ne vois pas pourquoi je les forcerais [car] mais ce n'est pas de leur parcours dont ils parlent quand ils viennent faire les pansements*", indique en ce sens une infirmière. "*Ils n'aiment pas qu'on leur pose des questions sur leur problème*", rappelle de manière informelle un infirmier. Ces professionnels de la PASS préfèrent accepter les silences des patients. On pourrait penser qu'il s'agit d'un artifice pour pallier les carences linguistiques ou occulter leur propre impuissance face aux souffrances et à l'errance des patients. Une autre hypothèse est que les soignants veulent éviter de raviver les traumatismes vécus par les patients et, ce faisant,

éviter de les blesser davantage. La réactivation d'un récit traumatique peut en effet être dommageable. Un psychiatre rappelle à cet égard qu'il est difficile d'aborder un sujet traumatisant lorsque les patients sont dans l'errance : *“c'est même déconseillé de les amener à le verbaliser car l'expérience psychotraumatique peut aggraver leur angoisse”*. De manière générale, en effet, *“il faut être ‘humbles’ par rapport aux pathologies psychiatriques”*. Dans cette perspective, ce respect et cette pudeur entrent donc en contradiction avec ce système - si présent aujourd'hui (Astier, Duvoux, 2006) - d'encouragement à se dire et à raconter sa biographie, avec, aussi, cette “confiscation du récit”, voire son “formatage” selon les volontés de l'administration (Chambon, 2018).

À l'inverse, certains professionnels regrettent pourtant que la PASS ne soit pas une structure qui s'intéresse davantage à la vie biographique des patients. Autrement dit, selon ce point de vue, la démarcation entre le sanitaire et le social, qui est le fruit de la division du travail de prise en soin, serait encore trop nette. On l'a vu : il est compliqué pour les psychologues comme l'assistante sociale de déployer tout leur art et ils aimeraient avoir davantage voix au chapitre. *“Au milieu d'un monde de soignants qui regardent le problème somatique, on n'a aucun poids. On reste minoritaires à prendre en compte le contexte de vie de la personne ; certains sont sensibilisés mais ça ne l'est pas encore suffisamment”*, estime par exemple une professionnelle qui indique qu'il est important d'évaluer les conditions de vie afin d'éviter une réhospitalisation. *“On a l'impression qu'il faut que ça [les patients] sorte, qu'on doit faire tourner la boutique : on est pris entre deux feux”*, ajoute-t-elle. Tandis qu'une autre souhaite *“ plus de lien avec les gens à la marge (...). La PASS est très médicale et le social a du mal à se positionner, à trouver sa place.”* Un autre professionnel regrette que *“l'hôpital ne se mette pas en branle pour accompagner la personne”*. Des tentatives ont bien été menées pour éviter de creuser cet écart entre accompagnements social et sanitaire. Une psychologue voulait ainsi décaler les horaires d'ouverture de la PASS de trente minutes pour permettre un échange entre les infirmiers et elle afin de renforcer les liens fonctionnels ; mais son idée a suscité peu d'engouement, *“ce n'était pas possible de faire corps avec l'équipe”*, indique-t-elle. Elle aurait aimé apporter un autre point de vue sur la prise en charge psychologique, *“l'aborder d'une autre manière”*, en considérant notamment que si un patient revient plusieurs fois pour une brûlure intestinale, c'est que quelque chose ne va pas ailleurs : *“Quand quelqu'un a des céphalées une fois, deux fois, trois fois, ce n'est pas normal, il faut qu'on trouve pourquoi il a mal à la tête, il faut passer un peu de temps”*, souligne, dans la même veine, un médecin exilé. Pour ces soignants, le soma est surtout un *“appel au secours”*,

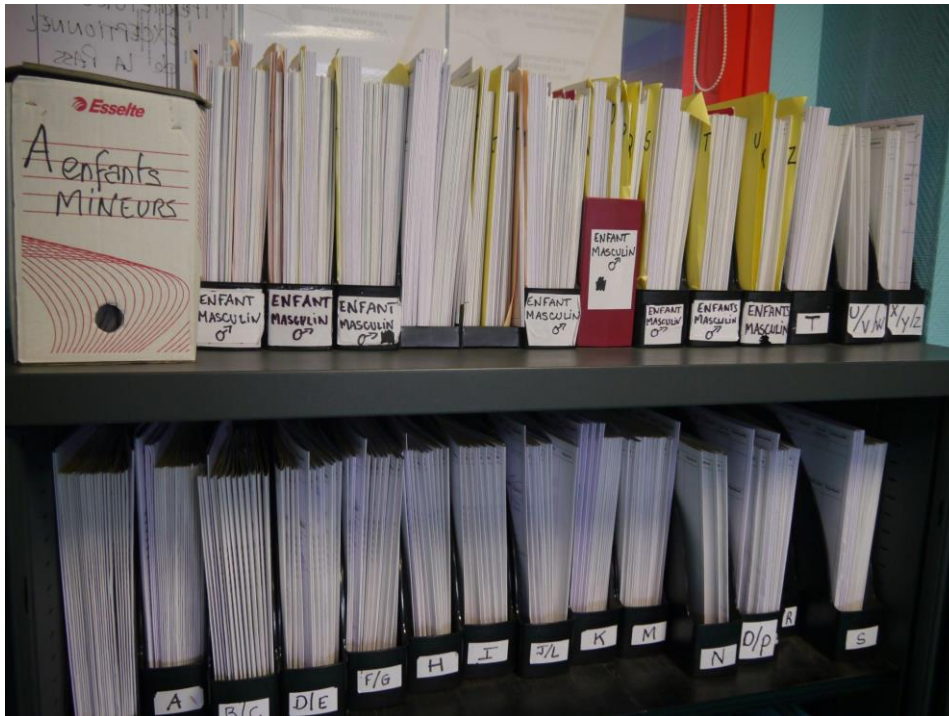
“une demande à notre intention pour qu’on puisse se pencher sur leur sort”, rappelle un médecin libéral. Cette situation crée alors frustrations et déceptions : “il y a une attente de l’équipe à laquelle je ne peux pas répondre. Je veux bien lister les symptômes pour laisser une trace, [signaler] que j’ai vu ces patients mais c’est très clinique, très médical. On tourne en rond alors que le travail psy est quelque chose qui prend du temps.” Cette psychologue rappelle qu’elle n’est pas “un psy à technique” et avait plus d’ambition pour la PASS, notamment en essayant de créer du lien avec des structures d’hébergement en Angleterre. Dans les propos de la direction, l’histoire des patients exilés n’est certes pas mise de côté car “ils ont une histoire encore plus prégnante, douloureuse, dramatique qu’on ne peut occulter lorsqu’on les prend en soin”. Reste que dans les faits, des soignants aimeraient aller au-delà du corps et reprochent à l’accompagnement sanitaire actuel de ne soigner que “l’organe malade” au détriment de “l’intériorité” du patient. “Un médecin généraliste regardera plus le patient dans sa globalité qu’un médecin urgentiste, il écoute tous les éléments avant de poser un diagnostic, il ne fonctionne pas avec un organigramme prédéfini et la métacognition”, confie ainsi un médecin libéral, proche de ses patients. “La PASS est une chose très positive mais pas suffisante. Je pense qu’il fallait fournir beaucoup de choses humaines pour ces personnes-là”, considère de son côté un médecin exilé.

Cette critique de la médecine d’urgence, qu’avait déjà observée Isabelle Parizot (2003), a pour cible ce que ces soignants considèrent comme un manque d’égards envers les patients, qui seraient réduits à une conception mécaniste du corps (Canguilhem, 1965). Ils estiment, en d’autres termes, que la vie n’est pas réductible aux lois physico-chimiques. On retrouve là, à bien des égards, ce “hiatus entre l’accueil et l’urgence” (Bessin, 2003), entre le sanitaire et le social, entre les professionnels de la technique et les professionnels de la relation ; et il existe de ce point de vue une “variabilité des attitudes” (Vassy, 2004 ; Camus et Dodier, 1994) qui peut aboutir à des tensions en interne. Les styles de vie (Drulhe, 1996) et la psychologie offrent en effet une vision plus “socialisée” de la maladie et moins anatomique ; ils requièrent donc des compétences humaines au moins autant que techniques. L’écoute et le temps passés auprès des patients font partie des bienfaits au travail auxquels aspirent ces soignants. En entretien, beaucoup m’ont raconté avoir été heureux lorsqu’ils ont travaillé par exemple au SSH de Jules-Ferry qui ne comprenait que seize lits d’hospitalisation. “J’adorais travailler là. Seize patients...! On a le temps de connaître l’autre et, là, c’est super enrichissant. On avait du temps et on prenait le temps de connaître leur parcours. Eux, posaient des questions sur notre vie. J’avais beaucoup plus d’empathie car j’avais la

connaissance de leur histoire. Sinon, c'est l'usine", se réjouit un infirmier. Ce dernier a d'ailleurs quitté "*l'usine*" pour se tourner vers le soin et remettre au centre de sa pratique la relation humaine.

Il semble donc que cette médecine à la frontière, qui est *a priori* de type médico-social, privilégie en réalité la dimension curative de son activité. C'est le signe de tensions - assez classiques - entre le social et le médical mais, nous le verrons, c'est aussi lié aux caractéristiques d'une population de passage. Nous montrerons en effet qu'il est difficile d'intégrer l'incertitude migratoire dans la pratique médicale tant elle multiplie les obstacles au soin - identité floue des patients, suivi médical quasi impossible, enjeux de santé relégués au second plan par les patients eux-mêmes, etc. De fait, l'incertitude migratoire modifie en profondeur le travail médical et exige que les professionnels de santé adaptent sans cesse leurs pratiques.

II. Quand les frontières politiques conditionnent les frontières du soin



- Les dossiers médicaux témoignent du nombre de patients qui fréquentent la PASS. ©Chloé Tisserand

La migration bouleverse les pays européens qui se sont longtemps pensés terre d'émigration (Noiriel, 1988). En découle une réflexion, qui inonde la pensée contemporaine et privilégie la perspective du reflux des exilés hors des frontières de l'Europe au détriment d'un raisonnement qui viserait à essayer de les accueillir. Ce bousculement des institutions européennes par la migration révèle aussi des États et leurs institutions, qui peinent à combiner principe de solidarité et réalité de l'ouverture sur le vaste monde - ce que l'essayiste David Goodhart (2004) appelle le "dilemme du progressisme".

Comment ce bouleversement se traduit-il à échelle micro-locale de l'hôpital ? Représente-t-il un défi dans une institution qui prône la solidarité ? Existe-t-il des difficultés à accueillir l'Autre ?

A. Incertitude des trajectoires des patients : l'impossible suivi médical

Le passeport représente la puissance qu'ont les États-Nations et sa capacité à contrôler les entrées sur leur territoire : il permet de garder une trace de ses détenteurs au sein des institutions administratives et organise le droit de circuler (Diaz, 2014 ; Noiriel, 2012). Ainsi, dès le XIXe siècle, les individus dépourvus de papiers d'identité sont punis. Le criminologue Alphonse Bertillon, créateur de l'anthropométrie judiciaire, cartographie les corps et les données recueillies servent à établir des fiches signalétiques. Nomades, vagabonds, usurpateurs d'identité tel que l'incarne Martin Guerre, peuvent alors être emprisonnés ou expulsés. Aujourd'hui, le rapport à l'identité est un enjeu des politiques migratoires : quand les exilés vivent dans le secret, les forces de sécurité sont au service d'une vérification des identités (photo, empreinte...), démarches susceptibles de déclencher une procédure "Dublin". Mais à la PASS, il n'existe pas de "frontières de papier" (Diaz *in Arte*).. Comment, alors, dans une nation et institution réputée bureaucratique prend-on en charge des individus sans documents d'identité ? Quels en sont les enjeux pour les professionnels de santé ? Comment obtenir une identité médicale sans identité civile ?

Nous verrons, dans ce qui suit, combien les frontières politiques contribuent à redessiner les frontières du soin, et comment les soignants usent d'ingéniosité pour maintenir leur arc de travail (Strauss, 1992).

1. "Les Mohamed Ahmed nés le 1^{er} janvier" : le casse-tête des identités

En apparence, la médecine à la PASS semble simple comparée à celle qui se déploie dans les services spécialisés, elle est en réalité assez complexe. Lorsqu'ils les accueillent, les soignants ne savent en général rien de leurs patients qui, pour la plupart, se rendent de manière sporadique à la PASS. Les consultations sont souvent éphémères et la relation impersonnelle. À l'inverse, du médecin de campagne qui suit toute une famille pendant des années, ici, "*le patient est quelque part anonyme*", comme l'indique un médecin de la PASS. Dans le bureau d'accueil et d'information dit "bureau d'enregistrement", le personnel infirmier, aidé par l'interprète, peut passer jusqu'à deux heures à rechercher le dossier médical du patient qui se

présente. Au point parfois de perdre du temps de soin sacrifié aux exigences du travail administratif. Effervescence et concentration sont palpables en ces débuts d'après-midi [cf. Encadré. Numéro 20].

Encadré numéro 20.

Dans le “bureau d’enregistrement”, la secrétaire médicale est derrière son ordinateur, concentrée pour essayer de trouver la trace d’un passage antérieur du patient. L’interprète, accroupi, regarde pêle-mêle les boîtes de classement installées dans un des meubles, tandis que l’infirmier, assis avec un tas de dossiers commençant par la lettre A posé sur les genoux, les égraine pour trouver le bon nom. Puis, chacun se remet de ses échecs, se relève, se croise pour chercher un indice sur une autre étagère. Peut-être la plus petite contient-elle les dossiers de “*ceux qui viennent régulièrement*”? “*Demande à la dame si c’est vraiment son nom. MDM (Médecins du Monde) c’est mal écrit. Ça fait vingt minutes que je cherche après le Monsieur et en fait ce n’est pas pour lui, c’est pour sa femme*”, rôle un infirmier. L’autre infirmier demande au patient : “*Sorry Mister, your exact name : Kapedoc ? Kameda ?*” Le premier infirmier souligne : “*Attends, il montre ses papiers (reçus de MDM), ça ira mieux. KAPEDOC, comme ça.*” L’autre infirmier : “*A or e ?*” “*Tiens, j’en ai un là*”.

Si au bout de toutes leurs tentatives, les soignants ne parviennent pas à trouver le bon dossier, ils en recréent un. Parfois, il existe aussi des bizarreries. L’interprète bougonne : “*là, on se retrouve avec trois dossiers pour une personne !*” Il découpe les deux autres dossiers. “*Sinon comment on fait pour écrire?*” L’interprète s’adresse au patient : “*attends, je vais corriger ton prénom. Voilà : trois dossiers, une solution !*” L’interprète a collé les données des deux dossiers sur le premier dossier pour faciliter la tâche des médecins et la lecture des informations [Carnet de terrain, 2015].

Cette étape de l’accueil est - on le voit - un véritable casse-tête. La plupart des patients donnent le nom de leur père pour s’identifier. L’identité délivrée aux professionnels de santé est souvent fautive. Sous la menace d’une expulsion que fait planer le règlement Dublin III,

les exilés sont en effet contraints de vivre dans l’anonymat et de laisser le moins de traces possibles dans les pays traversés. *“Beaucoup sont nés le 1^{er} janvier. C’est merveilleux cette date ! Moi ce serait plutôt le 31 décembre pour les impôts”*, plaisante un soignant [Carnet de terrain 2015]. Les infirmiers blaguent en disant qu’ils ont encore un *“Mohamed Ahmed, né le 1^{er} janvier”* parce que c’est souvent l’identité qui est utilisée par les patients. *“Pour certains, ce n’est pas la même date, la même année. S’ils s’appellent Barack Obama ou Mohamed Ali même si l’identité n’est pas la vraie, tant que cela nous permet de pas les confondre...”*, rappelle un cadre un peu fataliste. Pour certains, les dates occidentales ne sont pas les mêmes que dans leur pays et certains peinent vraiment à donner leur âge ou leur année de naissance - quand ils les connaissent. Les soignants accumulent ainsi les dossiers homonymes. *“C’est spécifique à Calais. Ils vont jusqu’à brûler leurs empreintes et cela, il faut le faire comprendre aux autorités”*, souligne un cadre. L’identité des patients n’est donc pas aisément saisissable. À aucun moment il n’est demandé de papiers d’identité. Les soignants sont dans un positionnement inverse de ce que décrit Dorothée Prud’Homme (2015) à l’égard des Roms et des agents d’accueil qui les reçoivent aux urgences : *“Les agents rencontrés estiment en effet que les ‘Roms’ dissimuleraient volontairement leur identité et leur adresse. (...) Corinne, l’agent administratif des urgences de l’Hôpital public, s’amuse de constater que ‘tout à coup’ les usagers qu’elle identifie comme roms ne ‘savent plus parler français’ quand il s’agit d’indiquer leur adresse. Le caractère volontaire de la dissimulation est pour elle évident.”*

L’arrivée d’une secrétaire médicale a largement facilité l’enregistrement des dossiers. Ancienne aide-soignante, elle est devenue la cheville ouvrière de l’administration de la PASS. Son rôle est désormais : elle a notablement contribué à améliorer l’efficacité administrative de la PASS (rangement, classement, tri et dossiers) et a soulagé le reste de l’équipe en les déchargeant, ce qui lui vaut le surnom de *“maman”*. Un classement précis distingue ainsi les enfants masculins, les enfants féminins, ceux répertoriés à partir des années 2000 ; plusieurs classeurs rassemblent les codages, les bilans sanguins, les Trods, les rendez-vous chez le psychologue, les courriers des spécialistes ou encore les comptes rendus médicaux. L’informatisation des dossiers a aussi permis aussi de retrouver un peu plus facilement les derniers passages des patients en fonction des pathologies ou des traitements reçus.

Pour autant, le risque d’erreurs médicales liées à ce que l’hôpital nomme des failles dans l’identito-vigilance (système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l’identification des patients), existe. Des parades ont donc été mises en place. S’il existe le

moindre doute concernant une identité, la consigne est de recréer un nouveau dossier médical ce qui explique que les dossiers médicaux soient en général volumineux : ce sont des “*parpaings de fiches !*”, dépeint un infirmier. Comme on l’a évoqué précédemment, les infirmiers et interprètes sont un filet de sécurité puisqu’ils ont une mémoire plus sûre que les médecins vacataires, qu’il s’agisse des dossiers médicaux ou des visages des patients. Le carton de rendez-vous, comme on l’observe à la PASS de Dunkerque, est aussi un moyen de diminuer le risque de se tromper d’identité ; il permet aux patients d’inscrire leur identité qu’ils présentent à chacun de leurs passages. “*Les urgences donnent une série d’identifiants comme pivoine. Mais moi, j’ai besoin de suivre les patients. Alors, je leur donne une carte qu’ils doivent garder, avec leur nom ou faux nom, et qu’ils présentent dès qu’ils viennent ici. On n’a pas le droit mais je le fais. C’est du rapiécage car le mieux est d’enregistrer les patients via un logiciel dans leur langue*”, souligne un médecin. L’exigence de rigueur est aussi une manière de diminuer le risque. J’ai constaté à plusieurs reprises, un peu avant la “*new-jungle*”, que le médecin cadre et les soignants insistaient sur la nécessité d’être attentifs aux informations concernant l’identité. Il semble que le décès d’un patient ayant un homonyme, à la suite de l’administration d’un mauvais traitement, a marqué les esprits. Après un incident dramatique, pour éviter les fautes d’orthographe qui étaient récurrentes au début de mes observations, en 2013, les soignants ont fini par écrire les noms et prénoms en majuscules en demandant aux patients d’épeler chaque lettre. Afin de limiter les erreurs, un cadre a également proposé de laisser les patients écrire leur nom tandis qu’une infirmière délègue cette tâche au médecin lorsqu’il est lui-même exilé. “*On se trompe souvent sur l’orthographe des noms et prénoms*”, confesse-t-elle, alors “*c’est le médecin qui le marque lui-même comme il est Afghan.*” À la PASS de Dunkerque, les professionnels, confrontés aux mêmes difficultés, repèrent des signes distinctifs qu’ils notent sur le dossier. Ils demandent aussi aux patients de leur indiquer un nom de ville précis pour être mieux identifié, un prénom ou même un surnom tel que “*Batman d’Alep*”. “*On a des champs de fleurs à soigner !*” plaisante un médecin. Le Défenseur des droits a cependant émis des critiques à propos des noms d’animaux figurant à ce titre sur les bracelets remis à des patients exilés - il s’agissait, selon lui, d’une pratique “*attentatoire à la dignité des personnes*”. Cette critique a conduit à une réforme du système d’identification des patients.

Parmi ces procédures, celle datant de mars 2012, traite spécifiquement des modalités d'identification des patients ne pouvant pas donner leur identité. Dans ce cas précis, une identité provisoire est attribuée au patient selon le code suivant « ZZ+liste » de noms fictifs (fleurs) suivi du mot fictif pour le prénom et d'une date de naissance symbolique selon l'âge estimé du patient (01/01/année estimée arrondie à la dizaine la plus proche).

Cette identité provisoire doit obligatoirement par la suite faire l'objet d'une correction selon un circuit de correction préétabli dans la procédure.

Une seconde procédure « Procédure spécifique d'identification non certifiée » a également été élaborée par le même comité de pilotage en mars 2012 avec l'objectif de faciliter le suivi médical et la continuité des soins des personnes en incapacité de produire un document officiel validant leur identité.

Ces procédures sont générales et **s'adressent à toutes nos populations accueillies** et non pas spécifiquement aux migrants.

↑ Procédure d'identification des patients à l'hôpital de Calais. ©CHC

Les professionnels de santé semblent toutefois sereins face à ce risque d'erreur médicale contrairement à ce qui a pu être constaté, notamment, en cabinets de ville. « L'analyse des risques liés à l'erreur de diagnostic ou de traitement est constamment mise en regard avec les risques pénaux encourus par le professionnel, ce qui le place en permanence dans une double contrainte réactivant d'autant plus sa propre souffrance psychique » (Carricaburu, Castra, Cohen, 2010). À l'inverse de ce que suggèrent des études réalisées auprès de médecins généralistes (Macron, 2015 ; Savage, 2014), le risque d'erreur médicale ne semble pas inquiéter outre mesure les soignants de la PASS. « *On travaille en permanence dans l'incertitude encore plus à Calais parce qu'on a cette barrière de la langue. J'étais très serein ; on ne travaille pas dans l'optique de faire une erreur* », rappelle un médecin qui n'hésite pas à envoyer ses patients aux urgences au moindre doute. Un autre estime pour sa part que « *le risque finalement n'est pas très grand* » ; et évoque le bon état de santé de ses patients, en majorité des jeunes sans comorbidités. Et puis, tout indique que le risque ne leur semble pas démesuré dans la mesure où les patients exilés n'ont évidemment pas les mêmes moyens de se défendre dans l'éventualité d'une erreur dont ils seraient victimes. Évoluant dans l'illégalité et ignorant les procédures, il est en effet peu probable qu'ils portent plainte contre les soignants. « *Si vous faites une erreur, elle est sans conséquence. On imagine mal un réfugié, qui est plus fragile et plus sans défense aller à la police* », résume lucidement un médecin - ce

que confirme l'un de ses confrères : *“j’imagine mal qu’on porte plainte contre moi alors que je suis bénévole ! J’y pense même pas avec mes patients.”*

Le dispositif PASS base la relation médecins-malades sur la confiance et non sur la surveillance : en effet, des documents administratifs ne sont pas réclamés et s’ils le sont, c’est seulement pour débloquer l’acte de soin ou l’accélérer ; de même, la véracité des identités n’est pas vérifiée. Cet aléas perturbe les professionnels de santé dans la mesure où ils souhaitent mettre en place un suivi médical avec un archivage des pathologies. Celui-ci est très difficile à mettre en place, aussi parce que les patients sont sujets à de multiples déplacements à échelle macroscopique (d’un pays à l’autre) mais aussi très localisés (expulsions récurrentes des camps), de sorte que leurs trajectoires sont aussi très décousues.

2. La prise en charge médicale des trajectoires fragmentées

Les patients n’ont pas seulement une identité aléatoire : ils ont aussi une identité médicale brumeuse avec laquelle les soignants doivent composer. Le lien entre le patient et son identité médicale est imperceptible : *“on nage dans le flou”*, indique une psychologue. Les *“prises en charge sont discontinues et fragmentées”*, commente de son côté un psychiatre. Se trouver géographiquement proche de la frontière accentue ce “flou”. *“De par sa position frontalière, Briançon est une ville transit, où les primo-arrivants bien souvent, ne restent pas. Ainsi les sérologies demandées peuvent l’être à perte, car les patients ne sont souvent plus sur place lors des résultats (transmis à cinq jours)”* (Lecarpentier, 2019).

Comment soigner sans carnet de santé ? Sans durée ? Comment déjouer l’incertitude migratoire ? Comment établir un semblant de suivi et de prévention ? L’incertitude migratoire signe-t-elle l’arrêt de soins au long cours ?

Les professionnels doivent de fait modifier leur rapport au soin mais aussi l’organisation de leurs prises en charge. Et c’est là toute l’originalité de cette médecine des précaires en contexte migratoire, qui pose des limites au soin et finit par réinterroger les pratiques professionnelles usuelles.

a. Une anamnèse difficilement déchiffrable

Les exilés sont en rupture de suivi ou alors celui-ci l'est en pointillés, selon les pays traversés. Souvent, au cours de leurs pérégrinations, les patients sont en effet dans l'impossibilité d'accéder aux soins, ou sont confrontés à des refus de soins, ou encore ils n'ont pu disposer de certains médicaments que "sous le manteau". On pense ici à l'un de ces patients diabétiques reçu en salle de consultation qui n'avait plus de traitement depuis son départ. D'autres essayent tant bien que mal de suivre leur traitement durant le trajet, de sorte que les professionnels de santé calaisiens découvrent pléthore de traitements provenant d'autres pays, à l'instar de ce malade arrivé en centre de rétention avec un médicament grec dont l'infirmière était incapable de déterminer la nature et la finalité. Le carnet de santé - ou la carte vitale - qui recueille la biographie médicale des patients est naturellement absent des consultations à la PASS. Dans les dossiers médicaux figurent tout de même différents éléments recueillis par le médecin, en particulier des informations concernant l'état civil, la date d'ouverture du dossier, les antécédents médico-chirurgicaux, l'état psychologique, les consultations et soins ou encore les prescriptions. L'information sur les antécédents médicaux est fondée uniquement sur la parole des patients (en présence ou pas d'un interprète) et sur leurs souvenirs plus ou moins flous, ce qui accroît l'incertitude médicale. "*À chaque fois que je dois faire une anesthésie je serre les fesses !*", explique une soignante. *Je fais attention aussi, je vois s'ils ont pris tel traitement, s'il a déjà été soigné. Mais je ne sais pas où il est déjà allé se faire soigner*" [Carnet de terrain, 2015]. On comprend ainsi les hésitations de ce médecin qui tâtonne en cherchant à connaître les allergies d'un patient atteint d'une maladie lourde [cf. Encadré. Numéro 21].

Encadré numéro 21.

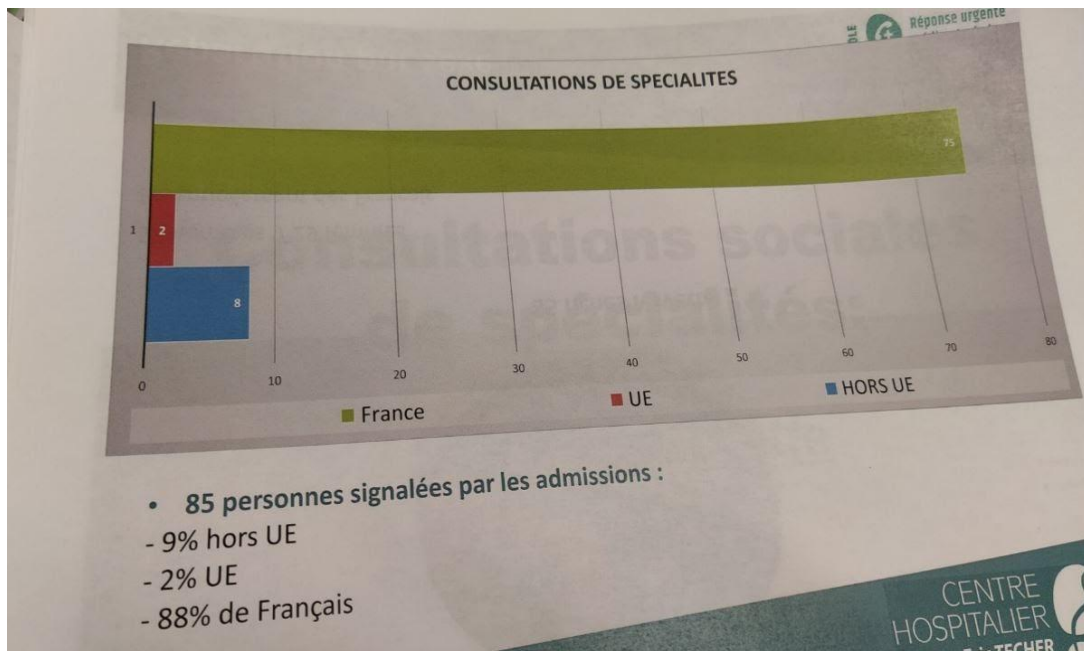
Ce patient âgé a besoin d'un médicament pour son cœur. Il est enrhumé et a mal à la gorge depuis quinze jours. Le médecin veut l'ausculter ; le patient enlève son manteau et remonte son pull. Il montre sa gorge pour signaler qu'il a mal. L'infirmière vient prendre sa tension : *“Le cardiologue lui a prescrit ça.”* Le médecin observe son patient : *“Il est gris ce monsieur.”* L'interprète : *“Depuis trois mois, il est là. Il commence à fatiguer grand-père. Il faut peut-être l'envoyer à l'hôpital ? Sa tension est à 11,7 ; il a été vu vendredi par le cardio.”* L'infirmière renchérit : *“il n'est plus tout jeune pour faire tout ça. Il a mal au genou.”* Le médecin l'interroge : *“Il n'est pas allergique à la pénicilline ?”* L'infirmière répond par la négative. Le médecin se penche sur le dossier : *“Il est allergique ! Attends, si ! C'est écrit dans le dossier. Lequel (produit) alors ? Dans le doute il faut qu'on sache à quels antibiotiques il est allergique.”* Le médecin préoccupé conclut : *“Monsieur est bien malade”* [Carnet de terrain, 2013].

Ce manque d'informations peut aussi nuire à la qualité de soins comme en témoigne un médecin libéral : *“Les gens viennent, ils toussent, on les traite pour une rhino, ils reviennent deux semaines après, puis un mois [après] pour une tuberculose.”* Les soignants peuvent s'appuyer sur le dossier médical pour orienter leur questionnement. Dès lors, pour compléter ce texte à trous dans le dossier médical, un médecin préconise de poser plusieurs questions-types aux patients. Il faut, dit-il, les interroger à savoir *“s'ils prennent des médicaments ? S'ils ont des allergies ? S'ils ont des soucis de santé ? S'ils ont déjà eu des soucis de santé ?”* En procédant ainsi *“ça permet effectivement de connaître et de comprendre un certain nombre de choses. Si on ne pose pas les questions, on n'aura jamais les réponses”*. Cette incertitude concerne en particulier les traitements pris pendant l'enfance ou les maladies contractées, comme la tuberculose qui inquiète beaucoup les soignants. Ceux-ci tentent alors de recomposer le puzzle en usant de stratégies ou en ayant recours aux examens complémentaires. Ils restent toutefois conscients de pratiquer une médecine à l'aveugle, mais ils choisissent néanmoins d'agir plutôt que de ne pas soigner.

D'ailleurs, un infirmier relativise les effets-antécédents en expliquant que, bien souvent, les exilés connaissent leurs allergies, notamment celles liées aux médicaments. Il

ajoute qu'une allergie peut rester bénigne - un peu de démangeaison, pas forcément un œdème de Quincke. Un autre soignant va dans le même sens : *“il y a des traitements qui ont très peu de toxicité.”* *“C’était du symptomatique, on ne sait pas toujours, c’est un coup de chance de ne pas avoir eu de gros problèmes”*, exprime, soulagée, une infirmière. *“Le risque en valait la chandelle, il est moins important que de ne rien donner, c’est pareil que de les opérer, on savait passer la main, je ne pense pas qu’il y ait eu de grosse erreur”*, estime une autre infirmière. Reste que pour la prise de décision thérapeutique, les médecins agissent sans filet, *“à mains nues”* (Bloy, 2008), de manière individuelle et sans la supervision ou l’avis de leurs pairs. À la PASS, les médecins ne décident donc pas en équipe des thérapeutiques à administrer : ils se fient pour l’essentiel à leur propre jugement, comme en cabinet de ville. Et en même temps, en travaillant à l’hôpital, ils disposent d’un plateau technique à portée de main qui leur permet d’adresser directement et plus facilement leurs patients à des spécialistes par mesure de sécurité.

L’identité médicale est aussi difficilement saisissable parce que la santé est reléguée au second plan des préoccupations des exilés. Se soigner ne semble pas être une priorité des patients de la PASS puisque d’autres besoins plus élémentaires et vitaux priment (alimentation, intégrité physique, logement, logistique du passage de la frontière, etc.) *“Or, aucune de ces conditions ne peut être remplie avec des populations en transit, motivées par la seule perspective du départ, coûte que coûte, et préoccupées avant tout par la “reproduction de la force de circulation”* (Laacher, 2005). Dans ces conditions, les professionnels de santé se transforment *“en valet de la normalité”* (Declerck, 2001) : ils sont pris par une urgence qui n’est pas celle des patients, dans un temps qui n’est pas le leur. Toute opportunité de progresser dans le parcours migratoire fait loi ; au point que des exilés refusent l’hospitalisation afin de pouvoir rester à la fois avec leurs compagnons de route et de se donner tous les moyens de traverser la frontière. Déjà en 2007, le personnel de santé faisait remarquer que *“beaucoup de migrants dont l’état de santé nécessite une hospitalisation s’y refusent et se mettent en danger donnant la priorité à la poursuite du voyage. Par ailleurs, lorsqu’ils sont hospitalisés, ils reçoivent rarement des visites et vivent mal cet isolement.”* Aussi les consultations chez les spécialistes ne sont pas souvent suivies.



↑ Répartition des patients exilés et non exilés vers les consultations des spécialistes ©CHC

Ces refus de prise en charge concernent donc l'hospitalisation, mais aussi les traitements, comme j'ai pu l'observer à plusieurs reprises. Je pense à cette infirmière qui a proposé en insistant un vaccin anti-tétanique à un patient éthiopien qui l'a refusé catégoriquement, ou à cet infirmier confronté à un patient n'ayant pas voulu qu'on lui fasse un point de suture pour son doigt. Même si leur état de santé est préoccupant, traverser est la priorité des exilés. *“Des patients se savent tuberculeux ou VIH positif, eux me disent : ‘Mon problème, c'est d'aller en Angleterre, je me soignerai après.’ Que veux-tu faire ? Tu ne peux pas aller contre la volonté des patients”*, fait remarquer un infirmier. On pense aussi à ces patients qui refusent une hospitalisation et propulsent les professionnels à la *“frontière du consentement”* (un médecin). Le refus de l'hospitalisation, *“cette liberté chérie”* (Declerck, 2001) des patients, est décourageante pour des soignants. Et ces derniers se retrouvent dans la même situation que tous ceux qui ont la charge des personnes très précaires : *“nous ne pouvons ni le retenir, ni l'obliger à rien. Il est reparti tranquille, indifférent et mystérieux. Comme tant d'autres...”* (Declerck, 2001). Pour tous ces publics, le recours aux structures médicales par les SDF est *“très aléatoire”* (Benoist, 2008), de sorte que les pathologies graves sont parfois prises en charge tardivement. Que la santé soit ainsi reléguée au second plan nous permet aussi de dire que les exilés ne correspondent pas forcément à l'image qui leur est

parfois accolée, celle de “*profiteurs de soin*” ou de “*touristes médicaux*”. “*Malgré la gravité de leur handicap*”, confirme un soignant “*ce n’était pas une raison pour eux de se faire dorloter ou chouchouter à l’hôpital, de passer une nuit au chaud à l’hôpital ; ils n’en abusaient pas.*”

L’incertitude migratoire introduit, de fait, davantage d’incertitude médicale. Les soignants ont peu de prise sur le “schéma de trajectoire” (Baszanger, 1992) de leurs patients, parce que cette trajectoire - qui correspond à l’organisation de travail déployé pour suivre la maladie (Strauss *in* Baszanger, 1992) - est finalement très contingente. Contingente parce que, nous le verrons, des éléments tels que l’environnement social, les “identités énigmatiques”, la biographie, les émotions participent à modifier le cours naturel de cette “trajectoire”. La médecine des exilés est en quelque sorte une médecine de l’imprévisible. Les soignants doivent donc apprendre à composer avec des patients qu’ils connaissent peu, ce qui, en soi, est assez banal et s’observe aussi dans les autres services de l’hôpital. Nous verrons que leur pratique est aussi bouleversée par la temporalité qui s’impose à eux, obligeant souvent les professionnels à faire le deuil de la guérison.

b. Quand le temps manque pour soigner

Dans ce contexte et s’ils veulent pouvoir s’occuper au mieux leurs patients, les soignants sont pris dans une injonction contradictoire car ils ont appris “*à faire comme s’ils allaient revenir*” tout en s’adaptant aussi à la pratique d’une “*consultation en une seule fois*”, interprète un médecin. Il “*faut s’adapter à ces gens et se préparer à ce qu’ils ne viennent pas*”, résume un cadre. Une certaine temporalité caractérise la médecine des exilés. Ils sont quelques patients à avoir besoin d’être suivis pour une pathologie lourde type diabète, cancer, Sida. Éligibles à une ouverture des droits, ils devraient être pris en charge ailleurs qu’à la PASS mais ces droits étant de plus en plus difficiles à obtenir, une poignée de ses patients sont suivis sur le budget PASS. Pour ceux qui restent, le suivi médical est envisagé mais il est la plupart du temps difficile voire impossible. D’autant qu’en interne, entre 2013 et 2015, les médecins changeaient chaque jour ce qui ne permet pas de créer une relation stable avec les patients. Or, comme Patrick Declerck (2001) l’a noté, la permanence et la régularité sont “les conditions de possibilité” d’une relation : “il faut tenir et être là. Les patients qui passent, qui

s'en vont et reviennent des semaines ou des mois plus tard, doivent pouvoir le retrouver. Immuable. À son poste.” Mais s'il faut “être là” dans l'intérêt des patients, il faut aussi que les soignants puissent miser sur une certaine pérennité de la relation thérapeutique, et donc que les patient, eux aussi soient là. Tel n'est pourtant pas le cas des PASS du nord de la France.

S'adapter à des trajectoires de soin erratiques oblige les professionnels à pratiquer une médecine générale d'urgence et à adapter leurs pratiques avec un inégal bonheur. *“Comme il s'agit d'une approche clinique et brève, indique un médecin libéral. On risque de passer à côté du diagnostic alors qu'en cabinet, on a une surveillance et on donne des consignes de 're-consultation' pour des examens complémentaires.”* La dentiste, par exemple, qui réalise des soins esthétiques en cabinet libéral ne le peut à la PASS où seuls sont autorisés les soins d'urgence : *“je suis là pour traiter l'urgence. En général, on prend des patients qui ont mal, qui ont des traumatismes suite à un choc, à une chute ou qui ont des urgences dentaires comme la pulpite, la nécrose dentaire ou l'abcès. On n'est pas là pour faire de l'esthétique ou du confort.”* L'urgence semble en déboussoler certains comme ce médecin libéral : *“Quand vous voyez quelqu'un régulièrement, vous connaissez sa façon d'être, son métier, ses enfants, sa famille. Quand vous avez un migrant qui se fait soigner, il est quelque part anonyme, il faut un certain temps pour arriver à comprendre. C'est beaucoup plus compliqué et puis ça va aussi un peu plus vite.”* On songe à cette infirmière en maison de retraite qui accompagnait ses patients jusqu'à la mort et se retrouve à pratiquer des soins au jour le jour. On comprend pourquoi les soignants les plus à l'aise avec cet exercice sont bien ceux qui ont une expérience ou formation d'urgentiste.

Faute de temps, des actes médicaux ne peuvent pas toujours être effectués correctement ou, tout bonnement, réalisés. On pense à la prévention qui a besoin d'anticipation et qui, à la PASS, ne peut se déployer qu'au compte-gouttes. *“C'est un peu de l'eau bénite sur du feu parce que pour mettre en place une action de prévention, il faut passer du temps, il faut essayer de voir comment le message est reçu”*, analysera un praticien hospitalier. Une infirmière s'interroge aussi sur le sens de la prévention dans un contexte où les patients vivent dehors. Elle s'est d'ailleurs indignée d'entendre un médecin, conseiller à son patient de s'étirer avant de courir et signale combien les conseils prodigués d'habitude sont, ici, totalement inapplicables : avoir *“du diabète, indique-t-elle, ça veut dire faire du sport, ça veut dire faire attention à l'alimentation, ça veut dire les insulines ; tu n'expliques pas les choses de la même façon à quelqu'un qui vit dans la 'jungle' et que tu ne reverras*

peut-être jamais qu'à quelqu'un qui est dans un foyer, qui a accès à une infirmière, à des repas". Parfois, la technologie vient en aide aux soignants si l'on songe au dépistage des maladies sexuellement transmissibles qui a été facilité par les nouvelles techniques. Ainsi, les tests rapides d'orientations diagnostiques (TROD) s'adaptent à la population exilée puisque le résultat est connu en moins de quinze minutes. Le décalage temporel peut être établi, avec plus de netteté encore, en ce qui concerne la prise en charge psychologique. Les professionnels de la psyché y sont les plus exposés car, par essence, le suivi psychologique ne porte ses fruits que dans la durée. *"Il y a tellement de facteurs qu'on ne maîtrise pas, qu'on ne peut pas mettre en place une procédure ou une stratégie. Il peut y avoir une bonne alliance, ça ne veut pas dire que ça va tenir dans le temps"*, dépeint une psychologue ; qui, comme d'autres, doit apprendre à composer avec le court-terme même s'il peut arriver parfois qu'ils suivent plus longtemps un patient. Une psychologue indique avoir ainsi suivi pendant trois mois - inhabituel - une patiente yéménite d'une trentaine d'années opposée à un mariage forcé avec son cousin et qui avait fui avec l'homme qu'elle aimait.

Le court-terme, en médecine, gêne considérablement le suivi des maladies chroniques et le traitement pour des pathologies lourdes que les professionnels détectent en consultation, telles les cancers, le diabète, l'hypertension artérielle ou le VIH-sida. C'est pour les mêmes raisons et face aux mêmes contraintes que les médecins refusent de prescrire des anxiolytiques dans la durée s'ils sont convaincus que le souhait du patient est de partir en Angleterre. Une telle décision, en effet, comporterait trop de risques pour sa santé. On objectera que cette situation n'est pas propre au petit monde de la PASS calaisienne : même en cabinet de ville, les patients ont cette liberté de respecter - ou non - les consignes des médecins sur l'observance des traitements. Sylvie Fainzang (2001) a bien montré, à cet égard, l'ancrage culturel de cette compliance et du rapport à l'autorité médicale. Mais les conditions d'itinérance des patients les empêchent souvent de revenir à la PASS contrariant, par conséquent, les ambitions des professionnels de santé. *"Mon but est d'aller jusqu'à la guérison et pas de mettre des petits pansements sur une jambe de bois"*, insiste un médecin hospitalier. Mais les soignants soulagent plus qu'ils ne guérissent : ils doivent *"apprendre à guérir de ne pas guérir"* selon le mot de Rousset (2010), puisque, dans la plupart des cas, ils n'ont pas les résultats des soins qu'ils ont prodigués. *"On soulage les symptômes. On n'approche pas la guérison, on soulage"*, résume en ce sens un médecin psychiatre. D'autant plus qu'obtenir la guérison des patients exilés dépend aussi - et surtout - de l'amélioration de leurs conditions sociales. Or, les professionnels de santé, s'ils peuvent témoigner des dégâts qu'elles causent, n'ont aucune

prise sur les politiques migratoires qui créent des situations aussi délétères.

L'assignation à la clandestinité conjuguée aux aspirations migratoires des patients fragilisent largement le travail médical. Les professionnels doivent jongler entre des identités civiles et médicales incertaines. Les premières le sont à cause de politiques migratoires répressives qui obligent les patients à se cacher ; les secondes le sont en raison des choix migratoires de ces mêmes patients, qui ont soit besoin d'accélérer leur parcours ou dont les parcours sont perturbés (expulsions de campements, blessures handicapantes pour accéder aux lieux de soins, etc.). Ces aléas détournent les professionnels de leur mission ; le travail administratif qui leur échoit se fait au détriment de leur mission première qui est de soigner. Qu'est-ce que "soigner" signifie, d'ailleurs, dans de telles conditions d'exercice de la médecine ? Comment, par exemple, parler de guérison lorsque les patients, au sortir de la PASS, retrouvent ces mêmes conditions de vie qui les ont rendus malades ? Guérir entendu comme la finalité instrumentale de la médecine marquée par la sortie de la maladie, est un objectif difficilement atteignable. Comment, dès lors, les professionnels de santé peuvent-ils préserver le sens de leur travail quand celui-ci semble se dérober ? Nous mobiliserons la sociologie des émotions pour sonder la posture des soignants face à une réalité qui semble à certains égards absurde.

B. Une médecine symptomatique de l'impuissance soignante

Il faut mesurer ce que cela signifie, pour des soignants, de travailler au contact des exilés. C'est la confrontation répétée, quotidienne, à des situations de détresse inouïe et de misère ; c'est la nécessité, souvent, de "faire avec" ou de "faire sans" quand les moyens manquent. Au fil du temps, l'usure et la lassitude s'installent. Et parce qu'ils ont l'impression de "*vider la mer à la petite cuillère*", selon la formule d'une infirmière, certains professionnels sont finalement amenés à renoncer à travailler à la PASS.

1. Se sentir inutile, se sentir utilisé

Comme exposé en début de chapitre, la “*frontière du réel*” s’exprime à travers les histoires de vie des patients avec des scènes surréalistes, tantôt cocasses, tantôt dramatiques. Ainsi, un médecin de la PASS de Dunkerque raconte avoir reçu des exilés qui étaient cachés dans un camion de bonbons M&M’s, tandis que d’autres, moins chanceux, se sont retrouvés dans des cuves de produits chimiques. Les récits de torture ou les péripéties du voyage stupéfaient aussi parfois les soignants. Mais la violence s’exprime également au cœur du travail que ces professionnels exercent car leur geste médical se retrouve appauvri - quand il ne perd pas, apparemment, toute utilité.

a. Le tonneau des Danaïdes : la répétition d’une réalité insensée

Les soignants ont pour habitude de soigner des maladies ayant des causes naturelles (microbiennes, virales, bactériennes etc.). De telles pathologies surviennent par malchance, elles peuvent toucher tout le monde, elles sont aléatoires ou résultent d’une déficience de l’état de santé. À l’inverse, les blessures à la frontière résultent d’une création artificielle et humaine. Parce qu’elle est une construction politique et donc réfléchie, la frontière suggère que l’homme rend délibérément malade d’autres hommes. L’absurdité de la situation politique s’observe quotidiennement à la PASS. Un pied bandé descend du lit d’auscultation et se repose dans une sandale usée. Il sera traîné jusqu’à la croisée des couloirs qui mène à la pharmacie. Ce pied bandé aura encore du chemin à arpenter dès sa sortie de la PASS ; car la “*new jungle*” est à plusieurs kilomètres. La majorité des consultations donne à voir le non-sens de l’acte médical puisque les professionnels de santé soignent des patients qui retournent dans les conditions de vie qui les ont rendus malades ; c’est la boucle du sale au sale qui participe à l’annulation du sens même du geste médical. “*Franchement c’est frustrant. C’est frustrant quand même mais qu’est-ce que vous pouvez faire au final ? Nous on est acteurs, ce n’est pas nous qui décidons. Moi, quand je faisais un pansement je me demandais comment j’allais le retrouver parfois je le retrouvais avec du sable*”, regrette une infirmière. La vacuité du travail explose au visage des soignants qui se “*trouvent mal à l’aise, démunis, devant l’absurdité,*

l'incohérence de certaines situations, la détresse et la vulnérabilité de certains migrants”, comme l’avaient déjà noté certains documents internes à l’hôpital. Et ce d’autant plus que les soignants sont pointilleux, notamment sur l’hygiène : à la PASS Ferry 1, une infirmière prenait soin d’organiser son chariot sur lequel elle posait son plateau et alternait entre une main qu’elle salissait et l’autre qu’elle gardait propre pour réaliser un pansement stérile sur un patient qui, lui, portait un pantalon terreux.

Mais plus encore que la réalité de ces tâches un peu vaines, parfois, c’est la répétition de cette réalité qui abat certains soignants. Ces derniers sont comme les Danaïdes, condamnées à perpétuité à verser de l’eau dans un tonneau percé, une tâche absurde et sans fin. Le soin est comme la situation migratoire calaisienne depuis une vingtaine d’années : une répétition inlassable. Une répétition de gestes. *“On refait tout”*, résume ainsi une infirmière. Ce travail routinier, souvent en pure perte, enclenche un processus d’usure. *“À la fin de la journée, quand je rentre je suis trop épuisé, trop triste (...) parce que tous les jours, j’entends les problèmes. Rarement j’ai entendu que les patients étaient heureux”*, témoigne un médecin exilé. Comme lui, les professionnels sont guettés par ce que les spécialistes du management appellent désormais le *brown-out* (i.e. baisse de courant), à savoir une moindre implication dans un travail qui semble avoir peu d’impact sur l’environnement et dont le sens même se dérobe (Baumann, 2018). Certains professionnels salariés déposent leur blouse, ce qui n’est pas le cas des professionnels vacataires qui peuvent trouver un répit émotionnel dans leur autre activité professionnelle. *“Moi, ce n’était pas mon travail de tous les jours, j’étais de passage. Je faisais ce que j’avais à faire, j’essayais de faire le mieux possible. Mais je comprends que quelqu’un qui, tous les jours, est confronté à ça, peut se dire mais qu’est-ce que je fais ? Quelle est la qualité de mon travail ?”*, s’interroge un médecin de ville. Ils ne cachent pas leur difficulté à gérer leurs émotions face aux événements dont ils sont témoins.

La violence subie par les patients se répercute sur les soignants (Rodriguez, Tisserand, 2021). La perte de sens dans le milieu professionnel a été analysée dans divers travaux et reliée directement au management, à la rationalisation et au manque de reconnaissance (Loriol, 2011). La médecine à la frontière interroge cette perte de sens induite par des politiques migratoires dont les conséquences se répercutent avec fracas. *“Une société qui fonctionne correctement favorise la capacité de l’homme à trouver du sens à sa vie, une société en dysfonctionnement ne le fait pas”* (Svendsen, 2003, in Loriol, 2011). Le désir de se sentir utile, cette motivation des professionnels au moment d’intégrer la PASS, est presque étouffé

dans l'œuf par le caractère insensé du travail à faire. Pourtant, à l'inverse de certains soignants en médecine générale qui pensent parfois que "c'est peine perdue" pour les patients (Membrado in Pennec, Le Borgne-Uguen, Douguet, 2014), à la PASS, les professionnels continuent de s'accrocher, de répéter les mêmes gestes malgré l'usure. Leur sentiment d'impuissance ne les amène pas à l'indifférence à l'égard des patients, comme cela a pu être analysé par Monique Membrado à propos des généralistes. Au contraire, ils absorbent cette violence institutionnelle qui surgit à chaque consultation et rejaillit jusque dans leur vie privée.

Les soignants vivent pour la plupart sur le littoral et beaucoup sont affectés par le sort réservé aux exilés à Calais : ils les croisent en effet lors des trajets vers l'hôpital, en surplomb des camps, ou à l'occasion de déplacements privés en ville. Ils ressentent le poids de la culpabilité en constatant l'inégalité de leur mode de vie par rapport à celui des exilés. Beaucoup ont du mal à prendre leur douche sans y penser : "*Ça pose quand même question tous les jours, il faut se mettre une barrière sinon on ne va plus vivre. (...) Moi je dors au chaud et certains dorment dehors*", confie ce médecin libéral. "*La plupart des gens mouillés à Calais ressentent cette culpabilité. On en prend une grosse dose quand on va à la PASS, qu'on passe sur l'autoroute [là où des exilés attendent ou tentent le passage, là où on aperçoit les barbelés]*", confie pour sa part une psychologue. Certains soignants, comme ces deux infirmières reçues en entretien, craquent, épuisées. Le quotidien professionnel déborde sur celui de l'intimité. "*Je n'arrivais pas à décrocher, je n'arrêtais pas de penser à ce que j'avais vu dans la journée et honnêtement, ça me bouffait. Même la nuit j'avais du mal à m'endormir parce que je savais que eux... J'avais du mal à appuyer sur un bouton pour allumer la lumière, la cafetière, mettre mon plat dans mon micro-onde, des conneries quoi mais c'était compliqué*", admet une infirmière qui a décidé de quitter le service parce qu'elle ne "*supportait plus la misère*". À travers ce sentiment de culpabilité, on saisit aussi l'empathie des soignants qui parviennent à se mettre à la place de leurs patients et à imaginer leur quotidien. Mais ce sentiment de culpabilité résulte aussi de ce qu'ils pensent pouvoir faire encore plus et se comparent au travail abattu par les bénévoles. Certains professionnels ressentent ainsi cette "culpabilité [...] ; de n'avoir pas fait assez, d'avoir en somme échoué" (Declerck, 2001). Ces faiblesses qui composent la médecine à la frontière mettent en place un cycle pervers puisque l'usure des professionnels va générer un sentiment d'autoprotection, ainsi, ils s'investissent moins et ce ménagement devient insatisfaisant.

L'expérience de la PASS douche l'enthousiasme des professionnels de santé. Elle

entraîne une perte des illusions que beaucoup nourrissaient en optant pour ce service un peu singulier au sein de l'hôpital, et ce, surtout lorsque l'urgence humanitaire s'aggrave. Les soignants souffrent alors d'un manque de reconnaissance.

b. Les pantins du politique

Parce que Calais est “*éminemment politique*”, les professionnels peuvent aussi se sentir comme des “soignants pantins”, c'est-à-dire utilisés à des fins politiques ou comme les exécutants de politiques que beaucoup désapprouvent. Ils se retrouvent dans une position d'interface entre deux univers qui ne dialoguent pas et entre deux échelles : le niveau macro des orientations politiques générales et le niveau micro du soin et des patients à prendre en charge. Transformés en “agents d'appareil”, ils contribuent alors à la régulation des rapports sociaux (Gadéa, 2013), qui “rendent plus pures” (Thévenot, 1983 *in* Gadéa, 2013) les oppositions fondamentales de classe. Au grand dam d'un médecin qui indique : “*C'est un enjeu, or, ça ne devrait pas l'être*”. Plusieurs soignants ne supportent plus l'hypocrisie qui entoure la question migratoire et sa gestion politico-médiatique. Une psychologue se souvient ainsi de la “psy” de l'EPRUS lui disant : “*J'ai vu les besoins ; il y aura un local et un psy à temps plein. D'un seul coup, tout ce qui était nécessaire est devenu possible, ça m'a dégoûté de voir ce déballage. J'avais l'impression que tout est mensonge, poudre aux yeux, du flan.*” Les médecins les plus anciens ne se font guère plus d'illusions : “*les politiques, ils promettent monts et merveilles et au final rien n'arrive. On n'est pas audibles. C'est le dernier de leurs soucis ; il leur faut gérer la situation de Calais, pas la santé du migrant !*” Un infirmier critique l'effet de communication : “*les politiques, on les voit rarement. C'est très protocolaire. Une fois, Toubon [le Défenseur des droits] est venu sur le site et on n'a pas eu d'échanges.*”

Cette mascarade politique est d'autant plus marquée lorsque des moyens matériels et humains sont déployés avec puissance à l'instant t, et retirés soudainement avec la même puissance. Ce fut le cas lors du démantèlement de la “*new jungle*”, qui a créé une onde de choc chez les soignants. Si les images médiatiques ont donné l'impression que ce démantèlement était réalisé dans l'ordre et le calme, que l'organisation des déplacements en bus vers les CAO était maîtrisée, plusieurs témoignages dont celui des soignants - font

apparaître que tout cela a été exécuté dans la précipitation alors que des échéances électorales approchaient. *“J’ai souvenir avoir appris le week-end en regardant les chaînes d’info continues que ça allait se passer le lundi. (...) On devait le [démantèlement] mettre en place, on était les petites fourmis du démantèlement. Je ne l’ai pas très bien vécu, on ne savait pas où ils partaient. Jusqu’au dernier moment, il y a eu beaucoup d’incertitudes ; on s’est retrouvés au pied du mur”*, s’indigne une psychologue. En effet, le centre hospitalier et les professionnels des PASS Ferry ont appris la nouvelle du démantèlement de but en blanc : ils ont à peine eu le temps d’informer correctement les patients convalescents que le matériel hospitalier a dû être déménagé à la va-vite ; ces professionnels se sont retrouvés à convaincre les patients avec qui ils avaient construit un rapport de confiance de grimper dans des bus sans connaître exactement leur destination.

Ce démantèlement de la *“new jungle”* a abasourdi les soignants : *“Ça a servi à quoi? Ça a coûté énormément d’argent pour un résultat nul. ”* La manière dont cela s’est fait - brutalement sans tact, ni remerciements - leur a donné l’impression de ne pas être considérés. *“C’était une drôle de façon de nous faire ça”*, estime plus modestement un cadre. D’autant plus que les soignants ont été mis dans une position délicate par rapport à leurs patients. *“J’avais l’impression de mettre les gens dehors et de leur mentir”*, se scandalise une infirmière. Les soignants soulignent l’illogisme de la situation et des décisions prises soulignant les efforts fournis presque aussitôt invalidés : les conventions avec les différents partenaires ont été stoppées, les lignes téléphoniques fermées, les commandes pharmaceutiques arrêtées tandis que les différents salariés ont été réaffectés dans d’autres services. Devant tant d’efforts déployés inutilement, les soignants ont perdu la motivation à l’instar de cette infirmière reclassée - pourtant parvenue à se reconstruire grâce à la PASS - qui ne pense plus y retravailler craignant qu’un démantèlement de cette ampleur ne se reproduise : *“on se sentait utiles et d’un coup on nous a coupé l’herbe sous le pied. Psychologiquement, je n’ai pas envie d’y retourner comme quelqu’un qui a vécu un divorce, ça s’est fini en queue de poisson.”* La reconstruction professionnelle qu’a pu permettre la PASS n’est pas totale puisque ce processus peut être stoppé et inversé.

2. Le contraste émotionnel des soignants dans leur relation aux soignés

Les soignants usent du cadre et des règles posées par l'hôpital comme pare-feu et pour "tenir" émotionnellement au travail. Ils peuvent toutefois se retrouver pris en tenaille entre leur identité personnelle et leur identité professionnelle. Leur don est alors mis en situation (Sartre, 1985), et mis à l'épreuve des normes hospitalières.

a. Déroger à la règle par empathie

Il existe des "ajustements situationnels" (Baszanger, 1981) au cours desquels les professionnels veulent répondre au principe d'humanité, débloquer une situation absurde ou donner libre cours à des valeurs personnelles qui, alors, prennent le pas sur leurs valeurs professionnelles. Les sorties de cadre surviennent surtout par excès de compassion et aussi parce que la réalité insensée met à l'épreuve les résistances émotionnelles. C'est le cas de ce médecin confronté à un enfant qui souffrait d'endocardite et qui n'avait pas d'hébergement : *"il grelottait, il n'était pas bien ; je dis : 'bah mince, on le met où ?'"*, relate-t-il, avant de décider, contre toutes les règles, de le laisser dormir une nuit à la PASS Coubertin. On pense aussi à cette infirmière qui a *"pris sous [son] aile"* un Érythréen, hospitalisé en neurologie et dont les muscles étaient atrophiés (trois personnes étaient assises sur ses jambes pendant douze heures dans une embarcation) : *"il me faisait pitié"*, confie-t-elle. *"Prendre [en charge] la misère des gens avec des sévices comme des viols, si tu es fragile psychologiquement et physiquement, ce n'est pas la peine"*, éprouve une infirmière qui a fini par arrêter de travailler à la PASS. Parfois, de fait, les situations leur paraissent tellement déraisonnables et invraisemblables que les soignants s'affranchissent du cadre imposé par l'hôpital comme lorsqu'ils accordent une douche non thérapeutique à un patient SDF vêtu d'un simple tee-shirt alors qu'il fait froid et qu'il pleut, les bras croisés sur son torse. Les professionnels sont alors en négociation avec leurs patients et trouvent des "arrangements" (Strauss *in* Baszanger, 1992) pour leur rendre la vie plus facile. Ils contournent les consignes de l'hôpital au nom du bon sens, de l'humanité et pour éviter à leurs patients de subir, en plus du reste, les rigidités de l'institution. Norbert Alter a montré, dans la même veine, combien le travail des salariés en

entreprises peut se rapprocher de celui des bénévoles lorsqu'ils font preuve "d'ingéniosité" (Alter, 2010) pour déroger aux règles et laisser une place au don.

Il est encore plus difficile de s'accommoder des règles et de maintenir une barrière émotionnelle lorsque le vécu des patients résonne intimement chez les soignants. On songe bien sûr, ici, aux professionnels exilés et reclassés qui, comme leurs patients, ont vécu le déclassement soit sous l'effet de l'exil, soit par un échec professionnel. "On se sent alors dans ce type de situation d'autant plus impliqué émotionnellement que le patient dispose des mêmes attributs sociaux (âge, sexe, voire activité professionnelle) ou fait écho à sa propre biographie (décès d'un proche, expérience de la maladie). (...) La "perte du rôle professionnel est dans cette perspective toujours reliée à l'histoire du sujet soignant" (Castra, 2003). Il faut donc s'interroger, à ce stade, sur un possible effet-miroir où la souffrance des uns - les professionnels de santé - ferait écho à celle des autres, le patient. "Vulnérables l'un à l'autre, vulnérables l'un par l'autre : ce serait là le "fonds commun de l'humanité"." (Zielinski, 2011). La question de l'exposition au risque de déviance par rapport à la norme hospitalière se pose en particulier pour les soignants exilés. En effet, ces derniers et leurs patients ont un vécu commun - l'exil. Et cette réciprocité pose la question de leur implication émotionnelle et d'un processus d'identification. "*Je sais ce que c'est que d'être dans un pays où vous ne parlez pas la langue et [où] vous êtes malade en plus de mille autres problèmes. Je ne faisais pas que soigner, je donnais des conseils pour faire une demande d'asile, leur dire où aller pour demander un logement ; c'était positif pour moi*", souligne un médecin afghan. Comme lui, son collègue délivre aussi des "tuyaux" et bons plans aux patients sur la manière de s'en sortir dans une société étrangère. Un autre professionnel le reconnaît aussi : "*j'ai vu comment c'était horrible et violent de vivre ici. À la PASS, je pouvais aider moralement.*" Le vécu commun permet, semble-t-il, à ces soignants de mieux saisir plus que d'autres les interrogations et problèmes que peuvent rencontrer les patients étrangers. Ce paragraphe comporte toutefois des limites puisqu'il s'appuie seulement sur quatre entretiens et que les observations ont été assez superficielles notamment en raison de la barrière de la langue. Ce que l'on retiendra, néanmoins, c'est que cet "effet-miroir" - c'est-à-dire d'identification à l'autre - peut produire un sentiment de rapprochement, d'attachement voire d'appartenance alors que le métier de soignant exige une distance émotionnelle avec les patients (Parsons, 1955). Mais il est des situations où les professionnels craquent. Un médecin reconnaît avoir dépassé le cadre professionnel. À plusieurs reprises, il a donné de l'argent à des patients pour les dépanner, et ce malgré les mises en garde de l'équipe. Il précise avoir été touché par la détresse de son

patient : *“Je sentais qu’il était vraiment dans le besoin, c’est humain.”* Deux autres médecins expliquent qu’ils essaient, tant bien que mal, de garder cette distance professionnelle : *“pour tous, c’est une histoire tragique, donc on ne peut pas dire qu’on est plus touchés par un Africain qu’un Afghan ou un Iranien ; leur histoire n’est pas différente, elle est tragique.”* Pour autant, par rapport à un patient français, ils indiquent qu’il se joue quelque chose de fort au niveau émotionnel avec des patients exilés. Cette impression est bien exprimée dans ces propos : *“émotionnellement, j’étais plus proche des migrants car je comprends bien leur problème que j’ai vécus. Mais au niveau professionnel, je ne fais pas de différence. Par rapport aux Français, les migrants ne connaissent pas beaucoup de choses, alors je leur donne des conseils, même si je ne suis pas obligée de le faire. Mais je leur donne des éléments importants sur comment se soigner ou se protéger. Mon vécu m’aide à les soigner parce que je comprends bien leurs problèmes”*, souligne une soignante. En entretien, elle indique soigner avec le cœur, puis fait un lapsus en employant le terme “enfants” pour désigner ses patients.

Un tel processus d’identification a été analysé par Michel Castra (2003). Il observe une confusion entre l’identité professionnelle et l’identité personnelle, expliquant que cela s’accroît en présence des mêmes attributs sociaux chez le professionnel et le patient, ou bien s’il y a un écho entre les biographies. Cela, écrit-il, amène le soignant “à être affecté par le cours dramatique des choses” (Castra, 2003). *A priori*, les soignants exilés semblent donc être plus exposés émotionnellement. Ce constat renvoie à la notion de bonne distance dont parle Catherine Mercadier (2008). Celle-ci énumère ce qui, dans un service, participe à la mise à distance avec les patients (les moyens techniques, les gants, etc.). Or, les moyens organisationnels de mise à distance sont présents *a minima* dans cette médecine des précaires. La technique qui crée un éloignement des soignants avec le corps de leurs patients n’est - on l’a vu - que peu développée à la PASS, où les moyens ne sont pas sophistiqués et où le toucher clinique joue un rôle clé (Tisserand, Rodriguez, 2019). De même, la ritualisation des soins et les protocoles, qui contribuent à cette mise à distance, occupent une place moindre à la PASS. On le sait : “la bonne distance, spécifique de la relation soignant-soigné, varie en effet selon le contexte” (Mercadier, 2008). Mais elle varie aussi selon le vécu des individus et leur culture qui, tous deux, modulent le curseur de la “bonne distance”. Cette proxémie est un construit culturel et subjectif (Hall, 1978). La culture des soignants et l’expérience de l’exil qu’ils partagent avec les patients sont deux dimensions susceptibles d’affaiblir l’armure émotionnelle nécessaire à la pratique du métier.

Mais si l'on note un possible excès de compassion de la part de ces professionnels de santé, on observe aussi un sentiment d'agacement voire, parfois, de rejet à l'égard de leurs patients. Rejet en partie lié à cette répétition d'une réalité insensée et à l'usure qu'elle engendre. Le rejet peut aussi provenir du décalage émotionnel entre les attentes des professionnels et le retour des malades.

b. Le don et le dû

La profession médicale porte des valeurs fortes d'aide à l'autre quel qu'il soit, de soulagement de sa souffrance, de dévouement, de dépassement de soi. Les soignants de la PASS semblent incarner en quelque sorte la figure moderne du Bon Samaritain, celui qui dans la Bible ne passe pas son chemin et s'arrête pour tendre la main à celui qui est laissé pour mort au bord de la route. Les maraudeurs du Samu social évoquent eux aussi ce "devoir d'humanité" qui n'attend aucun retour (Cefaï, Gardella, 2011). Pour autant, le caractère inconditionnel du don - compris ici comme investissement - est une illusion, selon Mary Douglas repris par Chaniel (2008), car "on ne continuera à jouer le jeu de la solidarité que dans la mesure où l'on estime ne pas être floué." Dominique Bourgeon (2007) s'interroge sur le don dans la relation soignant-soigné et définit la relation de don comme une reconnaissance mutuelle fondée sur la confiance qui est composée de don et d'abandon. Le don est alors un savant mélange entre conditionnalité et inconditionnalité (Chaniel, 2008). Dès lors, en l'espèce, si la réciprocité n'est pas toujours effective, elle tend à frustrer les soignants en attente d'un contre-don. Son absence crée un agacement chez les soignants qui ont cette désagréable sensation que ce qu'ils donnent est perçu comme un dû. Ils se sentent comme des exécutants, et reprochent aux patients d'avoir un comportement "*consommateur*" de soins (un infirmier), avec la désagréable impression, parfois, d'être finalement leur "*esclave*" (un médecin). "*Ils attendent toujours d'être à court d'insuline pour renouveler. Il faut leur dire qu'on n'est pas ici à Auchan ou Intermarché*", vitupère un infirmier. Les soignants n'apprécient guère, en effet, l'insistance des patients face au refus des soignants de donner plus de médicaments ou d'effectuer des radios - surtout lorsque cette insistance se teinte d'agressivité. "*Parfois les patients sont très violents car ils demandent beaucoup de choses illégales (documents, médicaments) ; j'ai peur quand le patient se révolte*", craint par exemple

un médecin afghan. Ce type de situation survient souvent et crée des tensions dans la relation de soin.

Il existe en fait un décalage entre les valeurs des soignants, ce qu'ils donnent, et les attentes et réactions des patients. Dans une enquête sur l'assistance dans une petite ville du nord de la France, Paul Cary et Claire-Sophie Roi décrivent à cet égard ce qu'ils nomment le "renversement du sens de la dette" qu'on retrouve aussi à la PASS. Les bénévoles qu'ils décrivent sont dans l'attente d'un contre-don lors de la distribution des colis alimentaires. "Après avoir beaucoup donné les deux jours précédents, ils estiment que les bénéficiaires sont désormais en dette à leur égard. Cette exigence est d'abord une exigence de respect, liée aux civilités, c'est-à-dire au fait d'être salué" (Cary, Roy, 2013). Cette enquête fait clairement écho à ce qui a été observé à la PASS où les soignants souffrent parfois d'un manque de reconnaissance de leur travail. *"Je vais passer pour un gros raciste mais quand ils venaient tout était dû, et puis il y avait des populations moins sympas que d'autres : les Afghans étaient plus agressifs que les Soudanais. Mais après qu'on soit migrant ou pas, c'est la société, on consomme du soin"*, analyse un infirmier. Il est relayé par une autre soignante : *"je ne veux pas qu'on m'encense mais bon un petit sourire pour dire bonjour c'est bien. Quand ils arrivent, ils ne me regardent pas et s'adressent à l'interprète. Moi je me suis voilée chez eux"*. Des soignants de la PASS qui ressentent cette ingratitude la justifient par le fait que les exilés des années 1990 n'étaient pas les mêmes que ceux d'aujourd'hui. Ces derniers seraient moins lettrés, moins polis, plus agressifs - *"avant, on avait des gens cultivés et maintenant des petites gens"*, indique sans fard un membre de l'équipe. *"Le profil des exilés a changé. On est sur une population dure, sujette à l'alcool chez les iraniens. Il y a une forme de non-peur [sic], de dire : 'C'est vous qui me devez quelque chose'. Je ne l'avais pas vécu de manière aussi dure et violente"*, assure un cadre. Or, d'autres explications pourraient venir traduire le comportement des patients, comme le ressentiment ou la honte d'être dominés (Cary-Roy, 2013 ; Parizot, 2003, Paugam, 2002).

Cette rupture du rapport don, contre-don repéré par Mauss peut provoquer un ras-le-bol et engendrer une distanciation émotionnelle où le soignant passe de l'empathie à une posture plus critique. L'expérience auprès des exilés transforme le regard des soignants et leurs représentations. Il ressort des entretiens que chez certains soignants, le "don frustré" les amènent à durcir leur position : ils enfouissent leurs sentiments positifs à l'égard des exilés pour laisser place à des sentiments plus durs et des jugements stricts leur permettant de

reconstruire une barrière émotionnelle. Un soignant libéral, très investi, explique s'être "*pris quelques claques*" et avoir eu des échanges désagréables avec des patients au point de ne plus prendre "*leur souci à leur place*". Cette lassitude a été ressentie chez un médecin désabusé par une série de consultations de "*plus en plus non justifiées*", qui plus est avec des patients exprimant des exigences sur un ton vindicatif. Cette mutation des émotions, qui entraîne un durcissement des positions, a été vécue sur le même mode par une autre soignante qui dit être arrivée "*avec des petits yeux*" et mue par un idéalisme humanitaire, et qui, au fil de son expérience, a eu l'impression d'abandonner toute naïveté pour s'endurcir. "*Toi tu es là, tu fais ton maximum et eux, ils essaient de te rouler dans la farine. Ça s'est frustrant quand ils se moquent de toi*", explique-t-elle. Le patient "*qui ne joue pas le jeu*" énerve certains professionnels au plus haut point surtout lorsqu'ils ont le sentiment que certains patients les manipulent. Agacement, donc, mais aussi suspicion : "*ceux qui racontent tout d'emblée, c'est un peu suspect. Il ne faut pas tout gober du premier coup. Le plus souvent, ils racontent au fur et à mesure, et leur histoire en plusieurs fois*" (une psychologue). Certains professionnels, toutefois, tempèrent ces appréciations négatives. Un infirmier regrette ainsi : "*ils faussent le système. Ce n'est pas à eux que j'en veux mais ça m'énerve parce que je perds du temps pour d'autres personnes qui aurait besoin de plus. Ça m'énerve de jeter quarante euros de traitement à la poubelle parce que le mec veut avoir une douche et que l'État n'a pas été capable d'en installer.*" L'utilisation stratégique du corps a été observée par Frédéric Ballière (2011), assistant social dans une PASS, qui souligne que les usagers ont conscience du traitement prioritaire de certaines situations sanitaires (facilité d'accès à une chambre, en centre d'hébergement, etc.) ou des problèmes de santé qui accélèrent les procédures d'attribution des cartes de santé (AME, CMU...). À Calais, cela peut se jouer pour moins que cela, sur des repères quotidiens comme l'obtention d'une place dans la file d'attente des douches par exemple.

L'enquête de Cary et Roi (2013), évoquée précédemment, décrit l'implantation d'une logique de la contrepartie qui ne serait que le reflet d'une politique d'assistantat plaçant les bénéficiaires dans une relation de dépendance. "Après avoir organisé et installé l'assistance pendant des années, les institutions et les notables, qui ont tiré profit des positions occupées, en viennent à exiger davantage des assistés" (Cary, Roi, 2013). La société de bienfaisance qui instaure une gratuité du don et dans un rapport du fort au faible se transforme en une société qui exige cette fois davantage de réciprocité. De plus en plus, en effet, on attend des plus faibles, des plus pauvres, qu'ils se responsabilisent et donnent des gages (Castel, 1995). Faut-

il alors dénoncer cette nouvelle logique de l'assistanat, on peut bien se demander si elle ne réactive pas ce "don fraternel" usité sous la Révolution, car "la fraternité, parce qu'elle n'est pas la charité, exige donc une réciprocité de droits et de devoirs", indique en ce sens Chaniel (2008) ? Cette seconde hypothèse viendrait suggérer que des soignants ne voient plus leurs patients comme des êtres misérables desquels on ne doit rien attendre. En exigeant le contre-don, les soignants rééquilibreraient alors la relation soignant-soigné. Certes l'équilibre dans l'échange du don peut paraître difficile à réaliser ; car, selon Paul Ricoeur, il existe forcément une dissymétrie entre le soignant, qui sait, et le patient, qui souffre. Reste que les soignants de la PASS, qui ont l'impression de donner beaucoup à leurs patients en recevant peu, aspirent sans doute à devenir avec leurs patients de vrais partenaires (Verspieren, 2006).

Incertitude migratoire, réalité insensée, perte de sens du travail, difficultés émotionnelles, sont autant de paramètres qui peuvent désorienter les soignants. Malgré tout, nous verrons dans ce qui suit comment la réactivité des soignants permet de "maintenir leur arc de travail". Comme le précise Baszanger (1992), en effet, "le médecin, dans son schéma de trajectoire, visualise ce qu'on pourrait appeler un arc de travail, c'est-à-dire l'ensemble du travail qui aura besoin d'être fait pour maîtriser le cours de la maladie et remettre le patient dans une forme suffisamment bonne pour qu'il puisse rentrer chez lui".

Ici, c'est à travers une "médecine des petits riens" que s'exprime la volonté de continuer à agir et pour apporter, si ce n'est une guérison, du moins un soin et un relatif confort. Ce serait aussi, pour ces soignants, une manière symbolique de garder raison dans un monde insensé.

C. Maintenir l'arc de travail, échapper aux "effets-frontière"

La médecine médico-sociale requiert que les professionnels s'adaptent à l'environnement social des patients. À la PASS, les soignants ont donc dû intégrer à leurs pratiques la réalité de l'exil, de l'errance, et surtout de l'incertitude, qui entourent la prise en charge sanitaire de ces patients. Dans le paragraphe à venir, nous verrons à travers quelles stratégies (d'adaptation, de contournement, de souplesse) et quelles options (Strauss *in* Baszanger, 1992), les professionnels de santé sont devenus les orfèvres d'un "art de faire"

sanitaire, une *métis* (de Certeau 1990) leur permettant de soigner au mieux leurs patients. Comment, en effet, soigner véritablement une population qui n'est pas acceptée sur le territoire national, et ce dans une institution ultra normée ? Les soignants travaillent en permanence à la "*frontière du réglementaire*" selon la formule d'un médecin. Nous verrons de quelle inventivité les professionnels font montre et combien l'éclectisme des profils des soignants, présenté dans le premier chapitre, offre la possibilité de personnaliser les soins.

1. Les échappées des *borderlines* : les artisans d'une "médecine des petits riens"

Le terme "*borderline*" qui signifie "à la limite de la frontière" est ici utilisé dans un sens positif puisqu'il arrive aux soignants de s'affranchir des frontières du soin pour contrecarrer les effets des frontières géographiques. Cela nous fait écho à ce qu'écrit Adeline Beyre (*in* Penneç, Le Borgne-Uguen, Douguet, 2014) sur le handicap perçu par certains professionnels comme une "tragédie", il met aussi au défi les soignants, qui sont amenés à développer des "procédures de créativité quotidienne" (De Certeau, 1990). De quoi s'agit-il en l'espèce ? D'un investissement personnel dans une médecine qui se pense comme une pratique impersonnelle.

À la PASS, on observe sur le long terme différentes initiatives personnelles et organisationnelles qui témoignent à la fois d'une volonté de prendre en considération le patient dans sa singularité et d'une envie de créer un "*climat de confiance*", expression employée par plusieurs soignants. Pour cela, ceux-ci vont mobiliser leur esprit d'initiative, l'expérience qu'ils ont pu accumuler sur le terrain, le système débrouille mais aussi leurs aptitudes relatives au *care*. Cette "recherche d'options" (Strauss *in* Baszanger, 1992), entendue comme "savoir expérientiel singulier" (Grimaldi, 2010), permet en l'assurance aux soignants de garder une forme de contrôle sur la contingence.

a.Des soins qui "tiennent la route" (une infirmière)



← Un infirmier administre un soin à un patient blessé. ©Chloé Tisserand

À travers

l'observation des consultations de soins, on peut saisir à quel point les soignants sont tributaires des effets-frontières puisqu'ils étendent sur le lit de soin des patients aux membres brûlés, infectés et fracturés - des affections surprenantes et parfois spectaculaires. De telles affections posent des défis aux soignants et suscitent des interrogations et des débats pour savoir quel procédé est le plus adapté pour supporter, par la suite, l'environnement extérieur. Les infirmiers, en particulier, s'engagent alors dans une entreprise de réparation des corps abîmés et endommagés. Ils pratiquent une médecine du confort, "un beau travail" (Loriol, 2011) sur lequel ils s'appuient aussi pour retrouver du sens à leur activité. Une infirmière indique qu'il faut réaliser "*des pansements qui tiennent la route*" et cette expression a retenu mon attention car elle renferme des idées fortes. D'abord, elle est métaphorique et symbolique dans la mesure où les patients sont, effectivement, en route ; ensuite, elle rappelle que les professionnels sont ceux qui vont permettre aux patients stoppés dans leur trajet de le poursuivre. Un soin "qui tient la route" indique aussi que les professionnels vont intervenir de manière à ce que les exilés puissent résister aux "effets-frontières" en leur apportant une réponse pérenne. Cela passe par une offre de soins et des protocoles qu'ils adaptent aux risques. Des infirmiers enroulent ainsi de plusieurs couches de bandage les membres blessés de leurs patients ; ils serrent davantage qu'à l'accoutumée afin que ces derniers ne perdent pas leurs pansements en tentant une traversée forcément chaotique. De même, ils mettent de nombreux "élastos" et n'hésitent pas à en ajouter si le patient le demande. Ce geste qui relève de l'initiative, du bon sens et qui ne relève pas des usages habituels, a été transmis aux nouveaux arrivants. "*Un pansement ne sera pas fait de la même façon à l'hôpital que dans la*

'jungle'. Leurs activités nocturnes ne leur permettent pas d'avoir un tout petit pansement sur la main. Il suffit qu'il monte dans le camion, hop, clac, ça y est c'est terminé : le pansement est parti, la plaie est à l'air. Le risque infectieux est là, et là, c'est fini. Donc une toute petite plaie, je n'hésite pas à mettre des bandages, déjà pour qu'ils soient plus à l'aise et pour éviter le risque infectieux", raconte en ce sens une infirmière. Cette intervention fait écho aux gros pansements réalisés sur des patients dans les tranchées que Louis Maufrais (2008), compare à des "Bibendum" : "Ces pansements d'une efficacité douteuse demandent une grande dépense de temps, de fatigue pour les infirmiers, et de matériel". Le moment du soin est souvent l'occasion pour les infirmiers de prendre leur temps pour travailler car le soin, en l'occurrence, nécessite de l'attention, de la précision et de l'application ; c'est un temps un peu suspendu qui vient casser la frénésie de la journée. "Moi je vois un pansement dégoûtant qui a été fait la veille, tout noir, à moitié décollé. Bah ça me fait mal au cœur donc je me dis : 'C'est tout, il faut passer à l'étape suivante et mettre un gros bandage'", indique une infirmière. En effet, les infirmiers analysent la plaie, préparent leur matériel et pansent la blessure étape par étape [cf. Encadré. Numéro 22].

Encadré numéro 22.

Un patient a un souci au pied gauche. Il commence à se déchausser, il tire le papier du lit médical. "Hello ! sit down", demande l'infirmière. Le pied gauche a un bandage. Elle le coupe, désinfecte en me donnant un papier pour que je note une commande de produits. Le patient fixe son pied les bras croisés. Elle appuie pour retirer la saleté et constate que le patient souffre. "Excuse me", souffle-t-elle. "No problem." Dans la salle d'attente de soins infirmiers, les patients discutent. Elle applique de la bétadine Scrub®, puis compresse et un collant, un deuxième, un troisième. "You have socks? Ah yes you have. Here it's good." Le patient remet difficilement ses grosses chaussures [Carnet de terrain, 2015].

L'acte infirmier est composé d'étapes successives qui rythment le moment du soin. Le soignant intervient à plusieurs reprises sur le corps du patient et les gestes contribuent à diminuer la souffrance du patient. L'infirmière pose plusieurs bandes de tissu, scotche ensuite, elle va même ajouter de l'élasto afin que son patient ne perde pas son bandage. Le geste est "ergotique" (Mercadier, 2002) ; il agit sur la matière, la transforme, "étrange inertie

fonctionnelle de ces outils pourtant actifs à couper, serrer, modeler les chairs interminablement offertes à une création qui en fasse des corps dans une société” (De Certeau, 1990).

Réparer physiquement le corps, c’est aussi le travail des dentistes qui s’attellent à soigner les maux liés aux conditions de vie des exilés : les caries, les abcès, les gingivites qui surviennent aussi parce que les exilés n’ont pas accès quotidiennement à une qualité de vie acceptable. Réparer est un acte orthogénique qu’on retrouve dans l’intention fondatrices des PASS : “en tant qu’espace de prise en charge augmentant les capacités, les PASS exercent donc un rôle fondamental sur la santé des patients en lissant les handicaps qu’ils présentent à leur entrée dans le système de santé” (Georges-Tarragano, 2017). Or, on l’a vu, la santé pour un individu en migration est bien souvent une préoccupation secondaire. Pour autant, les exilés doivent être “en possession d’un corps en état de marche qui ne devra ni fléchir ni nécessiter de ‘réparations’ au cours du voyage” (Laacher, 2002). Le recours aux structures médicales sert surtout à le remettre sur pied ou à soulager son corps, au moins temporairement. *“Je me suis aperçue que le soin avait son importance, un petit pansement sur un petit bobo ça les reconfortait beaucoup. Rien que de leur laver les pieds ou de leur mettre un pansement sur un orteil blessé, pour eux, c’était déjà beaucoup”*, a constaté une infirmière. Dans ce contexte, les soignants sont ceux qui maintiennent les exilés debout, leur redonnent de la force, leur permettent de poursuivre leur projet. Ils réparent les corps qui constituent “le dernier capital des plus démunis” (Dambuyant-Wargny, 2006). Le désir de réparer fait partie aussi des désirs inconscients qui sous-tendent la relation soignant-soigné (Bourguignon, 2010). Réparer les corps, c’est les recoudre, replier les peaux déchirées, rétablir du sain là où l’infection est présente, remettre en état de marche, restaurer et redonner des forces. C’est une expérience sensible qui “fait corps avec ce corps à soigner” (Marmilloud, 2010). Les infirmiers raccommoient les blessures à la frontière, ils sont les gardiens de l’intégrité du corps (Memmi, 1996). Soigner les corps abîmés, c’est aussi les remettre dans une certaine forme et norme.

Reste que les soins ne peuvent pas “tenir la route”, pour reprendre la formule de cette infirmière, si les protocoles ne sont pas remaniés. En effet, la qualité des soins, liée à la standardisation, s’appuie fondamentalement sur des référentiels (ou standards ou normes) qui permettent de s’assurer que les pratiques existantes respectent un ensemble de procédures considérées comme optimales au regard de l’acte médical prodigué. Ces référentiels peuvent

être purement médicaux (protocole de diagnostics ; protocole de traitement) ou médico-économiques (références médicales opposables aux praticiens libéraux)” (Leteurtre, Quaranta, 1999). Or, si les soignants ne prennent pas des libertés avec cette standardisation, le soin ne peut être effectué dans les meilleures conditions puisque, pour l’heure, les savoirs institutionnels ne prennent pas encore vraiment en considération les spécificités de la migration. C’est donc à la PASS que tout se construit, notamment, les nouvelles façons d’aborder le soin. *“J’essaie de ne pas donner de trucs trop volumineux et pas beaucoup de médocs car ils pouvaient se les faire voler ou les perdre. On savait que les tubes de Voltarène® allaient se crever donc on donnait dans des pots à urine durs ; on ne faisait pas de bandes avec quelque chose de souple, soit on faisait du strapping, [soit] on donnait une atèle ; on ne donnait pas de cane car la maraude retrouvait du matériel médical dans la ‘jungle’ ; les béquilles ne servaient à rien et n’étaient pas utilisées. De même, le suppositoire, ce n’est pas la peine ; un comprimé effervescent ne sert à rien [non plus] car ils n’ont pas de bol ; il leur faut un comprimé qu’ils avalent tout de suite”*, détaille un professionnel. Les dentistes aussi s’adaptent : *“là, on ne ferme pas la dent infectée de façon à ce qu’il y ait un échange qui soit plus sain. Je donne plus de traitements médicamenteux qu’en cabinet, je prescris plus d’antibiotiques car je ne sais pas comment ils vont réagir une fois dehors. Je ne peux pas le lui demander, au cas où, je fais comme s’il allait être dans le pire des cas, donc il faut qu’il ait ça”*, explique l’une d’elles. Les bricolages, qui sont autant de manifestations de la réactivité des soignants, engendrent finalement de nouvelles formes d’administration médicamenteuse. De même, les soignants s’adaptent aussi aux saisons et les pansements, par exemple, ne seront pas identiques, tout au long de l’année : *“l’été, tu vas leur dire de mettre des claquettes, l’hiver c’est plus difficile alors tu leur donnes des conseils”*.

Tout comme ils remanient les protocoles, les professionnels remettent aussi quelques-unes de leurs pratiques au goût du jour. Face à l’incertitude des trajectoires et à l’impossible suivi, l’équipe médicale use de stratagèmes pour fidéliser les patients et tenter de les faire revenir à la PASS. La prescription d’anxiolytiques sous condition le suggère puisque certains soignants décident de les délivrer seulement si le patient reste en France. *“On adaptait la prescription en fonction de l’adhérence au traitement du patient. Si on lui disait : ‘Bah écoute tu reviens prendre la semaine prochaine ton traitement, tes médicaments’ et s’il nous disait non je pars ce soir, c’est évident, on en tenait compte”*, indique un médecin. Les prescriptions pour les traitements lourds sont aussi limitées dans le temps (quinze jours). Certains soignants donnent des traitements *“par fraction”* comme le précise un médecin, de telle sorte que le

patient soit amené à revenir plusieurs fois dans la semaine. Une infirmière refuse de donner des tubes de crème entiers aux patientes pour ces dernières sont obligées de revenir souvent afin d'en obtenir : *“il ne faut pas donner de crème sinon tout le monde demain aura mal à la jambe. Ce n'est pas qu'on veut être désagréable mais il faut qu'elles reviennent.”* Systématiquement, elle disait à ses patients : *“You come tomorrow”* délivrant un document avec l'horaire du rendez-vous [Carnet de terrain 2015]. Des facilités ont aussi été mises en place de manière à ce que les patients ne soient pas découragés : on pense à l'usage des feuilles de soin “stabilotées” en rose qui ont permis aux patients de couper la file d'attente pour se rendre directement en salle de soins, d'une part et, d'autre part, aux soignants de pouvoir suivre l'évolution du pansement : *“c'était des marqueurs pour qu'il y ait une continuité, qu'on ne change pas de produits toutes les cinq minutes et qu'on arrive à un résultat. On les a fidélisés un petit peu”*, se réjouit l'infirmière qui a créé ce dispositif. À Briançon, Julie Cellier explique qu'un tableau a été mis en place par une infirmière PASS afin, là encore, d'assurer une continuité dans les rendez-vous et le suivi. Enfin, pour instaurer un semblant de suivi, les soignants peuvent s'appuyer sur les associations présentes sur le terrain. Ils leur communiquent le jour où ils ont besoin de revoir tel ou tel patient en leur confiant la tâche de l'amener au rendez-vous ou de veiller à la bonne observance des traitements.

L'adaptation à l'imprévisible passe aussi par la prévision et l'anticipation. L'évolution de la prise de rendez-vous en témoigne. À Calais, les rendez-vous chez le spécialiste ne sont pas tous pris sur le même créneau horaire afin que celui-ci puisse continuer à voir des patients français si le patient exilé ne vient pas, *“ils sont dispatchés dans une journée, indique un médecin hospitalier. On en met un par ci un par là de sorte qu'il n'y ait pas de trous, il faut adapter des moyens en permanence, les dispatcher dans une consultation de sorte que s'il ne vient pas ça ne pénalise pas le professionnel. La politesse veut qu'il annule ; là ce n'est pas possible.”* Pour éviter les tensions dans les autres services de l'hôpital, une infirmière explique que les patients ont droit à trois essais, après elle abandonne si le patient ne se présente toujours pas. *“C'est compliqué d'avoir des rendez-vous à la PASS pour les patients, comme ils n'y vont pas ; maintenant c'est compliqué. Les secrétariats ont compris donc ils ne répondent pas forcément quand on téléphone, tu prends un rendez-vous, deux rendez-vous, trois rendez-vous maintenant on a dit qu'au bout du troisième, on arrête, on est obligé.”* Un cadre qui reçoit les retours des spécialistes sur cette volatilité de la patientèle, joue son rôle d'ambassadeur de la PASS. *“Quand les médecins disent : ‘Oui mais ton patient, il n'est pas venu’. Je dis : ‘Oui mais préparez-vous à ce qu'ils ne viennent pas parce que c'est n'est pas*

forcément de leur faute. (...)’ Cette obligation de soin est imposée à n’importe quel médecin donc c’est à nous de nous adapter. Au tout début, c’était embêtant mais comme n’importe qui qui n’annule pas, vous avez un patient qui n’annule pas, vous n’êtes pas très content parce que la politesse veut qu’il annule. On leur dit : ‘Bah les migrants ils ne peuvent pas, ils n’ont même pas les moyens d’annuler, on ne sait même pas ce qu’ils sont devenus.’ Une fois que c’est expliqué, les médecins mettent en consultation en adaptation en fonction de cette population.” À la PASS de Dunkerque, les soignants demandent le portable du patient et l’appellent quelques heures avant le rendez-vous afin de savoir s’il s’y présentera. Si ce n’est pas le cas, les soignants de la PASS appellent alors les secrétariats des étages pour les prévenir de cette absence et ainsi éviter toute crispation.

Toutefois, les soins ne “tiennent plus la route” lorsque le système de santé présente des carences. Décortiquons la réaction des soignants qui, face au manque de moyens, mettent en place des “échappées” pour poursuivre la prise en charge et deviennent alors des “*Mac Gyver*” (une soignante) du soin. Ici comme d’autres compartiments du monde médical “les contraintes quotidiennes évoquées explicitement par les acteurs de la santé n’interdisent pas le contournement de la ‘bureaucratie difforme’, ainsi appelée parce qu’elle fonctionne moins à la règle qu’aux relations personnelles. Le ‘flou organisationnel’ caractérisé par l’exercice de pratiques professionnelles désarticulées, en permanence retardées par le manque de moyens et la production explicite des formes de résistances des professionnels et des gestionnaires de la santé.” (Metboul et Salemi, *in* Pennec et al., 2014). Lorsqu’une dentiste manque d’instruments pour extraire une dent, elle se remémore les appuis osseux qu’elle mobilisait lors de ses expériences humanitaires pour attacher celle-ci sans qu’elle craque. De même, un médecin qui n’a rien pour mesurer, déchire de son agenda une feuille avec un décimètre pour s’en servir de règle. “*Pendant la ‘new jungle’, [les soignants] avaient les baskets dans la boue et les cailloux, ils n’avaient pas forcément beaucoup de moyens mais étaient dévoués et trouvaient toujours des façons de bien travailler*”, reconnaît une cadre. On retrouve ce même système débrouille généralisé dans le fonctionnement courant des ONG comme Médecins du Monde : là, des soignants bénévoles utilisent par exemple des couvertures de survie qu’ils découpent et posent dans les chaussures comme isolant (Tisserand, 2018).

La réactivité des soignants produit une sorte d’artisanat du soin qui se nourrit d’idées ingénieuses permettant de surmonter en partie les contraintes extérieures et internes. Dans la relation soignant-soigné, les professionnels vont cette fois s’appuyer sur le *care* pour se

rapprocher de leur patient.

b. S'extirper de l'inextricable grâce au *care*

Le déploiement du *care* - par définition "le prendre soin"- est un mode de solidarité à part entière (Piveteau, 2009) dans la relation soignants-soignés à la PASS. Il existe en effet un monde d'actions situé en dehors des prérogatives usuelles des soignants. Cet artisanat - où se développent des gestes de débrouillardise et des formes d'ingéniosité, décalés par rapport aux règles de l'art - s'exprime aussi à travers la sollicitude, la précaution et le désintéressement. On pense à la posture de ce médecin qui traduit apparemment un besoin de témoigner au patient de la sollicitude : il effectue en effet des gestes presque sensuels et répétitifs, comme s'ils tenaient à montrer au patient son attention particulière et sa volonté de lui témoigner de l'empathie. Il est 15h20. Le patient serre la main du médecin libéral. "*Do you speak english ?*" L'interprète : "*Il dit qu'il a un problème d'urine, (le patient continue de parler) ; ah... ça va partir sur autre chose, il a mal partout. Depuis qu'il est en France, il est venu en août.*" Le médecin questionne : "*il a beaucoup bougé ou il est resté à Calais ?*" "*Plutôt sur Calais. Il a des problèmes quand il fait pipi ? À cause des douleurs ici.*" Le médecin palpe le long de la cuisse du patient. Celui-ci ne peut pas marcher, il boîte. Il lui demande de se déshabiller. Le médecin prend le patient par le poignet pour l'amener vers lui. "*Il n'a pas mal dans le dos ?*", demande-t-il en lui palpant le dos [Carnet de terrain, 2015]. On voit ici que le médecin n'invite pas verbalement le patient à s'asseoir mais il l'attire vers la chaise ou le lit d'auscultation par le poignet. Il se baisse et pose un genou au sol pour être au plus près de son patient, dans une posture ancillaire et ainsi se mettre dans une position où le regard du médecin porte vers le haut. "S'accroupir, s'asseoir ou s'agenouiller, pour être à la même hauteur : ne pas regarder de surplomb, maintenir un contact visuel, entendre distinctement ce qui se dit. Trouver la bonne distance, ni trop près ni trop loin, une distance qui n'incommoder pas (...)" (Cefai, Gardella, 2011). Par ces gestes désintéressés tels qu'on les a observés à la PASS, par "ce visage tendu vers un autre visage" (Marmilloud, 2010), les soignants rappellent à leurs patients qu'ils sont pleinement des sujets. Les infirmiers aussi s'accroupissent facilement auprès des patients ou inclinent la tête d'un air compatissant ; ils adoptent aussi un ton plus doux et attentionné, - que l'on retrouve par ailleurs chez les équipes du Samu social. "La

sollicitude guide la relation de soin : geste du corps envers un corps dans le besoin, affect moral qui se concrétise à travers des compétences, action d'un sujet affecté par la vulnérabilité d'un autre. La sollicitude, comme visée éthique dirigée par et vers autrui, est enracinée dans l'affection. L'affection par autrui révèle des capacités. La sollicitude est donc action d'un sujet affecté et vulnérable" (Zielinski, 2011). C'est ici une sorte de médecine tournée vers le confort comparable, à certains égards, à celle que décrit Michel Castra (2003) dans son enquête dans un service palliatif. La vue est un sens qui peut être utilisé pour créer du lien ; l'œil est "l'organe par excellence de l'interaction réciproque" (Mercadier, 2002). Le regard des soignants à la PASS est actif : on a une infirmière qui incline sa tête et dans le même temps son regard lorsqu'elle procédera à la prise de sang d'un air de dire "*je sais que tu n'aimes pas mais ça va aller*", elle transmet ainsi son empathie et prête attention à la réaction de son patient. Un infirmier en salle d'enregistrement qui fixe son patient pour lui expliquer les démarches et s'assure que ses propos sont clairs. Un médecin qui soutient le regard de son patient pour être sûr qu'il a bien compris le traitement qui lui a été prescrit. Ces "regards-soutiens" tranchent avec le "non-regard" des patients qui ont souvent la tête et les yeux baissés. "*Moi c'est toujours ça qui m'intéresse en tant que soignante, c'est ce que je peux leur apporter parce que ce ne sont pas que les soins techniques qui m'intéressent ou de leur faire un bilan ou autre, c'est beaucoup aussi ce que je leur apporte, en croisant leur regard, ce que je peux leur donner en fait, ce que je peux leur procurer*", témoigne une infirmière. Souvent, les soignants s'attardent sur les expressions de leurs patients.

On note aussi des précautions qui nous rappellent que l'acte médical est une histoire de négociation et de consentement entre le patient et son médecin. Les soignants prennent par exemple le temps de demander si le patient est d'accord pour effectuer un geste médical. De même, tandis qu'une patiente africaine se présente avec des doigts tellement gonflés qu'elle ne pouvait plus enlever sa bague. "*Vous acceptez qu'on la coupe ?*", prend soin de demander le médecin qui accepte aussi le fait que sa patiente ne veut pas indiquer sa date de naissance. Les soignants sont attentifs aux détails qui manifestent un réel souci de l'autre ou contribuent à son bien-être. Un jour, un médecin hospitalier a ainsi indiqué qu'il fallait baisser le chauffage pour éviter que, par contraste, les exilés ne prennent pas froid en sortant des locaux de la PASS. On peut aussi évoquer le cas de ce professionnel qui, ne pouvant se résoudre à laisser partir son patient avec des chaussures sales, est allé en chercher une paire propre dans le coffre de sa voiture. Il s'agit là de manifestations du "prendre en soin", comme le précise un cadre qui préfère cette expression à celle de "prendre en charge". On a aussi pu observer d'autres

formes d'attention lorsque les infirmiers essayent manifestement d'être rapides pour un prélèvement sanguin afin de diminuer le stress du patient. Et il faut également mentionner que les soignants ajoutent souvent, à la fin de leurs phrases, un "Mister" qui sonne comme une précaution supplémentaire signifiant à chacun, indistinctement, qu'il est un sujet.

Le *care* dont font montre les professionnels de santé se manifeste par leur désintéressement. Les soignants trouvent par exemple des moyens d'accorder plus de temps à leurs patients pour les réconforter ou les écouter. "*Parfois, je n'allais pas aux toilettes pour pouvoir prendre plus de temps avec eux*", se rappelle un médecin exilé. "*Je prenais le temps quand je voyais une personne qui s'effondrait. Jamais je ne laissais les personnes en détresse malgré l'urgence. Je lui lavais la jambe au gant de toilette. L'empathie, c'est se mettre 'à la place de', il faut se mettre au même niveau qu'eux*", insiste de son côté une infirmière. On est frappé de constater, en effet, combien ces soignants s'efforcent de soulager la douleur des patients, essaient de leur apporter un certain confort, parfois au détriment du leur ou au prix d'un surcroît de travail. C'est le cas de cette infirmière qui prépare un bain de pied pour un patient placé en salle d'attente ou de cette autre qui, munie d'un gant de toilette, lave délicatement la jambe de son patient. Un infirmier indique par ailleurs qu'après son travail, il prenait le temps de passer voir ses patients enregistrés dans divers services spécialisés ou des femmes isolées qu'ils avaient suivies. Il s'agissait juste de "*faire un coucou*" parce qu'"*ils étaient super sympas*" ; comme ça, conclut-il, "*ils se disent : 'tiens, il pense à moi'*". Les qualités relatives à l'écoute et à l'empathie sont aussi convoitées. Un soignant en résume l'intention globale, "*le tout est qu'ils retrouvent un peu d'humanité*".

Le *care* que mobilisent pour ce faire les professionnels de santé consiste, on le voit, en un ensemble de "tâches peu formalisées" (Castra, 2003) qui émanent surtout des savoir-être des soignants et de leur savoir-faire. Cependant, même si ces gestes paraissent simples ou élémentaires, ils ne sont ni naturels, ni spontanés et requièrent des qualités sensibles. On songe à cette infirmière qui déposait dans une pochette plastifiée le double de l'ordonnance et des traitements pour protéger le document de la pluie ou qui donnait un gant en plastique pour recouvrir la main pansée, ce qui témoigne d'une forme d'empathie et une capacité à se mettre à la place de l'autre en anticipant les contraintes de son environnement social. Il s'agit toujours, alors, "*d'essayer de trouver des solutions*" et il y a une sorte d'amusement victorieux lorsque les soignants débloquent un problème - que ce soit l'obtention d'une paire de lunettes ou d'une place en centre d'hébergement. "*Quand on réussit à dépatouiller le schmilblick ; ça*

redonne un regain d'énergie (...) de réussir à faire avancer un dossier compliqué, obtenir une paire de lunettes, on a eu une place d'hébergement. Ce sont des petites victoires qui me redonnent de l'énergie", souligne un infirmier. Un autre dans le même sens indique que ce qui lui plaisait c'était *"le fait de ne pas s'arrêter à son travail d'infirmier, [de] faire des projets, [d'] essayer de leur trouver des petites solutions"*. Au niveau de la direction, il s'agit aussi de débloquer des situations. Un cadre se souvient d'un patient qui avait des troubles du comportement et qui s'est retrouvé en danger : *"On a mis trois jours à trouver une solution ! Dans un premier temps, on l'a fait admettre en hospitalisation libre. Il est sorti et s'est remis en danger donc il fallait l'hospitaliser sans son consentement mais les associations ne voulaient pas engager leur responsabilité. On s'est donc engagés seuls car ce patient n'était pas en état de rester dans la 'jungle'."* Là où le *cure* est limité dans la médecine des exilés, le *care* permet une extension des pratiques médicales et le dépassement des contraintes. Sur ce terrain, les soignants de la PASS accumulent une expérience, faite d'astuces et de bricolages, qui deviennent un élément essentiel de leurs compétences. En cela, assurément, "les pratiques des exécutants (...) [sont] une ressource précieuse à mobiliser, un gisement d'intelligence et de productivité" (Georghiu, Moatty, 2005).

Les soignants raisonnent sans cesse pour se défaire des freins qui entravent leur pratique. Malgré le "mode de régulation vertical et administré qui est celui du système de soins officiel" (Metboul, 2014), ils disposent ainsi de leur propre "espace de jeu" et déploient toute une palette de micro-actions qui élargissent leur champ des possibles. Nous avons vu que cet espace de jeu met en œuvre une ingéniosité gestuelle, pratique et mobilise les qualités personnelles et singulières des professionnels. Nous verrons dans ce qui suit que cet espace de jeu propose aussi des stratégies de renforcement des résistances émotionnelles.

2. Déstabilisation du moral : tenter de garder le cap...

Le travail médical à la PASS peut être harassant, démotivant, hasardeux. Face à la frustration engrangée, les professionnels essaient de maintenir leur moral en usant de stratégies mentales. Ils mettent en place une gestion de la frustration et se "déshéroïsent". Les professionnels sont amenés à baisser leur exigence, à les "*diminuer d'un cran*" (un médecin) et finissent par apprendre à se satisfaire de ce qu'ils donnent, mesurent les limites de la

pratique et l'acceptent, ce qui leur permet de poursuivre leur travail.

a.Apprendre à “faire avec” la frustration

Nous verrons que la réinitialisation émotionnelle se traduit : d'abord par la résignation, puis par le contentement. Les médecins de ville – qui ont coutume de suivre des patients sur le long terme - plus que les infirmiers hospitaliers expriment davantage la frustration ressentie à la PASS. Des termes comme “*insatisfaisant*”, “*très difficile*”, “*frustrant*” retrouvent souvent dans les entretiens. Selon un soignant, la frustration est un sentiment partagé et elle serait même “*inhérente au travail à la PASS*”. Frustration parce que des professionnels ont l'impression de travailler sans pouvoir donner le maximum comme le raconte ce médecin hospitalier : “*moi, j'estimais que je faisais un travail de qualité moyenne parce que c'était difficile, parce que la communication est difficile, la culture n'est pas la même pour les examens, parce que le suivi est difficile. Donc globalement, je trouve que par rapport à ce que je pouvais faire habituellement mon travail ici à l'hôpital était quelque chose de très moyen. (...) Si j'avais voulu obtenir le maximum, j'aurais été déçu.*” Leur utilité semble amputée, limitée par les moyens du bord, pour ainsi dire, et plusieurs soignants le vivent mal : “*ici, l'œuvre d'art c'est sur une consultation ! C'est difficile, très difficile et insatisfaisant pour les deux parties. On fait connaissance, c'est artificiel, rapide (...); on va vers la simplicité, on soigne avec ce que l'on a*” [Carnet de terrain, 2014]. La plupart des soignants de la PASS, conscients qu'ils ne sont pas au summum de leur art, indiquent qu'ils font ce qu'ils peuvent. La médecine à la frontière nécessite que les soignants composent avec le réel : les patients avec leurs problèmes propres et leurs différences, mais aussi les moyens matériels dont ils disposent. Il faut “*s'ajuster en permanence*”, résume un médecin. “*C'est comme ça, on est là pour répondre ponctuellement à un besoin, c'est notre rôle (...). Il faut composer avec les gens qu'on a en face (...), il faut les accompagner le mieux possible. Quand on est médecin, on est obligé de composer avec la personne réfugiée ou pas*”, reconnaît un médecin. Devant faire le deuil de la guérison et composer avec la frustration, les soignants, “*se font une raison*” (un médecin). Ils entrent alors dans une forme de passivité du “*faire avec*”. “*Il faut accepter les trucs qu'on ne peut pas comprendre*”, admet un médecin. Un infirmier ajoute : “*on n'a pas le choix, on n'a pas d'autres solutions*”. La frustration semble en fait inhérente à ce type de travail médical ; elle peut se transformer en une résignation laquelle, encore une

fois, les professionnels trouvent une issue. Ceux-ci apprennent en effet “à faire avec” ; mais ce “faire avec”, en l’occurrence, permet de distinguer le *care* du *cure* (Piveteau, 2009). Joan Tronto (2008) souligne à cet égard “qu’au niveau le plus général, nous suggérons que le *care* soit considéré comme une activité générique qui comprend tout ce que nous faisons pour maintenir, perpétuer et réparer notre ‘monde’, en sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible.” Apprendre “à faire avec” permet alors aux soignants d’accepter qu’ils sont inscrits dans une médecine de l’instant, qu’il leur faut “guérir en une fois” leurs patients ou, à défaut, investir le vaste territoire du *care*. Des soignants ont assimilé cette itinérance de leur patientèle et emploient en entretien des termes comme “*patients sur le voyage*”, “*soigner des nomades*” qui montrent cette prise en considération du “*patient qu’il faut guérir en une fois*”. “*On les accompagne le temps qu’ils cherchent à passer, on soigne des nomades, on soigne des gens en mouvement. On sait qu’on n’a pas beaucoup de temps devant nous et on ne sait pas s’ils seront là la prochaine fois, il faut adapter l’outil à cet aspect nomade*”, propose un médecin.

Toutefois, ce retour à la résignation perturbe des soignants. Certains - travaillant en libéral surtout - regrettent le manque d’implication de leurs collègues et estiment que le travail effectué relève “*du strict minimum*”. “*Le souci avec l’équipe, c’est qu’il y a certaines personnes plus ou moins sympas avec les migrants, des gens plus ou moins impliqués dans la prise en charge. On sentait qu’il y avait des gens à qui ça tenait à cœur et d’autres qui faisaient ça parce que c’est leur boulot quoi*”, constate un médecin de ville. Ce soignant souligne un manque d’écoute des patients par certains membres de l’équipe, il leur reproche “*un faible accueil*” et estime que certains comportements sont “*limites*”. Constat qu’a fait un autre soignant qui n’arrivait pas à trouver sa place au sein de la PASS et s’est senti eseuilé parce qu’il avait l’impression que sa manière de travailler n’était pas comprise et acceptée. Ces professionnels qui veulent davantage s’investir, peuvent alors être marginalisés et cela peut créer un sentiment d’amertume et de rejet. Ce que déjà constatait Patrick Declerck en parlant des médecins qui assuraient les consultations par intérim : “Certains mesuraient toute l’importance et la spécificité de cette consultation et s’y engageaient pleinement. D’autres, nommés là au hasard des affectations, venaient en retard ou, quelquefois pas du tout (...). Seules les infirmières assurèrent une véritable permanence durant cette phase de transition. (...) Rien ne dure. Tout dépend de l’enthousiasme, du dévouement de quelques-uns.”

b. Rester utile dans le temps imparti

L'autre outil défensif dont disposent les soignants est de rester utile dans le temps imparti. Ils apprennent ainsi à se contenter de ce qu'ils font par un processus de "dés'héroïsation" qui permet de baisser le niveau de pression qu'impose l'idéalisme de justice médicale. *"Je me disais c'est toujours utile quand même, je me suis positionné, je me suis dit : 'Ce que je fais ça peut être utile et ça peut rendre service'"*, précise un médecin. Une infirmière souligne de son côté qu'elle donne tout ce qu'elle peut pendant ses heures de travail. *"Je fais tout comme il faut ; s'ils ne m'écoutent pas, je ne peux pas aller les chercher moi-même."* Un autre infirmier résume de façon tout aussi pragmatique : *"Ce que je peux lui donner, je lui donne, mais ce que je ne peux pas, je ne lui donnerai pas."* Les soignants expliquent *"faire au mieux"* et soulignent qu'ils ne sont pas *"des magiciens"*. Ce dernier terme revient à plusieurs reprises dans divers entretiens ; il nous amène à penser que, face au désenchantement et pour éviter de déchanter, les professionnels désenchangent finalement leur fonction. *"Pour l'ouverture de droits, on n'est pas des magiciens, il existe une perte de foi"*, confie un cadre social. *"Je fais le maximum pour chaque personne. Mais on n'est pas magicien"*, conclut une psychologue en usant du même vocabulaire. S'adapter passe donc par des actions concrètes mais aussi par une action sur soi, un travail de "refaçonnage" de soi. Pour ce faire, les soignants s'entourent dans un "blindage moral" qui leur permet de poursuivre leur activité en dépit des limites qu'ils éprouvent ou de la vacuité qu'ils ressentent (Fernandez, Leze, Marche, 2006). Catherine Mercadier en parle en expliquant qu'en formation, on apprend aux soignants à assumer et à se prémunir des émotions négatives. *"Assumer, c'est accepter, supporter, prendre en charge ; c'est surmonter les difficultés face au corps malade sans rien dire"* (Mercadier, 2002).

Pour installer une résistance émotionnelle, cela passe donc par une reconfiguration mentale mais aussi par les autres - l'équipe, les proches, les bénévoles - comme ressource qui décharge les professionnels d'un poids. Le travail d'équipe est un avantage puisque chacun - si tant est qu'il se sente à l'aise - peut parler et partager ses difficultés. Comme il n'existe pas non plus de cellule psychologique dédiée, les psychologues de l'équipe sont aussi une ressource sur laquelle on s'appuie pour retrouver le moral. *"On ventilait notre désarroi entre nous et on travaillait le plus possible en réseau."* Ensuite, la séparation entre vie professionnelle et vie intime est un bon procédé pour régler les émotions. Les soignants

puisent de l'énergie auprès de leur famille ou leurs activités apportent une force qui va leur permettre de décompresser. Une psychologue explique qu'elle joue de l'accordéon et ça lui fait du bien. Une autre psychologue indique qu'elle ne donne pas son numéro de portable, *“que très vite on peut franchir la frontière professionnelle et personnelle”*. *“Je n'ai jamais dépassé les barrières avant la PASS ou après la PASS. J'ai toujours respecté ma vie privée et ma vie publique et c'est tout”*, se satisfait un infirmier. Cette dissociation entre rôle et identité marque, comme l'a analysé Catherine Mercadier (2008), une rupture avec le métier de soignant comme vocation.

Cette médecine générale d'urgence hospitalière traite un panel de pathologies, de la plus bénigne à la plus lourde. Les patients évoluent dans un espace hostile et leur vulnérabilité pose rapidement la question de la prise en charge sociale. Par incorporation du présupposé que les patients ne veulent pas rester, les professionnels de santé soignent souvent en oubliant de mentionner la possibilité d'une prise en charge sociale. C'est ce que déplorent les psychologues et les assistantes sociales qui aimeraient davantage creuser les histoires des patients. La séparation des bureaux est signe de cette mise à distance ou de cette *“juxtaposition”* des services - médical et social - dont parle Isabelle Parizot (2003). Lors d'observations menées dans une camionnette mobile de Médecins du Monde à Paris, par exemple, l'accueillante sociale se trouvait autour de la table avec l'interprète et le médecin ; ensemble, des solutions sociales étaient proposées et trouvées (Tisserand, 2018). Or, au-delà de la tension historique qui existe entre le social et le médical à l'hôpital, il semble que l'incertitude migratoire distend ce lien alors même que l'on se situe dans un espace médico-social. En effet, les nœuds administratifs et la présence ponctuelle des patients diminuent considérablement la portée de l'assistance sociale qui peut, tout au plus, proposer des hébergements d'urgence, sans vraiment pouvoir intégrer les patients dans des parcours de soin. Pour la plupart, le projet migratoire exclusif est la traversée de la Manche. De sorte que les soignants peinent - comme les travailleurs sociaux - à mettre en place un suivi médical sur le long terme. La médecine pratiquée à la PASS doit composer avec l'imprévisible et, partant, s'accommoder de la relative impuissance des professionnels.

Si l'incertitude caractérise la médecine à la frontière, la distance culturelle est sans doute une autre de ses singularités avec lesquelles elle doit composer. Nous verrons à cet égard que, comme ils le sont face à l'itinérance des patients, les professionnels de santé se trouvent également freinés et contraints dans leurs gestes mêmes par la différence culturelle. C'est là un autre des obstacles qu'ils doivent s'employer à franchir.

CHAPITRE 4

L'ARRACHEMENT AU PAYS

COMME ENJEU MÉDICAL

82,4 millions de personnes sont déracinées, un chiffre deux fois plus élevé qu'il y a dix ans, selon le rapport annuel de l'ONU ; une progression de 4% depuis 2019 (79,5 millions). L'exil n'est pas qu'un chiffre ; il prend aussi la forme d'un arrachement au pays, un déracinement : c'est "cette ligne droite qui se brise" dont parle Smaïn Laacher (2007), et, l'exil "marque de manière indélébile" (Sayad, 1999). En développant son concept de "double absence", Abdelmalek Sayad (1999) souligne l'importance qu'il y a à considérer autrui avec son identité culturelle ; et cela, au moment où les autorités françaises des années 1950-60 portent sur les populations exilées un regard ethnocentré. Celles-ci les qualifient alors "d'immigrés". Or, Abdelmalek Sayad rappelle que "l'immigré" est aussi un "émigré", terme qui redonne à l'autre sa consistance et sa richesse culturelle : l'autre n'est pas seulement là pour répondre à un besoin de main d'œuvre, il est aussi une personne qui quitte un pays, une famille, des racines. Georges Simmel, à travers le terme "étranger", désigne ces populations en migration comme des êtres mobiles qui appartiennent à un cercle disposant de caractéristiques n'étant pas les mêmes que celles du cercle représentant la société d'accueil (Rammstedt, 1994). Ce qui pour eux est proche, est lointain pour les autres. Le déracinement peut être lu et vu de deux façons : selon la conception transnationaliste, les exilés partagent le sentiment d'être "d'ici" et de "là-bas", expression revisitée et empruntée à Abdelmalek Sayad qui notait, lui, que le déracinement fait naître chez les exilés un sentiment de n'être plus "d'ici", ni de "là-bas" car ils entrent dans "un univers dont on n'est pas naturellement 'naturel' (...)" (Sayad, 2006). Ces deux conceptions restaurent les racines culturelles que les exilés transportent par 'sauts de puce' (Laacher, 2007) de pays en pays où cultures orientales, africaines et occidentales finissent par se rencontrer.

Les consultations à la PASS donnent à voir la rencontre interculturelle puisqu'elles brassent des patients irakiens, iraniens, afghans, érythréens, etc. aux origines, religions et modes de vie singuliers. Les traditions culturelles sont multiples et chacun s'est construit en

fonction de références propres à sa société. “Observer” les exilés en France nécessite de conjuguer une “anthropologie médicale chez soi” (l’anthropologue est issu de la société qu’il étudie) et une “anthropologie médicale exotique” (Fainzang, 2001). “L’intérêt traditionnellement accordé aux situations de pluralisme médical qu’offrent les sociétés du Tiers-Monde pénétrées par la présence de la biomédecine, s’est déplacé avec juste raison aux sociétés occidentales également marquées par le multiculturalisme et, par voie de conséquence, par le pluralisme médical” (Fainzang, 1989).

Comment soigne-t-on les étrangers ? Faut-il ou non intégrer la culture dans le soin ? Comment une médecine qui souhaite prendre en soin les patients dans leur globalité s’adapte-t-elle à des identités culturelles multiples ?

I. Une consultation insolite : un face à face culturel

Les patients d’hier, que les sans-frontiéristes soignaient là-bas, deviennent ceux que les professionnels français traitent désormais ici et aujourd’hui. On l’a vu, certains professionnels sont expérimentés mais pour d’autres soignants, la rencontre avec une patientèle étrangère revêt un caractère “exotique”. Les professionnels sont amenés à revisiter les outils de travail de la médecine occidentale, à réinterroger leurs pratiques. Cela n’est pas nouveau puisque déjà la psychiatrie transculturelle ou ethnopsychiatrie créée au début du XXe siècle est le produit d’une remise en question de la médecine occidentale.

Nous verrons dans un premier temps que l’on retrouve ce croisement des médecines, communautaires, traditionnelles, rationnelles, à la PASS, et que ce bouillonnement produit une certaine excitation chez les professionnels. En revanche, cette frénésie dénote aussi d’une certaine méconnaissance de la culture d’autrui dans une ville encore peu cosmopolite. Et faute de maîtriser certains codes culturels, les professionnels, involontairement, complètent cette inexpérience par un recours à des réflexes post-coloniaux. Nous verrons enfin que l’intégration des enjeux culturels dans le soin est imparfaite, ou l’est à divers degrés par les professionnels de santé.

A. La PASS au carrefour des médecines

Les représentations de la maladie, ses causes, les modes de soin, les interprétations des symptômes divergent d'une société à l'autre (Laplantine, 1986) ; et ces différences, de même que les divers rapports à la santé peuvent être saisis, précisément, dans les salles de consultation de la PASS. Là, en effet, où des soignants décèlent une maladie due à une cause organique, des patients y voient une fatalité ou la conséquence d'un mauvais sort. C'est d'ailleurs ce qu'explique un psychiatre, médecin à la PASS ayant auparavant pratiqué la médecine tropicale en Afrique : *“il y avait cette notion de sorcellerie. Le chauffeur de notre équipe était malade du SIDA et il avait beau travailler pour un programme SIDA avec nous, il ne croyait pas à l'origine virale de la maladie. Pour lui, il avait subi un sort. On n'a jamais réussi à le faire adhérer à [notre] étiologie. Il n'a jamais voulu prendre le traitement. Il a dû voir des guérisseurs traditionnels essayer toutes formes de thérapies traditionnelles et il est malheureusement décédé.”* Un infirmier, parti à plusieurs reprises en mission en Afrique, rapporte que : *“pour eux, telle ou telle maladie, c'est [par exemple] le voisin qui a souhaité ou telle plaie à la jambe, c'est le voisin. C'est un peu dur à comprendre mais à force, on comprend mieux leur culture... Même la religion, la religion dans le soin est très importante.”* Ainsi, la question de la prise en compte de la dimension culturelle dans le soin des patients fait son apparition. Comme la dimension sociale, cette variabilité culturelle est prise en considération parce que les professionnels exercent une médecine médico-sociale qui se veut holistique.

Nous verrons que la nosographie, les référentiels de santé et la pratique d'une médecine rationnelle sont ainsi bousculés. De sorte que les incompréhensions qui envahissent la relation soignant-soigné, donnent lieu à des interprétations psychologiques et à un système de représentation stéréotypé.

1. La confrontation des modèles de santé

La PASS est une structure médicale traversée par des enjeux culturels. Comment soigner des populations pour qui la religion est potentiellement importante dans une institution qui impose la neutralité ? Comment soigner des patients lorsque leur référentiel médical n'est

pas le même que celui de la médecine occidentale ? Cette réflexion sur la place de la culture dans l'institution hospitalière n'est pas nouvelle : elle s'est déjà posée avec les patients immigrés, et les sans-papiers (Sauvegrain, 2012 ; Alaoui, Nacu, 2010 ; Pourette, 2013) ; elle s'étend désormais aux exilés à la frontière.

a. "L'exotisme" des patients, une stimulation déconcertante

À partir de 2013, les exilés à la PASS de Calais sont originaires pour la plupart d'Afghanistan et de la Corne de l'Afrique mais les ethnies changent d'une période à l'autre selon les déplacements migratoires. C'est pourquoi les cadres s'attèlent à repérer en entretien l'esprit d'ouverture et ont aussi fixé comme base le volontariat pour travailler à la PASS. Certes, l'Orient a toujours galvanisé les esprits occidentaux comme le rappelle Edward Saïd (1978) : "l'Orient (...) depuis l'Antiquité [est] lieu de fantaisie, plein d'êtres exotiques, de souvenirs et de paysages obsédants, d'expériences extraordinaires." Et les orientalistes (romanciers, poètes, scientifiques...) ont usé d'imageries et de doctrines pour construire cet Orient romantique. Dans cette perspective, on ressent chez les soignants un attrait qui s'apparente à cette construction imaginaire et "exotique" des patients. Ils sont aussi intéressés par leurs parcours de vie qui ouvrent une fenêtre sur l'ailleurs ou sur le bout du monde. Ainsi, un infirmier, friand de partage interculturel et ayant effectué une mission humanitaire, se souvient avoir "*regardé la carte de l'Afghanistan parce qu'[il] ne savait pas où c'était exactement*". Il ajoute : "*Je ne comprenais pas non plus pourquoi les Soudanais venaient. Vu d'ici, à ma connaissance, il n'y avait pas de problème. C'est eux qui m'ont expliqué qu'il y avait le Soudan nord, le Soudan sud et qu'ils étaient en conflit mais c'est par l'échange et je me suis aussi documenté.*" Les soignants afghans aussi découvrent les cultures au contact des patients africains : "*Je ne savais pas que le Sud-Soudan était séparé. Quand je suis rentré chez moi, j'ai regardé les informations sur Internet, pourquoi ils étaient séparés [comme cela] la prochaine fois que le patient vient, je lui parle du Sud-Soudan. Ça donne un peu de confiance. Vous savez, si les patients savent que les soignants connaissent un peu de leur pays, de leur langue, de leur culture, ils sont un petit peu à l'aise avec les médecins.*" Une infirmière qui a pourtant effectué un voyage au Mali raconte qu'au contact des exilés à Calais, elle n'avait pas du tout conscience de la différence culturelle : "*Je l'ai découverte au fur et à mesure de mes*

rencontres avec eux (...) J'ai appris des mots de farsi, j'ai appris des mots d'arabe. Ce sont les migrants qui m'ont parlé de leur croyance de leur pays et on parlait du rapport homme/femme, des valeurs, de la famille, du mariage (...) de tout un tas de choses qui étaient des bouleversements.” Je me souviens avoir été surprise dans le couloir de la PASS : une psychologue et une infirmière imitaient les onomatopées des patients africains qui, souvent, “tchipent”²⁵ pour s'exprimer ou pour ponctuer des phrases, expressions langagières non utilisées chez les occidentaux. Elles ont eu un fou rire lorsqu'elles se sont regardées en train de claquer la langue avec peine ou d'exercer une succion en les imitant. Cette anecdote qui ne relevait pas de la moquerie mais bien d'un apprentissage joyeux d'une culture étrangère, montre, et c'est ce que l'on retrouve dans les entretiens, que la différence culturelle génère enthousiasme et excitation. Excitation que l'on retrouve chez les soignants lorsqu'ils soignent une maladie tropicale, comme le démontre l'engouement de cet infirmier : “c'était un plaisir de découvrir des pathologies méconnues ; tout ce qui est pathologique [différemment] type crise du paludisme qu'on ne connaît pas du tout.” Un médecin, originaire d'Afrique, s'est ainsi réjoui parce que contrairement à l'urologue consulté par son patient, il avait trouvé que celui-ci souffrait d'une bilharziose (première cause de décès en Afrique Subsaharienne) : “J'étais heureux comme un gamin qui vient de découvrir je ne sais quoi !”. À la PASS, des patients sont souvent soignés pour paludisme, drépanocytose, des maladies peu fréquentes en France.

Ce décalage culturel peut aussi faire l'objet de réserves et susciter des inquiétudes chez certains soignants qui redoutent le “défi” que constituent ces prises en charges. Un médecin explique avoir un “signal rouge” lorsque son patient semble avoir une origine étrangère qui lui indique qu'il doit prendre en compte la dimension culturelle. Ce soignant vit l'empathie comme un sentiment plus difficile d'accès avec quelqu'un qui est d'une culture différente : “quelquefois, je disais bonjour, je tendais la main, et quelquefois les gens ne tendaient pas leur main. Il y a des conventions ; vous ne savez pas si quand vous dites quelque chose, vous allez tomber. [Il faut] être [attentif] à la parole car votre vocabulaire peut avoir un impact sur quelqu'un qui ne va pas bien et [peut être] mal à propos. Je me disais : ‘Dans mon attitude et ma façon de procéder peut-être je vais tomber à côté, que ce sera inefficace et peut-être je vais les choquer.’” La PASS propose donc des rencontres qui semblent insolites même au XXI^e siècle, époque à laquelle savoirs et connaissances sont accessibles à portée de clic.

²⁵ Le tchip est une forme langagière orale surtout mobilisée en
bruitages réalisés avec les lèvres et la langue.

Afrique et qui s'appuie sur des

L'étranger garde malgré tout une étrangeté.

b.Médecine cartésienne, médecine traditionnelle

Le relativisme culturel ne se cantonne pas à la rencontre entre deux individus ; il interfère forcément dans les pratiques médicales. Maurice Godelier (2011) rappelle que les représentations culturelles en disent long sur les modèles de société. On le constate chez un médecin de la PASS qui différencie représentation médicale africaine et moyen-orientale et qui, partant d'une observation, suppose que cette différence provient de ce que les uns disposent d'un meilleur système de soin. Un infirmier commente : *“Il y a tellement de modèles de soins différents selon les pays, il y en a qui n'ont jamais vu un médecin de leur vie et ont eu à faire à un arracheur de dents.”* À l'inverse, une psychologue affirme avec évidence : *“Il y a des médecins dans tous les pays du monde, ils ne débarquent pas non plus de la lune !”* Maurice Godelier rappelle que dans n'importe quelle culture, il y a quatre éléments communs : définir la nature à partir des symptômes, identifier la cause de l'altération, l'agent qui l'a causée et enfin comprendre pourquoi l'individu est malade ; c'est le diagnostic de la maladie quel que soit le type de médecine. En revanche, l'interprétation donnera une couleur différente à l'interaction soignant-soigné, ce qui rejoint les analyses de François Laplantine lorsqu'il évoque des modèles de sociétés où la maladie est exogène (liée à une cause extérieure) et d'autres où elle est endogène (liée à l'individu) (Laplantine, 1986). En Afrique, la maladie pour “l'être africain” recouvre à la fois “le visible bactériologique” et le “non visible surnaturel” (Ouédraogo, 2010) : “les forces surnaturelles qui composent avec lui sont régies par des règles de même nature, peuvent interagir et générer des conséquences bonnes ou néfastes pour l'individu et son entourage. Chaque individu est porteur de toutes ces potentialités qui, en s'actualisant selon des circonstances humaines ou supra-humaines, donnent ‘naissance’ à la maladie” (Ouédraogo, 2010).

Ce croisement des médecines est visible couramment à la PASS. À titre d'illustration, Chloé Le Carpentier a repéré des préoccupations magico-religieuses chez les patients exilés qui préféreront, par exemple, régler un cancer de la peau en consultant un chaman. De même à la PASS, une psychologue a par exemple reçu un patient qui souffrait de troubles de l'éjaculation et accusait un homme qu'il connaissait d'avoir voulu se venger de lui, tandis

qu'un médecin raconte qu'un de ses patients a procédé à des scarifications pour éloigner les mauvais esprits. Chloé Le Carpentier montre aussi à travers ce qu'elle nomme "la force symbolique" de la prise de sang comment les représentations culturelles influencent l'éthos du patient. "Dans nos sociétés, la prise de sang est largement acceptée par les patients. Inhérente aux soins, elle est reconnue comme utile au diagnostic. En revanche, dès que l'on abordait la notion de prise de sang avec les patients migrants, on remarquait une affection particulière, entre un sentiment de spoliation et d'impuissance." Car l'affaiblissement du sang peut être dû aux "djinnns" (mauvais esprits), "une approche insoupçonnable pour un médecin européen". L'apport de sang n'est selon les patients pas le remède ; il faut, pour eux, chasser d'abord les mauvais esprits. Elle souligne qu'en Afrique subsaharienne, il faut recourir au "mourid", pratiqué par un imam pour exorciser les mauvais esprits grâce à la bonne parole et, partant, accéder à la guérison. On retrouve ici la pluralité des étiologies déjà étudiées par Maurice Godelier : "les sociétés humaines se représentent de façon très diverse mais souvent imaginaire l'origine des maladies et des maux qui agressent les hommes, et du coup la nature des traitements pour en guérir ou les prévenir." (Godelier, 2011). L'envoûtement est souvent cité dans les entretiens de soignants comme incarnation de ces décalages culturels dans la pratique. L'envoûtement, les sortilèges ne sont pas dans le référentiel de santé des médecins occidentaux, formés surtout au cartésianisme. Ces derniers sont bousculés dans leur pratique. Un patient observé à la PASS de Calais explique qu'il fait noir devant ses yeux tous les deux mois et pendant dix minutes. Le médecin plaisante : "*Ah, je n'ai pas ça dans mon référentiel !*" Tout comme un registre de mots concrets se confronte au registre de mots plus poétiques et métaphoriques utilisé par les patients. En consultation alors que le médecin pose son stéthoscope sur la poitrine du patient, celui-ci lui adresse : "*Tu regardes mon âme.*" De son côté, la dentiste a été frappée par la ferveur religieuse de ses patients qui pendant le Ramadan, s'empêchaient de déglutir l'eau qu'elle projetait lors des soins dentaires et tenaient absolument à la recracher dans le haricot. L'expérience à la PASS regorge d'anecdotes de ce type. Ainsi, des soignants se sont étonnés que leurs patients exigent plutôt des injections (qui se pratiquent beaucoup en Iran) que des traitements par voie orale. On pense aussi à ce médecin, déconcerté de voir qu'une de ses patientes n'avait pas eu ses règles pendant trois mois suite à une injection contraceptive - très répandue en Afrique - administrée en Libye. On imagine aussi que cette injection peut être un recours en prévision d'un voyage long comme la traversée de la Méditerranée. L'injectable est bien souvent une solution de dernier recours pour les personnes défavorisées et immigrées (Bretin, 2004).

La manière dont nos comportements sont liés à la culture a d'ailleurs été démontrée dans un travail de Sylvie Fainzang (2001) qui a mis en évidence les “seuils culturels inconscients” lors de son analyse de l'observance des traitements. Elle détaille comment, selon son appartenance religieuse, le patient sera plus ou moins respectueux des règles de la prise de médicaments (Fainzang, 2001). Les référentiels de santé (gestion des médicaments, conservations des données, éducation de la santé, etc.) restent encore différents. Un médecin afghan indique qu'il a reçu beaucoup de patients originaires de villages dont les accès aux hôpitaux ont été rendus impossibles à cause de la guerre ; ainsi, beaucoup ont eu recours à la médecine traditionnelle comme l'usage de tamaris, cette plante médicinale utilisée en Afghanistan (Younos et *al*, 2005). De manière générale, certains patients exilés préfèrent parfois s'en remettre entre les mains “des sachants” de leur communauté. Le recours aux savoirs autochtones peut être “le reflet d'un réajustement dynamique des coutumes et des valeurs” (Homan, 2009) ; cela peut donc traduire une volonté de conservation des racines culturelles, et cela peut également prendre un sens plus politique lorsqu'un pouvoir cherche à les écarter ou bien dans un contexte postcolonial. C'est ce que souligne Homan dans une étude menée en Ouzbékistan et au Tadjikistan, où cohabitent médecine conventionnelle et traditionnelle. À Calais, c'est surtout l'angoisse face aux traitements de la médecine conventionnelle (Lazarus, Delahaye, 2007), la déception suscitée par l'administration des soins et les carences institutionnelles qui semblent expliquer ce recours aux savoirs communautaires [cf. Encadré. Numéro 23].

Encadré numéro 23. La communauté, une alternative aux soins institutionnels

Les exilés ne s'appuient pas seulement sur la PASS pour être soignés ; l'usage de pharmacopées traditionnelles et le choix de l'automédication existent. La communauté d'origine est à cet égard une ressource. Je pense à ce Soudanais qui a arrêté de fréquenter la PASS parce qu'il considérait que les traitements pour soigner son mal d'estomac ne fonctionnaient pas. Il s'est alors tourné vers ses compagnons d'infortune qui lui ont conseillé le fenugrec, une plante médicinale censée calmer les douleurs. Lors de la "new jungle", j'ai pu aussi constater que des commerçants exilés qui s'étaient rendus à la PASS et avaient bénéficié de médicaments, les revendaient ensuite dans leurs échoppes ce qui permettait aux malades d'avoir accès plus directement à des traitements. Au niveau de la rue des commerces et des restaurants, on pouvait apercevoir, "en vitrine" des boîtes d'Hexalyse® ou de Doliprane® à côté des paquets de cigarettes. *"C'est pour les maux de tête, les douleurs aux dents, au corps, explique le commerçant, un Afghan, qui ajoute : Ici, la douleur est là tout le temps. La nuit, il n'y a pas de docteurs. À Jules-Ferry, à 15 heures [horaire de la consultation des femmes] ils partent ; où peuvent aller les hommes après ? Et puis tout le monde ne peut pas passer car il n'y a pas assez de tickets, et l'hôpital est trop loin. Ici, c'est possible de venir jusqu'à minuit prendre des médicaments."* La boîte est vendue six euros. En quinze jours, il a vendu douze boîtes ; il les acquiert en passant lui-même à la PASS-Ferry, avant de répercuter ensuite à ses clients les conseils qui lui ont été prodigués par les médecins (heures de prise, posologie, etc.). Ce commerçant précise cependant qu'il ne vend aucun anxiolytique du fait de leur dangerosité. Le système communautaire vient combler les carences du soin institutionnel qui peine à répondre aux besoins des patients. C'est ce qu'ont analysé Jacques Rodriguez et Jean-Michel Wachsberger (2015 et 2016) en se rendant en République démocratique du Congo ; ils expliquent qu'en raison d'un système de soin perfectible, l'automédication devient une pratique d'autant plus courante que les médicaments et autres thérapeutiques locales en vente libre. L'automédication est principalement "contrainte" dans ce contexte. D'autres hypothèses pourraient expliquer ce non usage des services médicaux, comme le sentiment d'être en bonne santé, le rejet du regard soignant sur soi ou encore l'habitude de recourir en premier lieu à la famille ou au tradipraticien. Chloé

Lecarpentier (2019) l'a d'ailleurs repéré : “la médecine occidentale et la pharmacopée psychiatrique (...) effrayent souvent les patients. La médecine occidentale est parfois jugée comme dangereuse.” De manière plus générale, la façon dont les exilés sont soignés en amont, dans les pays qui précèdent l'arrivée en France, contribue à reconfigurer le rapport au soin.

L'interculturalité dans le soin nous habitue à l'opposition entre médecine cartésienne et médecine traditionnelle, comme le rappelle l'hématologue Laurent Degos (2017) : “ces deux approches, médecine occidentale et MTC, étaient considérées comme exclusives et incompatibles, entre une médecine basée sur les preuves (...), et l'autre basée sur l'observation (...). L'une centrée sur l'objectif, l'autre sur le subjectif, l'une traitant la maladie, l'autre le

malade, l'une supprimant l'origine du mal, l'autre supprimant le symptôme notamment la douleur, l'une collective (un même produit pour une maladie), l'autre individuelle, l'une quantitative, l'autre qualitative, l'une où le malade est objet 'réparable', l'autre où il est sujet 'rééquilibrable'." Or, c'est oublier les nuances qui existent au-delà de cette opposition binaire, des nuances qu'illustre le recours des Occidentaux aux remèdes de grand-mère. Une étude rappelle par exemple que 81% des Allemands préfèrent avoir recours en cas de maladie à des remèdes naturels plutôt qu'aux traitements allopathiques (Devillard, 2019). Et cette opposition ne doit pas faire oublier, aussi, que des systèmes de santé orientaux se sont consolidés lors des colonisations, et gardent cette influence occidentale (Liban et Syrie sous protectorat français).

Laurent Degos (2017) signale aussi que dans certains secteurs médicaux, ces médecines - on l'oublie parfois - peuvent être complémentaires plutôt qu'opposées. À cet égard, il rappelle que la leucémie aigüe promyélocytaire a été guérie grâce à l'association de ces deux médecines. La reconnaissance dans le système de soins français de la médecine traditionnelle progresse comme l'illustre l'entrée de l'acupuncture ou des coupeurs de feu dans les services hospitaliers, ou encore l'intérêt des psychiatres pour la transe... Or, les soins proposés à la PASS restent très classiques et éloignés d'une ethnomédecine qui "peut servir aussi tout particulièrement à une meilleure compréhension de notre propre médecine occidentale" (Hobert, 2019). Néanmoins, comparée aux apports que proposent la médecine libérale, la PASS les devance comme en témoigne la fréquentation de patients exilés éligibles au droit mais qui continuent malgré tout de se rendre dans cette structure de soins qui dispose d'un interprète.

Nous verrons tout de même qu'en dépit d'efforts réalisés pour se détacher d'une forme d'ethnocentrisme qui s'est agrippée à l'Europe pendant plusieurs siècles, les soignants conservent des réflexes post coloniaux. Traces réduites mais perceptibles d'une médecine du XIXe siècle qui fut l'instrument des puissances coloniales prétextant apporter "la raison et le progrès de la civilisation occidentale" (Parizot, 2003 ; Lachenal, 2014) alors qu'elle poursuivait un but plus politique - comme l'illustre notamment l'évangélisation à Gaza (Bourmaud, 2012) par des missionnaires.

c.Limites des savoirs universitaires et de l'expérience de terrain, le risque de l'interprétation stéréotypée

Pour appréhender la différence culturelle, les professionnels usent de schémas de pensée, de classification scientifique et puisent aussi dans leur expérience personnelle de terrain ou dans leurs lectures. Certains médecins ont le réflexe de regarder immédiatement la nationalité de leur patient, ce qui les renvoie à un cadre nosologique spécifique. L'un d'eux indique : *“Je pensais : ‘Tiens, il vient de tel pays, est-ce qu’il y a du palu ou pas?’”* ; un autre dira la même chose : *“Tout de suite, je pense palu.”* Les soignants de la PASS sont issus d'un cursus universitaire restreint sur les questions liées à la différence culturelle dans le soin. Tout au plus, il existe des formations sur les maladies tropicales mais pas à proprement parler en anthropologie médicale, de sorte que les professionnels ne sont pas assez éclairés sur les divers modèles de santé selon les pays ou des représentations de la maladie qui ont cours ici ou là. Certains ont recours à l'autoformation qui témoigne de cette volonté des soignants de s'ouvrir à l'autre, d'en savoir plus. Les connaissances sont ainsi remises à jour régulièrement. Un médecin enseignant à l'université s'est procuré un livre de médecine tropicale, par exemple, tandis que d'autres vont consulter des sites médicaux dédiés et spécialisés. Les professionnels s'appuient également sur leur curiosité propre. Certains décident d'aller plus loin dans la réflexion en lisant ou en visionnant des documentaires. Beaucoup de psychologues m'ont cité le livre de la psychoclinicienne Élise Pestre, utile pour comprendre les mécanismes qui se jouent en consultation. Un médecin, de son côté, consultait un ouvrage sur le parcours d'un Afghan en migration ; un autre a regardé un documentaire-enquête télévisé sur la traversée des exilés ; un infirmier calaisien s'intéressait déjà, adolescent, à ces enjeux auxquels il avait été sensibilisé par une enseignante ayant emmené ses élèves dans la “jungle” ; une infirmière boulonnaise, enfin, a rédigé un mémoire en collectant les caractéristiques culturelles de ses patients. Dans ces conditions limitées de la connaissance, l'expérience vécue - en mission humanitaire notamment - devient une ressource essentielle sur laquelle s'appuient les médecins pour penser leur relation à l'autre.

Reste que, malgré les bonnes volontés, les professionnels de santé n'échappent pas aux réflexes post-coloniaux. Ils dressent ainsi des catégories d'*ethos* culturel ; on se retrouve ici à la limite entre connaissances scientifiques, interprétation liée au vécu personnel et - nous le verrons - essentialisation. Cette dernière est un réflexe assez fréquent. Je ne peux

m'empêcher de songer aux techniques de la médecine coloniale que présente Delphine Peiretti-Courtis dans son ouvrage *Corps noirs et médecins blancs* (2021). En effet, elle rappelle comment l'anthropométrie mesure et analyse les corps des patients, mais aussi comment les corps produisent des interprétations. La physiognomonie, selon laquelle l'âme peut être déchiffrée par l'observation du corps, attribue des caractères ethniques souvent racisants. "Connaître les populations africaines dans cette seconde moitié du XIXe siècle, c'est tenter d'appréhender leurs caractères corporels mais aussi leurs traits moraux et culturels, afin d'en dresser un portrait, essentialisant et monolithique." Cela débouche sur des expressions comme "l'esprit africain" qu'on retrouve dans les entretiens avec les soignants qui ne sont pas mal intentionnés mais cela montre que la médecine coloniale a laissé des traces. On entend à la PASS, un professionnel indiquer : *"Je préfère soigner un Africain qu'un Irakien, même si les Irakiens sont de plus beaux hommes que les Africains qui sont plus lipus."* Il y aurait ainsi des *"représentations africaines"*, des *"comportements iraniens"*. Toutefois, certains professionnels sont conscients de ces logiques de catégorisation : *"il y a des clichés sur les Iraniens qui étaient 'des poètes' parce qu'ils sont cultivés et expriment leurs maux, leur souffrance et mal-être, certains soignants disent 'qu'ils en font trop', 'qu'ils sont forts dans ce jeu' par rapport à des villageois qui parlent moins."* Un médecin explique : *"Parmi les migrants, il faut distinguer ceux de l'Afrique donc quand je parle Afrique, c'est ceux de l'Afrique Subsaharienne et du Nord Afrique et ceux du Moyen-Orient. En Afrique subsaharienne, ce qui ne paraît pas grand-chose pour nous est immense pour eux. Une douleur qu'on pourrait comparer sur une échelle de 10 qualifiée chez nous de 3-4, chez eux, ce sera le double ! Donc quand on soigne ces gens-là il faut tenir en compte de cette dimension qui est une dimension culturelle relativement importante."*

L'interprétation stéréotypée et cette psychologie des foules comportent des dangers. En effet, déjà Edward Saïd (1978) la présente comme constituant une réduction de pensée fabriquée par les Orientalistes qui classifient par traits de la personnalité les populations. Cromer, sur la base de son expérience en Inde et en Égypte décrit "les Orientaux ou les Arabes comme crédules, 'dénusés d'énergie et d'initiative', très adonnés à la 'flatterie servile', à l'intrigue, à la ruse et à la méchanceté envers les animaux". Harold W. Glidden, ancien membre du *Bureau of Intelligence and Research*, du Département d'État dresse des portraits psychologiques qui pointent du doigt des traits culturels différents de ceux des occidentaux et qui "ne peuvent fonctionner que dans des situations conflictuelles". Nos esprits ont été pétris par ces courants orientalistes et coloniaux ; et dès lors, on en retrouve les traces de ces réflexes

de pensée aujourd'hui. Cet européocentrisme peut aussi aboutir à des abstractions qui s'appuient aussi sur les caractères pour catégoriser des populations ("l'Américain est rouge colérique droit", "l'Asiatique jaune mélancolique rigide", "l'Africain noir flegmatique relâché" (Saïd, 1978). Le risque, pour des soignants qui ne sont pas formés à soigner les exilés et méconnaissent leur culture, c'est alors d'essentialiser le patient. Ainsi, en étudiant l'immigration algérienne dans les années 1960, Abdelmalek Sayad a montré comment le corps est devenu objet du discours des psychiatres. Ces derniers, faute de connaître la langue des patients, se sont longtemps intéressés au corps de l'immigré pour déchiffrer le langage et les signes qu'il manifeste. Or, Abdelmalek Sayad (1999) explique que de nombreux raccourcis se nichent dans le discours médical. Le sociologue algérien montre le manque d'intérêt et de curiosité des médecins (apprendre la langue par exemple) à l'égard du vécu des immigrés. Le langage du corps vient par facilité leur porter secours. Ce manque d'effort rend l'étranger inaccessible et le conforte dans cette position. Dans cette perspective, le travail en équipe avec des soignants afghans peut permettre de faire progresser la relation soignants-soignés. On voit qu'il n'est pas toujours aisé pour les soignants français de savoir comment s'y prendre avec des patients étrangers. C'est le cas, par exemple, en ce qui concerne les rapports hommes-femmes. Pour une infirmière, son expérience à la PASS a été l'occasion de travailler pour la première fois avec des soignants étrangers. *"Ça m'a permis de m'imbiber un peu des coutumes, sur la relation homme-femme déjà, de savoir un peu comment je devais me positionner par rapport au patient"*, commente-t-elle en précisant qu'elle a beaucoup observé les soignants exilés pour adopter la bonne attitude à l'égard de ses patients, et trouver la bonne distance. On constate que la rencontre culturelle n'est pas si simple tout comme la compréhension de l'altérité. Pour contrer les dérives de l'interprétation, l'intérêt pour l'autre est essentiel : déjà en 2005, le rapport de l'Ordre des médecins (18 juin 2005) soulignait que la société française n'est plus monoculturelle mais multiculturelle et que la connaissance de la culture des patients peut résorber les écarts de compréhension entre soignants et soignés.

Comment les professionnels de santé incluent-ils alors cette différence culturelle ? Nous verrons que le relativisme culturel médical est pratiqué par certains, tandis que d'autres préfèrent rester sur une ligne universaliste plus ou moins stricte. Il existe en effet diverses manières de gérer la frontière entre des valeurs, entre le laïc et le religieux, entre les savoirs biomédicaux et les savoirs traditionnels (Massé, 2003).

2. Le rapport des professionnels de santé à l'intégration de la culture dans le soin

Le principe de neutralité qui est un des grands fondements de l'hôpital public, doit prémunir les soignants d'une quelconque discrimination à l'égard des patients. La neutralité, en bannissant la dimension culturelle dans le soin, peut aussi amener les professionnels à moins bien soigner leurs patients et cela questionne l'espace de négociation (Strauss *in* Baszanger, 1992) entre identité professionnelle et identité culturelle. On observe à la PASS trois types de négociation : culturaliste d'abord, celle de la recherche du juste équilibre ensuite et enfin, celle de la limitation. L'approche culturaliste correspond à la clinique transculturelle qu'exerçait Georges Devereux et qui faisait de l'identité culturelle du patient un axe central autour duquel se développe le soin. Des professionnels de santé à la PASS partagent cette intégration totale de la culture dans le soin comme ce médecin qui affirme que *"ce n'est pas pensable de ne pas prendre en compte la dimension culturelle"* ou cette infirmière qui estime que de laisser la liberté aux patients d'exprimer leur culture fait aussi partie du soin : *"Je me souviens (...), on avait autorisé un Soudanais à faire sa prière dans le bureau médical, le médecin est arrivé en disant mais non je ne suis pas d'accord. Moi ça ne me pose aucun souci, moi dans l'absolu, je ne suis pas croyante mais j'ai du respect pour les croyants et que je ne voyais pas où était le problème de laisser prier quelqu'un. (...)"* Elle ajoute que la religion est leur *"seule bouée"*. Comme elle, qui s'adapte aux besoins des patients, une infirmière, qui a réalisé un mémoire sur la place de la spiritualité dans le soin, parle beaucoup de dieu avec les patients parce que la religion est un élément essentiel pour beaucoup et les aide à tenir. *"C'est important de le prendre en compte. On ne va pas donner un bout de jambon à un musulman et dire tu manges !"*, ironise cette soignante pour qui le respect est une valeur importante. Un psychiatre recommande d'intégrer la culture en s'appuyant sur des notions d'anthropologie : *"La majorité des gens sont croyants soit dans l'Islam, soit dans la chrétienté ou dans l'animisme et il y a aussi la croyance dans le monde invisible, dans le monde des esprits (...). Donc ça on doit l'intégrer dans sa pratique et moi je n'avais pas de difficulté, je respectais tout à fait ça, c'est pour ça que c'est important d'avoir une formation, un intérêt pour l'anthropologie quand on exerce en Afrique."* Ici, le degré de négociation est assez faible puisque les professionnels sont enclins à accepter facilement les souhaits de leurs patients. L'exercice qui sert les intérêts d'une population minoritaire s'apparenterait plus à une médecine communautaire. Cette approche peut aussi déboucher sur un risque d'ethnisation

des patients, risque pointé par Didier Fassin (2000) et que l'on a analysé plus haut. L'anthropologue Raymond Massé rappelle aussi que "tout n'est pas relatif, même à l'intérieur d'une culture donnée" et que le relativisme peut aussi servir des groupes d'intérêt.

D'autres soignants sont à la recherche du juste équilibre et respecteront la croyance de leur patient mais tout en se référant à leur propre système de pensée. Ils ont une approche plus universaliste que culturaliste. Un soignant rappelle "*la culture est essentielle ; si on n'en tient pas compte on aura du mal et on passera à côté d'une réelle prise en charge*". Toutefois, il note qu'"*il faut se mettre des limites, et ne pas tomber dans des extrêmes*". Souvent, ils se retrouvent dans des situations d'ordre négocié (Strauss in Baszanger, 1992) plus importantes. Un médecin indique qu'il s'agit de trouver un équilibre entre les références du monde médical français et l'identité culturelle des patients : "*les gens qui croient au vaudou, il faut leur dire : 'Vous pouvez croire à votre croyance mais il faut aussi accepter les soins qui sont validés, qui sont reconnus, etc.'* On n'oppose pas l'un contre l'autre mais il faut que les deux aillent dans le même sens. (...) Nous, il n'y a pas d'obligation, il faut laisser les gens venir vers vous après une fois la confiance est installée, les gens reviennent." Une psychologue qui ne se sent pas apte à intégrer la dimension culturelle laisse néanmoins ses patients l'amener naturellement sans s'y opposer et leur rappelle le fonctionnement du soin en France : "*En ce qui me concerne, (...) je ne ressens pas le besoin d'approfondir ma connaissance de la culture par exemple de ceux qui viennent de Syrie. Je ne m'adapte pas (...). J'amène mes codes pour aider la personne en face à s'adapter. Ça peut aider que quelqu'un dise chez nous ça marche comme ça.*" Cette psychologue indique avoir une approche universelle mais avoue aussi qu'en entretien, elle est amenée à "*coller*" aux représentations de ses patients plutôt que d'imposer les siennes si elle veut mieux le soigner. Derrière cette conception de la pratique médicale, on ressent un attachement des soignants à leur modèle médical. Mais ici, souvent, ils vont essayer de "*trouver un juste milieu*" (un médecin), en parlementant avec le patient : "*par rapport aux représentations, parfois on ramène le patient à la raison*", témoigne un médecin. Il prend l'exemple d'un patient qui a vu sa grand-mère mourir après avoir commencé un traitement d'insuline qu'il associe à la mort et qu'il refuse de prendre lorsque le médecin le lui prescrit. Il précise qu'associer l'insuline à la mort est une forme de représentation de la maladie et que son rôle en tant que médecin est d'être pédagogue en expliquant que sa grand-mère avait peut-être pris son traitement trop tard, ce qui a pu causer la mort. Il indique : "*le médecin doit rester relativement ouvert et tolérant par rapport aux comportements sectaires des patients.*" L'éducation au patient, au cœur du métier des médecins généralistes (Génolini *et al.*, 2011),

est alors un recours pour essayer de le convaincre. La négociation entre le soignant-soigné est en jeu lors de dilemmes entre mondes culturel et médical. En période de Ramadan, les soignants adaptent l'administration du traitement en décalant les horaires en prenant en compte le lever et le coucher du soleil. Parfois, le traitement est réduit à deux prises par jour au lieu de trois. Un infirmier raconte : *“Si Monsieur faisait le Ramadan, on s'arrangeait, on réfléchissait, comment on va faire (il s'imite en train de réfléchir) On disait : ‘tu sais, tu peux repousser, il y a la notion de santé que tu dois prendre en compte dans ta religion’, puis finalement après discussion, [il disait]: ‘ouais, ouais, je vais repousser parce que là je ne suis pas bien’. On s'adaptait, on disait : ‘tu fais telle heure le matin, telle heure le soir’ mais on essayait toujours de trouver une solution.”* Des soignants vont aussi apprendre à s'adapter quitte à faire défaut aux règles hospitalières, par exemple, en prenant le parti de délivrer *“sous le manteau”* du Stromectol® : *“quand c'est Ramadan, ils ne peuvent rien avaler donc les comprimés Stromectol®, on leur donne dans la poche normalement on n'a pas le droit mais bon nous on s'adapte, il faut s'adapter”* (une infirmière). Cet exemple montre bien comment le soignant vise l'amélioration de l'état de santé de son patient. Il doit alors adopter un comportement qui l'oblige à se départir des règles en vigueur à l'hôpital afin de prendre en compte le patient dans sa singularité.

On repère enfin des situations où, bien que tolérants, les soignants imposent des limites à certains comportements culturels émanant des patients. Une infirmière juge par exemple inacceptable que certains exilés ne veuillent pas partager un même lieu sous prétexte que leur culture est différente. C'est ce qui s'est produit par exemple au SSH entre les Afghans et les Soudanais. *“Les asso voulaient deux queues distinctives mais non ! Ils sont en France, ce sont des migrants qui ont migré ensemble, ils vivent dans le même camp, il n'y a pas de raison. Je me suis pris plusieurs fois la tête avec une bénévoles qui venait s'ingérer dans notre fonctionnement. L'esprit de notre établissement est laïc ; il n'y pas de polémiques de racisme ou de religion. À l'hôpital, il n'y a pas de signes distinctifs sinon après on fait une ligne d'afghan, une ligne d'africains. On faisait selon la gravité, moi c'est ma logique.”* Cette même infirmière souhaitait aussi une file d'attente commune entre les hommes et les femmes et non deux files distinctes comme semblaient le souhaiter les associations. Ce que reproche aussi un infirmier : *“Elles [les associations] revendiquaient le droit de passer en priorité parce que c'était des femmes, ça je ne comprenais pas. Dans notre culture, on ne passe pas devant moi parce qu'on est une femme.”* Une autre soignante expose aussi ce qu'elle répond aux patients qui refusent d'être soignés par elle sous prétexte qu'elle est une femme : *“C'est bien, tu peux*

t'en aller. Mais en général, le lendemain, ils reviennent !". Une cadre rappelle que l'hôpital s'est adapté aux besoins tout en précisant : *"on a le respect de l'être humain ; pour autant, les personnes devaient se fondre dans notre organisation."* Cette approche est plutôt critiquée comme un "impérialisme culturel" (Massé, 2003) par les défenseurs du relativisme culturel. Or, Raymond Massé (2003) souligne que ce ne sont pas les droits et principes universels qui posent problème mais bien leur application stricte et dogmatique : "s'ils font l'objet d'une application sans sensibilité au contexte, de façon mécaniste, les dérapages au niveau de leur application les rendront non éthiques". L'insensibilité à la diversité culturelle "est vue comme l'une des manifestations les plus insidieuses d'expression du biopouvoir sur ces populations" (Massé, 2003).

Le rapport à la dimension culturelle dans le soin a fait l'objet d'une enquête réalisée en Italie dans la région du Molise sur les représentations et pratiques de soin à destination des exilés dans les services de santé (Pizzolati, 2013). Cette enquête détermine quatre types de représentations qui décrivent les positions des soignants et se rapprochent de celles que l'on a pu observer même si elles sont à nuancer. Si l'on prend l'exemple du premier type - "l'assimilation" - qui implique que l'immigré doit s'adapter à la société italienne, il semble que ce point de vue ne soit pas partagé par les soignants de la PASS qui, même pour les moins prompts à intégrer la culture dans le soin, sont dotés d'une ouverture d'esprit. La position la plus courante est celle du "différentialisme" qui sous-tend que "l'immigré peut en partie être libre dans ses pratiques, dès lors qu'il respecte certains principes fondamentaux". Ensuite, des soignants sont à la recherche d'un équilibre dans la relation pour dépasser les différences, ce que l'étude nomme "l'ouverture fondamentale". Et enfin, celle d'une reconnaissance de la légitimité des comportements liés à la culture. Toutefois, il faut rappeler que le positionnement des soignants n'est pas si clair et peut aussi évoluer dans ses approches. Globalement, à la PASS, les entretiens ont démontré un attachement aux principes fondamentaux de l'hôpital comme au respect de la culture des patients, et aussi à cette volonté de trouver une solution pour l'aider à guérir ; ainsi, les soignants sont-ils toujours en train de jongler entre ces différents principes qui s'entrechoquent dans une situation donnée et suscitent donc des tiraillements. Par conséquent, ce que nous dit le rapport culturel des professionnels de santé à l'égard des patients c'est que la rencontre n'est pas un exercice aisé et les rapports qui se créent avec les patients étrangers dépendent surtout du degré d'adhésion des soignants au relativisme culturel.

Il est étonnant d'observer que malgré l'expérience humanitaire de certains soignants, la rencontre interculturelle et la confrontation des modèles de santé créent encore la surprise. Certaines catégorisations observées manifestent la mobilisation de représentations culturelles de type postcolonial. Pour autant, il existe aussi en parallèle, une forte envie de découvrir la culture des patients. Le degré d'intégration de celle-ci dans le soin varie selon les soignants et laisse apparaître diverses conceptions du soin - des conceptions - construites en référence à l'idée que chacun se fait du modèle de santé français et, par extension, de la République.

L'écart culturel est aussi linguistique. Et à la PASS, les professionnels sont contraints le plus souvent de parler anglais, avec un vocabulaire assez pauvre, de s'exprimer avec les mains, de mobiliser un interprète, ou encore de recourir au mime ou au dessin. Aucune de ces solutions, toutefois, n'est satisfaisante.

B. Une parole atrophiée, parasitée, le challenge de la consultation

L'arrachement au pays implique une perte des repères et les exilés sont alors plongés dans un monde où ils voient s'animer autour d'eux des acteurs ; ils les observent échanger sans avoir les clés de compréhension puisqu'ils ne parlent pas la langue. Ils flottent dans un monde presque imperméable, dans ce "monde des autres" (Laacher, 2012). La barrière de la langue perturbe la consultation, l'interrogatoire surtout, pourtant primordial pour aboutir au diagnostic. "*Quand un patient parle anglais on est sauvé !*", s'exclame un soignant à la PASS de Dunkerque. Nous verrons aussi que ce frein linguistique pose des enjeux éthiques puisqu'en médecine le consentement du patient doit être éclairé, ce qui suppose que celui-ci ait accès à toutes les informations. Or, tel n'est pas toujours le cas - loin s'en faut.

1. La différence linguistique, un frein majeur au soin

Les professionnels de santé sont limités dans leur exercice par la différence culturelle et linguistique. Pour pouvoir soigner, ils s'appuient alors sur leurs ressources propres (niveau d'anglais, gestuelles). La consultation devient éreintante puisque ses fondements éthiques sont fragilisés.

a.Des professionnels français frustrés : de l'usage du mime et des icônes

La barrière de la langue est un frein majeur souligné par les professionnels eux-mêmes et elle produit une réelle frustration surtout chez les médecins, qui ont besoin de l'échange avec leurs patients pour poser un diagnostic [cf. Encadré. Numéro 24].

Encadré numéro 24. La barrière langagière en consultation

Des patients albanais, des parents et leur petite fille de 7 ans, entrent dans la salle de consultation. L'infirmière s'exclame : *“C'est chaud : ils ne parlent pas anglais !”* La mère mime et montre les mains de sa fille. Elle enlève son manteau. La porte est ouverte, elle expose le torse de sa fille. Le médecin lui dit immédiatement que ce n'est pas la peine. Elle montre à nouveau les mains de sa fille très vite. *“Ce n'est pas une gale mais des lésions, de l'eczéma. Je donne un antihistaminique et du sirop au cas où ça gratte.”* La mère parle à son mari à travers la porte. *“On va peser la petite. 24 Kg.”* Le docteur explique à la mère en mimant le geste comment se servir de la pipette millimétrée, il lui détaille les démarches à effectuer pour s'en servir tout en parlant français malgré tout. *“Ah d'accord 5ml Aeries.”* Il lui montre une fois la pipette. *“Une fois avant de dormir, pendant une semaine. Si ça continue, il faut revenir. Et tous les jours prendre une douche.”* [Carnet de terrain, PASS Calais, 2013].

Cette solitude du soignant dans son expression avec les patients donne aussi à voir de curieuses consultations où, souvent, les professionnels sont amenés à dire les choses à voix haute sur des patients, présupposant qu'ils ne les comprennent pas. Il arrive également que les professionnels se retrouvent à penser tout haut et à se parler à eux-mêmes. Les durées de consultations varient selon les praticiens mais régulièrement on assiste souvent à un jeu de question-réponse, à des échanges brefs et limités.

Ainsi, les deux parties se trouvent en situation “d'insécurité linguistique” (Thouroude, 2020). Les soignants sont limités dans leur pratique. On pense à une dentiste et un médecin qui utilisent l'hypnose pour apaiser leurs patients français et qui ne le peuvent pas avec les exilés. L'absence d'interprète pose moins de difficultés lorsque le soignant parle la langue des patients comme le médecin coordinateur - originaire du Maroc - qui connaît l'arabe : *“Au départ, quand on n'avait pas encore l'interprète à temps plein, le fait que je parle arabe, ça a permis de consulter facilement (...). Le fait de parler arabe, ça aide (...). On ne peut pas faire un examen correct sans interprète ou sans connaître la langue.”* Comme l'indique une

cadre présente depuis 1988 à l'hôpital, cela a eu des répercussions relationnelles avec le patient qui par moment refusait d'être soigné. Entre 2001 et 2002, à l'école des cadres, elle s'est interrogée dans un mémoire sur la dimension culturelle de la relation soignant-soigné. *“Si on ne s'était pas penché sur ces questions, on aurait pu penser que les soignants sont racistes, qu'ils n'acceptent pas les migrants mais en creusant le sujet, je me suis rendue compte qu'il s'agissait d'un problème de culture.”* En effet, malgré la proximité avec l'Angleterre, les soignants n'ont que quelques notions d'anglais et ils s'appuient surtout sur l'interprète afghan mais - on l'a vu - celui-ci assure plusieurs tâches à la PASS. Il arrive donc que des médecins se retrouvent seuls face à leurs patients sans pouvoir leur parler, il leur faut alors composer. Les consultations sont alors presque muettes et les professionnels tentent de se dépêtrer de cette situation par l'usage du mime et en pratiquant une *“médecine des signes”*. *“On fait le singe !, rit une dentiste. Si on veut qu'il garde la bouche ouverte, on montre en haut, pour qu'il ferme la bouche, en bas, on fait beaucoup de gestes. Pour les enfants, c'est plus difficile parce qu'ils pleurent et sont plus angoissés alors on parle avec une voix plus posée, on chantonne.”* Les médecins demandent au patient d'expliquer ce qu'il ressent, *“ce qui se passe”* et ce dernier, souvent, montre la partie du corps qui souffre ou mime la toux par exemple en montrant sa poitrine et en remontant sa main jusqu'à sa gorge.

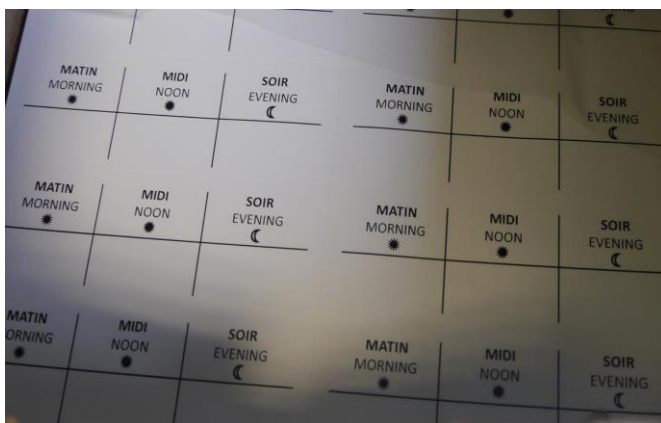
Souvent, il faut vraiment que le soignant insiste et fasse des efforts pour communiquer avec le patient ; il use donc de stratagèmes et invente une nouvelle communication. Une infirmière module ainsi son comportement : *“Tu te fais toujours comprendre. Quand il te regarde avec des yeux comme ça, tu lui demandes : ‘Est-ce que tu parles anglais ?’ S'il te dit : ‘just little’ ; là, tu sais que tu es restreint dans ce que tu vas dire donc tu vas doucement, tu mets des mots, faut pas faire des phrases, faut mettre des mots mais en général, ils comprennent.”* La barrière de la langue est un *“obstacle au soin”* (un médecin) qui génère une frustration chez les soignants de ne pas avoir accès directement aux réponses du patient : ils se *“sentent limités”* et parfois désœuvrés. Un médecin témoigne de *“l'exercice très difficile quand vous avez des gens d'une culture à mille et une année lumière de vous”* : *“Annoncer un cancer à quelqu'un alors que vous ne savez pas s'il a compris ! Mais surtout, vous ne savez pas comment il l'a pris et vous ne savez pas non plus comment l'accompagner, c'est quelque chose qui ne s'apprend pas et ne s'improvise pas”*, affirme ce médecin qui se rêve polyglotte.

Il existe toutefois des moyens sur lesquels les professionnels de santé s'appuient pour *“se sécuriser linguistiquement”*. Un médecin se souvient avoir appelé jusqu'à l'ambassade de

Roumanie pour bénéficier d'un traducteur qui puisse relater les échanges avec un patient roumain dans un état de santé préoccupant. Les soignants s'appuient aussi sur les transmissions inscrites sur le dossier médical du patient. Lorsqu'il s'agit du bon dossier et quand ils reconnaissent l'écriture de leurs collègues, ils peuvent obtenir davantage d'informations sur leurs patients. Des stratégies de communication ont été pensées pour surmonter les freins à la communication comme le collage d'autocollants avec un soleil (le midi) et une lune (le soir) sur les boîtes de traitements afin que les exilés puissent repérer les temps de prise des médicaments.



← Les étiquettes icônes dans les hôpitaux de Dunkerque et Calais ©Chloé Tisserand



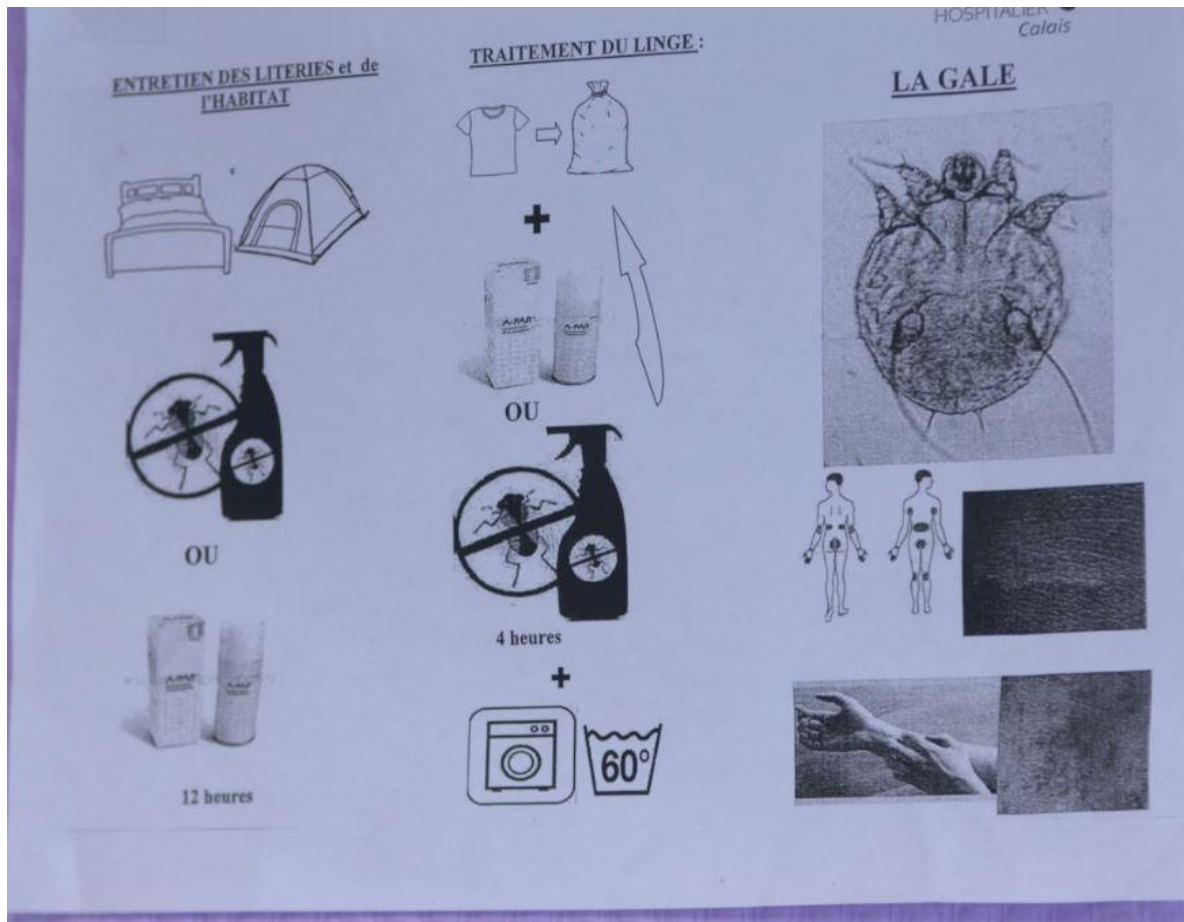
L'hôpital a aussi fait traduire en plusieurs langues (pachtou, ourdou, tigrinya, etc.) les plans de la PASS et développé des pictogrammes pour indiquer qu'un psychologue est présent, que des tests pour les maladies sexuellement transmissibles sont

disponibles. Cette communication témoigne d'une ouverture culturelle, d'un "aller vers" comme on peut le retrouver dans les hôpitaux guyanais qui ont pris en compte la diversité culturelle.

EVS DOULEUR		0	1	2	3	4
		Absente	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense
FRANÇAIS	Quel est le niveau de votre douleur					
CRÉOLE GUYANAIS	Es to gen doulè	Pyes	Roun ti bi	Pa bokou	Bokou	Bokou Bokou
AMÉRINDIEN KALINA	En né valagan elome ma ta pa ya	Ye tou ma wa	atchetcho	I tcho po ne ga pi	tchopo	Itcho po milo
HMONG	Poua mo ko	Tchi mo	Mo mé ndji	Mo mé ndji	Mo hin	Mo hin li
ESPAGNOL DOMINICAIN	Si tiene doler	No doler	Poco	Al paso	intenso	Muy intenso
PORTUGAIS BRÉSILIEN	Esta doendo	Nao esta doendo	Um pouco	moderamente	muito	Bastante
ANGLAIS GUYANIEN	Do you have pain	No pain	A little	Between	Strong	Very strong

Pour pouvoir communiquer avec leurs patients, des soignants ont eu recours au dessin. Ainsi, une psychologue a donné du papier et des crayons pour permettre aux patients de s'exprimer. Des icônes ont aussi été collées sur les bombes contre la gale afin de différencier celles qui devaient être utilisées pour le corps et pour les vêtements. On développe des affiches préventives ou de mode d'emploi de traitement en plusieurs langues. Les nouvelles technologies sont aussi un atout. Une vidéo a été réalisée en anglais et en français sur la chaîne Youtube de l'hôpital pour expliquer ce que c'est que la gale et comment fonctionne le traitement²⁶.

²⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=Mw7GMwFPbfl>



↑Un exemple d’affiche en salle d’attente qui décrit le mode d’emploi du traitement de la gale. ©Chloé Tisserand

“On utilisait Internet, ils étaient super branchés”, rappelle un soignant. Un patient est arrivé à la PASS avec Google Translate qu’il a fait fonctionner pour pouvoir communiquer avec les soignants. Les patients sont hyper connectés comme l’a montré la sociologue Dana Diminescu (2010) tout comme les soignants qui gardent leurs téléphones en poche et il n’est pas rare de les voir pianoter pour chercher des mots sur Internet. “S’il y a de la bonne volonté des deux côtés, on peut se comprendre”, témoigne un soignant tandis qu’un autre confie : “J’ai l’impression par moment de faire le système D.”

Malgré ces efforts et ces formes d’“aller vers” symboliques, la communication reste difficile et elle réinterroge la consultation médicale dans ce qu’elle a de classique et schématique. En effet, nous verrons que les fondements éthiques de la clinique sont mis à mal (le consentement, le secret médical sont des exigences difficiles à tenir), que des moments d’intimité épineux, telle l’annonce d’une maladie, le sont davantage au contact de patients étrangers.

b.Consentement brouillé, secret médical partagé : la consultation médicale bousculée

La barrière linguistique bouleverse les normes de la consultation médicale. D'abord, cela s'observe sur la formulation du diagnostic et du traitement. J'ai pu noter des consultations où le médecin insiste auprès de l'interprète lui demandant d'expliquer précisément le diagnostic et le traitement, ce qui ne se fait pas dans toutes les consultations. On entend parfois certains médecins demander l'avis des patients ; cependant, les contraintes culturelles et linguistiques immobilisent les patients dans un état de passivité. Ce que déplore un médecin : *“on replace le médecin au-dessus, ce qui n'est pas forcément une très bonne relation. (...) la barrière de la langue [fait] que la personne n'[est] pas en mesure de donner en quelque sorte son avis. Voilà et au final, c'est le médecin qui décide à sa place, c'est un peu comme la pédiatrie, au bébé, le médecin ne lui demande pas ce qu'il veut, on décide à la place du bébé.”* Un médecin dresse un parallèle avec *“la pédiatrie, la médecine des exilés. On décide à la place du patient.”* La relation médecins-malades qui s'est généralement affranchie de son caractère asymétrique grâce à des processus de négociation et de revendication fait, à la PASS, un retour sous une forme parsonienne (Parsons, 1951). La relation soignant-soigné a en effet muté *“du médecin-père du patient au médecin-pair de l'utilisateur”* (Pierron, 2007). Historiquement, la relation soignant-soigné a fini par rééquilibrer le pouvoir entre les médecins et leurs patients, laissant au patient davantage de latitude pour s'exprimer et, faire ses choix quant aux orientations médicales - contrairement à la relation que définit Parsons qui met *“hors champ”* la négociation (Schweyer *in* Pennec, Le Borgne-Uguen et Douguet, 2014). Si bien qu'à la PASS, un médecin décrit la relation qu'il a en consultation comme *“paternaliste”*, donc déséquilibrée au profit des professionnels de santé.

On voit aussi que, en l'absence d'interprète et de traduction, l'éthique du consentement est mise à mal. C'est ce que montre une étude réalisée à Niamey (Campagne et al., 2003). Il a été démontré lors d'essais vaccinaux menés chez les nourrissons, que la manière dont sont informés les parents influence nettement leur consentement. En effet, la campagne a connu un arrêt du recrutement pour plusieurs raisons. Parmi elles, l'absence de traduction validée et écrite dans les différentes langues au profit d'une simple transcription orale qui semblait

simplifier les détails et édulcorer le risque, a, semble-t-il, dissuadé des candidats. Le recueil a été aussi compliqué puisque là où une signature lisible et conforme au nom était exigée, des parents préféraient laisser leur empreinte digitale, un symbole ou une griffe pour ceux qui ne savaient pas écrire. La manière dont sont présentées les informations joue donc un rôle déterminant dans le soin.

En plus du consentement, la question du secret médical est posée à telle enseigne qu'il a fait l'objet de discussions lors d'un comité de pilotage, en 2014, entre l'hôpital et les partenaires des hébergements sociaux et associations. "Qu'est-ce qui peut être dit ou pas ? Avec quel respect de la dignité humaine. Qu'est-ce que l'on ne dit pas ?" La direction a proposé de "*responsabiliser le patient et le faire cheminer pour qu'il sache communiquer sur sa maladie, peut lui rendre service*". Il est précisé qu'il est hors de question qu'un bénévole accède au dossier médical sans le consentement du patient. Et pourtant, "*s'il y a un problème de traduction, c'est un copain qui dépanne sur la traduction*", livre une psychologue. À plusieurs reprises, les soignants démunis se tournent vers les compagnons de route du patient pour être épaulés dans l'échange. "*Un des leurs parlait anglais et en même temps il parlait farsi ou il parlait kurde alors je pouvais faire une traduction, j'arrivais à m'arranger, en général, on arrivait à s'arranger*", rassure un médecin. Mais cet arrangement pose aux soignants des problèmes éthiques puisque le secret médical est ainsi partagé. Un soignant a confié que c'était sa "*hantise*": "*quand on avait un patient qui parlait un dialecte, on était obligé de faire appel à un patient qui parlait le [même] dialecte, un monsieur lambda. Comme ça, vous ne savez pas ce qu'il va faire de ce qu'il a pris, c'est ça le problème. Je me disais toujours : 'le secret médical est quelque chose qui m'importe beaucoup' et effectivement le partager avec des tiers, c'était toujours problématique surtout quand il y avait un problème grave divulgué dans le groupe ; ça nous embêtait vis-à-vis du patient.*" En effet, lorsque les patients ont la tuberculose, maladie hautement contagieuse, ils préfèrent que les médecins gardent ce secret afin de ne pas être rejetés par le groupe. Un médecin afghan a été témoin de cette situation. "Pour les patients subsahariens, l'annonce du VIH est toujours synonyme de mort et de disqualification sociale. (...) Le médecin est souvent la première et parfois la seule personne avec qui le secret est partagé. La première attente des patients vis-à-vis du médecin est la discrétion à l'égard de ce secret" (Pourette, 2013). Un médecin relativise en indiquant que finalement le secret médical lorsque le travail s'effectue en équipe est partout partagé : "*Fatalement, il l'est !*" La tenue du secret médical rappelle qu'il existe des principes éthiques certes, mais que le terrain pose aussi la question de son application et sa faisabilité comme on

peut le constater dans l'enquête réalisée par Laurent Vidal (2003) sur les interventions de santé publique liées au Sida. À titre d'illustration, ce travail montre qu'il existe un dilemme entre confidentialité et protection d'autrui, dilemme qui a été tranché avec le concept de "divulgation à des fins bénéfiques".

Enfin, l'annonce d'un diagnostic grave témoigne aussi de l'inconfort dans lequel sont plongés les professionnels de santé. On songe à ce médecin qui récupère un dossier médical avec radios et comptes rendus d'un spécialiste. Il discute avec son patient dont le bras a été atteint par une balle, comme s'il savait que son nerf endommagé ne lui permettrait plus d'actionner son membre. Au bout de quelques minutes, le patient - qui a fini par comprendre qu'il est devenu handicapé - réagit en demandant au médecin si son bras est mort. Ce dernier s'aperçoit que son patient n'a pas été informé par le spécialiste ; il se retourne vers l'interprète en demandant : "*il ne le savait pas ?*" "*Non*". Le patient, jeune, pleure. S'ensuit un long silence et l'image d'un professionnel très embarrassé. De même, l'annonce de maladies graves qui est, en soi, un exercice extrêmement délicat, l'est davantage lorsque les professionnels se doivent d'insister pour savoir si le patient a bien compris la gravité de sa maladie.

Si l'interprète est plus que jamais nécessaire, de même que la précision de la traduction, nous verrons que le recours à l'interprétariat ne fait pas l'unanimité chez les soignants. Ils sont certes conscients que la traduction débloque des situations, mais de nouvelles complications peuvent apparaître.

2. Construire des ponts entre deux rives

La migration transforme le colloque singulier puisqu'elle nécessite la présence d'un interprète. Et ce n'est pas toujours pour les professionnels de santé "la solution idéale" (Thouroude, 2020). En effet, il existe des biais d'interprétariat qui peuvent entraîner des problèmes dans la qualité de la prise en charge. La fiabilité de la traduction est remise en question par des professionnels de santé. Nous verrons aussi que les professionnels exilés sont utilisés comme recours par les professionnels de santé français qui les mobilisent pour l'interprétariat ou pour leur connaissance des cultures allogènes. Cet appui permet aux soignants français qui le veulent d'améliorer leur compréhension et d'enrichir les liens avec

leurs patients.

a. Le dilemme de l'interprétariat : un soutien et une contrariété

L'interrogatoire est incontournable dans la médecine clinique car c'est à cette étape de la prise en charge que le soignant collecte le plus d'informations sur son patient. L'interprétariat devient un élément indispensable de la relation de soin avec les exilés. Contrairement, aux consultations pédiatriques où la tierce personne, ici les parents, est amenée à s'effacer de la relation, la médecine à la frontière nécessite que cette tierce personne prenne part à la consultation (Mougel *in* Pennec, Le Borgne-Uguen, Douguet, 2014). Les exilés sont le plus souvent seuls et les professionnels ne peuvent pas s'appuyer sur l'entourage comme on peut le voir dans la médecine psychiatrique (Parron *in* Pennec, Le Borgne-Uguen, Douguet, 2014). Les interprètes deviennent le seul recours pour les soignants. Ceux-ci sont très souvent d'anciens exilés passés par les camps de Calais de l'après-Sangatte (2002) à la "new jungle" (2014-2016). La PASS fonctionne ainsi, depuis 2006, avec la présence d'un seul interprète qui est un ancien exilé afghan ayant obtenu une protection et résidant désormais dans le Calais. Lorsque le nombre d'exilés a augmenté et que la "new jungle" s'est constituée, un exilé soudanais a été embauché et d'autres interprètes sont intervenus à la PASS-Ferry, notamment un interprète érythréen. Le positionnement des soignants par rapport à la présence de l'interprète varie même si dans la majorité des cas, ils reconnaissent que son rôle est plutôt un avantage. "Il n'est là que pour m'aider", martèle une infirmière. "Le traducteur est un médiateur entre le psychologue et le patient, il est l'interface langagière de l'un et de l'autre, il interagit", indique une psychologue dont la parole est un outil de travail, une autre reconnaît qu'il "m'apporte parce qu'il peut jouer sur le terrain arabe, culturel, ce que moi je ne peux pas apporter". "Le traducteur soulage et permet un bon interrogatoire", ajoute un médecin. Mais il faut reconnaître que s'ils pouvaient s'en passer, les médecins, en particulier, aimeraient dans l'idéal garder cette relation à deux. Fonctionner en trio n'est, de fait, pas forcément évident pour tous les soignants. Ainsi, une psychologue confie se sentir "vraiment en décalage" face aux arabophones : "mon oreille n'a pas été habituée à ça". Elle a alors pris le parti de laisser parler son patient avec l'interprète et de se mettre en position d'observatrice, "je n'ai pas de prise sur la manière dont il va nourrir l'échange", confie-t-elle. Cette

psychologue considérait l'interprète même comme un co-thérapeute. La présence du tiers semble reléguer les soignants au second rang. *“Il faut un certain temps pour accepter ça et de se sentir capable de tenir ce rôle-là”*, résume une psychologue. L'intervention d'un tiers place un peu plus le soignant dans l'ombre.

L'interrogatoire médical - qui est la base de la médecine clinique - requiert de la précision dans la tournure des phrases, une précision dans le choix des mots et les médecins craignent que le tiers ne retranscrive pas à la lettre leur formulation. Une psychologue s'interroge : *“le mot peur a-t-il une traduction similaire dans leur langue ? Malheureusement, je ne peux pas faire un copier-coller des langues.”* Un médecin regrettera que les retranscriptions ne soient pas réalisées *“de façon pieuse”*. Souvent les soignants ont la sensation que l'interprète fait écran comme l'explique un médecin : *“Je suis tolérant sur les traductions mais tout ça, ça fait perdre de la qualité dans la pratique médicale.”* *“On n'a aucun moyen de vérifier ce qu'il dit. C'est du dépannage mais les entretiens ne sont pas fouillés, est-ce qu'il va sortir ? Est-ce qu'il va être hébergé ? C'est toujours non, oui. Les papiers, oui, non”*, soupire un professionnel qui travaille aussi avec des interprètes par téléphone. Ce décalage entre énoncé et traduction produit aussi de la suspicion et du scepticisme. Deux médecins et une psychologue, par exemple, ont remis en question le travail des interprètes indiquant que *“certains sont plus ou moins sérieux”*, *“on n'a pas la même vision du cadre de travail”*. Un médecin se demande d'ailleurs pourquoi lorsqu'il fait de longues phrases, c'est *“traduit en trois mots”* et doute de la fiabilité de la traduction, ce que constate aussi un autre professionnel, *“quand il raconte toujours la même chose au fil des patients qu'on voit, on se demande. Ce n'est pas toujours évident de les avoir à nos côtés tout le temps”*. Et ces biais de l'interprétariat peuvent aboutir à des quiproquos voire à des problèmes de soin. Un médecin explique que selon la formulation des questions pendant l'interrogatoire, les réponses du patient peuvent être différentes. Un autre prend l'exemple de l'observance en précisant que la question : *“Est-ce que vous prenez vos médicaments ? Oui, docteur, je prends mes médicaments”* et celle : *“vous arrive-t-il d'oublier les médicaments ? Oui, il m'arrive d'oublier mes médicaments”*, n'aboutissent pas au même résultat. Un médecin afghan explique que lorsqu'il était interprète, il a vu des soignants donner des traitements qui n'étaient pas les bons à cause de la barrière de la langue, *“moi je peux expliquer les problèmes, c'est très important de savoir parler leur langue, je pouvais vraiment aider ces personnes”*. Le regard des soignants exilés devient aussi une source d'information sur les fonctionnements et dysfonctionnements d'une médecine à l'égard des exilés.

Pour limiter ces biais, les professionnels mobilisent à nouveau des astuces. Un médecin prend le pli d'insister auprès de l'interprète pour qu'il repose la question. Ce soignant explique aussi qu'avec le temps, l'interprète s'est formé au langage médical et qu'aujourd'hui, il s'amuse même à trouver les diagnostics. Certains soignants ont essayé aussi d'améliorer par eux-mêmes leur anglais, un infirmier apprend quelques mots d'arabe et ose tenir des échanges. Pendant la distribution de médicaments, l'infirmier derrière sa pharmacie demande au patient : *"You speak english Suleiman ? No problem ?"* Le patient hésite. *"English little ou no english?"* *"No, arabic. Arabic, chouïa, chouïa (un petit peu en arabe)"* (rires) *"Ok, eyes problem?"* Le patient montre son œil et se penche vers sa jambe. *"At leg? Ok. Two times a day, maratayn fi lioum (deux fois par jour), ok ?"* Il lui mime le geste, l'infirmier regarde si le patient a bien compris. *"Saba, bi leil (le matin, le soir). After, bad, this...drop."* Il sort le produit de la boîte. *"Orange no problem, your eyes orange after. This don't touch important"* [Carnet de terrain, 2018]. Ces "systèmes débrouille" témoignent des efforts des soignants à ne pas réduire les patients à des objets sur lesquels ils pourraient imposer leurs choix ou que la médecine qu'ils exercent finisse par s'apparenter à une "médecine vétérinaire" (Sicot, Touhami, 2015). Pour autant, il faut reconnaître, en dépit de cette volonté, qu'une partie de l'information est atrophiée et ne permet pas d'aboutir à un consentement éclairé net. "Éclairer le consentement n'est pas concevoir le patient comme un concurrent mais l'associer activement comme sujet à la conduite de son traitement." (Pierron, 2007).

À la PASS, la négociation entre médecin et patient reste évidemment possible ; elle est toutefois rendue difficile lorsque manquent les finesses du dialogue et les nuances du vocabulaire. De plus, s'interposent également l'incompréhension culturelle et le sentiment d'infériorité que peuvent ressentir des patients qui, "discrédités ou appartenant aux catégories sociales défavorisées, disposent d'un moindre pouvoir de négociation" (Parizot, 2003). Un tel constat a aussi été dressé par Chloé Le Carpentier. Celle-ci a repéré que les patients n'osent pas poser les questions qui les taraudent : "en général, les migrants sont peu exigeants envers le système de soins et demandent principalement une 'visite globale' ou un 'check-up complet'. Ils s'en remettent à la compétence du médecin qui juge lui-même de la pertinence ou non d'exams complémentaires."

Au regard de ce que l'on a observé dans le chapitre précédent sur l'impuissance des soignants face à l'incertitude migratoire, cette autorité médicale n'est, en réalité, pas si effective. C'est pourquoi l'arrivée des soignants exilés a, semble-t-il, été une force pour

l'équipe. Nous verrons qu'ils ont joué un rôle de passeurs culturels et qu'il s'est produit des moments où ils étaient réquisitionnés à la volée par leurs collègues, non pas tant pour soigner mais pour faire de l'interprétariat.

b. Les soignants exilés, des passeurs culturels

L'arrivée des médecins afghans a été perçue par les soignants français comme un atout (Tisserand, 2019). Une étude de l'Institut français des relations internationales (IFRI) réalisée en 2011 et intitulée *“La ‘diversité’ à l’hôpital : identités sociales et discriminations”* le souligne : “Le personnel médical et paramédical est souvent contraint à des ‘bricolages’ : prise en charge de patients ne parlant pas français, respect des préférences ou interdictions alimentaires des patients, accueil des familles de patients, etc. Dans ces ‘bricolages’, le personnel issu de l’immigration ou originaire des DOM-TOM occupe une place centrale car il sait utiliser des compétences culturelles adaptées aux patients qui sont nécessaires au bon fonctionnement du service.” Les médecins afghans de la PASS manient au minimum cinq langues, les langues communautaires (ourdou, pachtou, dari...) et les langues étrangères (anglais, arabe, etc.). Des soignants français s'appuient donc sur eux pour que ceux-ci traduisent leurs propos aux patients. *“On avait la chance d’avoir des interprètes qui parlaient quelques langues et les médecins aussi”*, rappelle une infirmière. Le médecin coordinateur de la PASS reconnaît que les soignants étrangers permettent de communiquer avec la majorité des patients et soulagent aussi l'organisation de travail ; l'interprète peut ainsi se concentrer sur d'autres tâches et soutenir d'autres professionnels de santé (psychologue, infirmier à la pharmacie, etc.). *“Le fait que mon collègue parle afghan, pachtou, ça aide et donc ça permet de libérer l'interprète pour autre chose, pour les médicaments, l'administratif sinon c'est compliqué.”*

Les soignants exilés sont conscients eux-mêmes de leur apport et ce, sur trois niveaux : dans l'organisation, dans la pratique médicale et auprès des soignants français. Cette aide à la traduction vient combler les carences en matière d'interprétariat. Deux médecins afghans à la PASS soulignent que chacun d'eux *“connaît déjà la culture des gens qui sont là-bas. (...)”* L'un d'eux ajoute : *“C'était intéressant pour l'hôpital et pour moi aussi”*. Mais c'est aussi un avantage pour les patients. Un autre médecin exilé qui comprend la culture des Irakiens ne

s'est pas étonné de voir un patient parler un mélange de kurde et de perse : *“je lui ai dit que je le comprends et ça l'a mis en confiance”*. Ainsi, les soignants afghans peuvent notamment détailler le fonctionnement du système de soin français à leurs patients. Ils transmettent aussi certains codes aux soignants français, ce qui permet à ces derniers de se rapprocher de leurs patients, comme le suggère cet exemple relatif à la prise en charge psychiatrique. Un soignant afghan raconte qu'il a expliqué à ses homologues français la manière dont il faut dire à un patient qu'il est atteint de maladie psychiatrique. Il précise à cet égard qu'en Afghanistan, reconnaître cela c'est réduire le patient à la figure du fou et donc à celui qui ne bénéficie pas d'aide et qui est isolé. Il indique alors qu'il ne faut pas employer des termes médicaux tels que “dépression” mais plutôt mobiliser le registre du sensible et des émotions, et utiliser plutôt le mot “tristesse”. *“En France, c'est plus facile de parler de tout ça mais en Afghanistan, c'est très tabou. Les patients n'acceptent pas du tout qu'ils sont malades avec ce terme de dépression, mais avec d'autres mots, ils acceptent le traitement. Ça joue cette connaissance.”* Les soignants exilés saisissent les subtilités émises par les patients, ce qui permet de reconstituer le contexte. Un médecin français hospitalier raconte : *“J'ai pu comprendre que la grand-mère que j'avais en face de moi avait perdu son mari, son fils et son neveu. J'ai pris conscience de l'ampleur de sa souffrance. J'étais moins déphasé.”* Ainsi, en apportant aux soignants français un éclairage culturel, les soignants réduisent l'écart.

Les soignants exilés mobilisés pour combler une carence organisationnelle renversent le stigmate. À travers ce rôle informel qu'on leur donne et qu'ils se donnent de “passeurs culturels”, ils deviennent un atout et améliorent la prise en charge des exilés. Mais cette appartenance culturelle des soignants exilés qui constitue un atout dans la relation entre professionnels, peut aussi se retourner contre eux. En effet, issus de la même culture que celle de leurs patients, ces derniers n'osent pas toujours se confier par peur que leurs secrets ne soient divulgués (Graz, 2002). Ils se méfient de l'appartenance communautaire. Ce médecin a constaté *“qu'avec l'interprète, le patient ne me dit pas tout dans le détail. Les patients qui sont venus avec des problèmes sexuels disent seulement qu'ils ont des problèmes au niveau du rein ou au niveau génital. Ils sont très, très discrets. Mais quand je le vois tout seul, il explique bien et le problème ; c'est autre chose”*. Une psychologue abonde dans le même sens en parlant de l'interprète : *“Ils ont le même âge, c'est deux gars, leur parcours peuvent se croiser et il y a un écho qui se fait et peut-être le vécu de l'interprète prend de la place dans l'entretien.”* En 2018, à la PASS-CH, un patient pachtou a refusé d'être soigné par un médecin afghan qui n'appartenait pas à la même communauté que lui. À la PASS-Ferry, en 2005, j'ai

pu observer qu'un patient africain a marqué un pas de recul en voyant que dans la salle de consultation, le médecin était afghan, il a demandé aux infirmiers s'il pouvait passer avec un autre médecin. À l'arrivée du médecin afghan qui s'est étonné de ne pas avoir ce patient puisque c'était le dossier suivant, les infirmières ont noyé le poisson et lui en ont adressé un autre. Des médecins afghans soulignent qu'il existe surtout des réticences émanant de patients issus de la même nationalité. Ainsi un patient afghan qui avait des lésions génitales a refusé d'être examiné parce que le médecin est afghan. Ce sont des situations de discrimination raciale qui existent, mais que l'on observe finalement assez peu - tout comme je n'ai pas été témoin de scènes racistes allant des soignants vers les patients.

À l'inverse, existe-t-il des réticences à soigner les patients ? Le rapport des soignants exilés avec la neutralité médicale a été étudié par Hala Kerbage et Filippo Maria Marranconi (2017). Ils ont montré combien il était difficile pour les soignants libanais en contexte de gestion humanitaire de se départir de leurs opinions politiques dans le soin administré aux réfugiés syriens. En effet, pendant plusieurs années, les Libanais ont été sous domination syrienne et avec la guerre en Syrie de 2011, l'opresseur syrien est devenu un réfugié au Liban. Dans ce contexte hyper politisé, et divisé entre appartenance politique et religieuse, les soignants libanais - objet de l'étude - construisent une image du réfugié qui s'apparente à un sujet dérangeant, dévalorisé et ignorant. On le retrouve par petites touches à la PASS mais sans commune mesure avec l'exemple libanais. On songe ici à ce médecin indiquant qu'il est difficile pour lui d'écrire en pachto, une "*langue des sauvages*" associée à une communauté qui opprime, en référence aux talibans. Pour autant, il précise qu'en tant que médecin, il fait abstraction de cela. Entre soignants, je n'ai pas eu l'occasion d'assister à des tensions lors de mes observations. En entretien, un soignant afghan explique que cela arrive parfois qu'il y ait des tensions mais rien de comparable à ce qui pouvait se passer en Afghanistan à l'hôpital, où il signale que certains professionnels ne soignaient plus les patients n'appartenant pas à leur communauté. Un médecin tadjik a, par ailleurs, indiqué qu'à Calais, le collègue avec qui il s'entendait le mieux était pachtoune. "*En Afghanistan, il existe un problème ethnique ; mais ici je ne pense pas parce que, d'abord, vous êtes étranger ici, et c'est très important pour l'hôpital et l'équipe cette égalité entre tous.*" Un autre soignant rapporte que "*la dernière année en Afghanistan, le conflit politique a séparé les gens, créé des conflits entre les gens. J'ai constaté beaucoup de médecins qui n'avaient pas un comportement très professionnel : ils privilégiaient des patients qui parlaient la même langue ou provenaient de la même région. Moi, je n'ai jamais pensé que celui qui est devant moi est blanc, hindou, juif ; je n'ai jamais*

eu cette idée dans ma tête dans toute ma vie. Lorsque j'étais devant un patient, j'étais comme un médecin, ça a créé un grand conflit entre moi et les collègues.” L'univers hospitalier et ses règles éthiques viendraient-elles ainsi gommer les différences et les tensions qui ont pu exister en Afghanistan ? Il est vrai que les soignants ont à cœur ce principe de soigner sans distinction qui est aussi martelé par l'hôpital français. Mais il ne faut pas oublier qu'en France, ces soignants exilés sont mis à l'épreuve avec intensité et en période de reconstruction professionnelle, si bien qu'on peut se demander si cette “mise en situation-test” ne les oblige pas aussi implicitement à faire profil bas et faire “bonne figure” afin d'éviter les faux pas. Ce surplus d'attention et l'impression d'être redevable ont pu être observés dans l'étude de l'IFRI (2011).

À travers cette première partie du chapitre, nous constatons que la médecine clinique est bouleversée puisque l'interrogatoire à partir duquel s'effectue le diagnostic est brouillé et n'est décriptable qu'à l'aide d'astuces simples ou grâce à la présence d'un tiers. Dans ces conditions, les professionnels de santé se rabattent sur le corps du patient et sur ses manifestations, un corps qu'il faut rendre bavard.

II. Le corps des patients à la rescousse des soignants

Le corps est un “langage international” comme le décrit un médecin heureux de pouvoir s'extirper du labyrinthe culturel. En faisant du corps un axe central, les professionnels peuvent ainsi redéfinir un schéma de trajectoire (Strauss *in* Bazsanger, 1992) qui les libèrent des obstacles au soin. En quoi le corps des patients aide-t-il les soignants à s'affranchir des obstacles au soin ? Nous verrons que le contact permet cette collecte de données qui comme le *care*, permet une extension du soin.

A. Le toucher polymorphe du *cure*

La médecine à la PASS est faiblement dotée en moyens d'investigation sophistiqués. L'appareil à mesure des constantes est rarement sorti et constitue le plus gros du matériel ; le tensiomètre est peu utilisé ; reste alors l'emploi du stéthoscope qui permet d'ausculter indirectement les patients (Grmek, 1999). Au milieu de cette médecine dépouillée, le toucher clinique est donc largement mobilisé à la PASS et témoigne encore de la hiérarchisation à l'hôpital entre des professionnels qui effectuent des examens distanciés et d'un côté, et, de l'autre, ceux qui ont recours fréquemment au toucher, souvent les "petites mains" du travail médical (Rodriguez, Tisserand, 2019).

1. Le "toucher enquêteur"

Le toucher devient primordial lorsque les autres canaux d'information sont atrophiés (absence d'antécédents médicaux) ou brouillés (barrière de la langue). Le corps est plutôt un moyen de vérifier un diagnostic pour les médecins, une possibilité de procéder à la réparation pour les infirmiers et pour les dentistes. Un médecin libéral indique "*ça complète le dialogue, l'agrément et le consolide parce qu'il y a des manques à côté au niveau de la parole.*" De plus, le corps dit beaucoup du patient en étant une surface qui comporte un certain nombre d'indices, "de multiples signes : des conditions sociales d'existence, des problèmes de santé, des habitudes alimentaires, etc." (Dambuyant-Wargny, 2006). Le toucher vient donc à la rescousse des professionnels de santé, parfois démunis ou sous-informés. Nous analyserons ici deux types de toucher qui relèvent du *cure*, donc de la technique et du savoir qui permettent de soigner : le toucher enquêteur et le toucher réparateur.

L'examen clinique est essentiel en médecine générale et la palpation en est un rituel. "*Tu dois être capable de faire à 80 % des diagnostics en examen clinique et non pas d'attendre l'IRM pour savoir si c'est ça ou pas ça. La clinique, c'est j'examine avec mes mains, avec mon stéthoscope, avec la couleur des yeux, la couleur du teint. (...) C'est un langage des mains aussi, on touche, on touche les gens aussi, on les palpe, on les triture dans tous les sens*", résume un médecin. Cette pratique transforme les professionnels en artisans. Les gestes

sur la matière ont été étudiés par Christel Sola qui les définit comme “des happerceptions professionnelles. (...) Grâce à l’expérience, l’habitude, la répétition quotidienne, tous ces artisans acquièrent ‘une mémoire des gestes’ ainsi qu’‘une mémoire du ressenti’” (Sola, 2015). Pour le médecin, le contact avec le corps constitue d’abord une technique de recueil d’informations : il joue un rôle de veille, d’alerte. Le toucher est alors “un toucher-enquêteur”. En effet, les patients se présentent avec une plainte et la palpation permet d’écarter des hypothèses, de trouver des pistes qui viennent confirmer le diagnostic. La palpation, est définie par David le Breton comme un toucher “actif et exploratoire” : le soignant “prend les choses en main et les pétrit en tous sens en quête d’informations” (Le Breton, 2015). À la PASS, elle se pratique généralement sans gant, même si on note quelques rares fois où les soignants en font usage, par exemple lorsqu’un médecin doit examiner la présence de teignes sur le cuir chevelu de son patient.

Lors de nos observations de terrain, nous avons pu constater que la palpation permet de vérifier une information donnée par le patient [cf. Encadré. Numéro 25].

Encadré numéro 25.

L’interprète fait entrer un patient. Le médecin le regarde en coin. Le patient a sauté d’un camion, il enlève ses chaussures et insiste sur la douleur. *“Oui, oui, j’ai compris mais le médecin est aussi attiré par ce qui ne fait pas mal. Vous ne vous êtes pas cassé l’os mais vous vous êtes abîmé le tendon. Il est bien tombé sur les pieds ?”* Le médecin tâte et lui demande de montrer l’autre pied, le patient est surpris. *“Par comparaison ! Il a mal quand je pose mon doigt ?”* L’interprète : *“Oui il a mal à l’intérieur.”* Le médecin : *“On va faire une radio. Je ne pense pas que ce soit cassé mais il s’est peut-être fêlé quelque chose. Quand vous marchez (mime avec ses doigts la marche sur le bureau) et la nuit ?”* *“Il n’a pas mal mais s’il marche un petit peu, il a mal.”* *“On va faire une radio. Est-ce qu’il a pris des médicaments ?”* *“Oui, il a utilisé un traitement qu’on lui a donné...”* Le médecin retâte, secoue le pied nu. Il se lave les mains. [Carnet de terrain, PASS Dunkerque, Septembre 2015].

Le toucher permet aussi de mesurer les réactions automatiques des patients et de donner au médecin la possibilité de rassurer ces derniers [cf. Encadré. Numéro 26].

Encadré numéro 26.

“Il a peur d’avoir une appendicite. Il a cette même douleur depuis trois, quatre ans”, indique l’interprète tandis que le médecin ironise : *“Une appendicite depuis trois quatre ans ce n’est pas très fréquent.”* L’infirmière qui n’est pas contente d’être en vacation à la PASS, regarde dans le vide. Le médecin indique qu’il *“n’y a pas de signe de hernie”*. Il applique sa main au niveau de l’appendice et précise à l’interprète : *“Là très précisément, ce qu’il faut lui dire c’est que là où je mets ma main, il m’aurait déjà envoyé un coup de poing s’il avait eu l’appendicite. Là, il n’a rien. Il faut lui faire un bilan et il revient la semaine pro pour les résultats.”* [Carnet de terrain, un médecin PASS Dunkerque mai 2018].

En mobilisant leurs connaissances sur la mécanique du corps, les médecins peuvent alors s’appuyer sur un déterminisme qui leur permet d’infirmier ou de confirmer leur diagnostic. La palpation n’est pas seulement un contact avec le dos ou le ventre : elle est riche et utilisée au niveau du visage, sur les joues, les sourcils, les sinus. Un médecin a appuyé sur les lèvres pour contrôler une blessure due à une chute de camion, il n’hésite pas à toucher autour de la plaie, à écarter les doigts aussi afin d’étirer la peau pour mieux voir la blessure. L’usage de la palpation dépend encore une fois de la façon dont le professionnel interprète sa pratique. *“Il n’y a pas par exemple systématiquement de palpation, ça dépendra du motif (...). Dire que toutes les personnes ne sont pas auscultées, c’est faux. Je pense que le stéthoscope, ça fait partie de la panoplie du médecin à chaque consultation et puis on ne va pas demander à une personne de s’allonger, tâter le ventre si elle ne s’en plaint pas. C’est quand même assez orienté et comme c’est beaucoup de pathologies infectieuses même bénignes quand vous regardez la gorge, vous palpez le cou, vous auscultez”*, rappelle un médecin urgentiste. Tandis que des médecins vont s’éterniser sur les corps des patients en multipliant les gestes tactiles, il arrive que la palpation soit rapidement exécutée en cas d’une forte affluence de patients. Ce cas de figure m’a d’ailleurs amenée à observer des situations déroutantes comme cet examen rapide de la jambe d’un patient posée directement sur le bureau du médecin au lieu d’être étendue sur le lit médical. D’autres consultations ont illustré le fait que des médecins vont décider de faire fi de la palpation et d’amener le patient directement chez le spécialiste, ou alors choisir d’administrer sans délai un traitement.

La médecine pratiquée à la PASS est une médecine du corps basée sur l'examen clinique, celui-là même qui a valu un certain succès aux médecins du XIXe siècle. Il semble que la PASS agit comme une machine à remonter le temps qui ressuscite un contact direct du soignant avec le corps de son patient et replace le toucher au cœur de la médecine depuis que l'arrivée des technologies et des interfaces techniques telle l'imagerie médicale, a peu à peu remplacé la palpation (Sicard, 2002). Aujourd'hui, tout concourt à créer "*l'hôpital numérique*" (un cadre) et un système de santé dans lequel la télémédecine serait d'un usage de plus en plus fréquent, usage qui a d'ailleurs été renforcé avec la crise du Covid-19. À telle enseigne que l'éventualité d'une "mort de la clinique" est même envisagée (Couturier, David, Lecourt, Straer, Sureau, 2009). Or, il semble que la migration joue un rôle dans le maintien de la médecine clinique à l'hôpital, car les mains soignantes constituent des supports universels qui permettent de vaincre, en partie, l'incompréhension pouvant s'établir entre soignant et soigné.

2. Le "toucher réparateur"

Le deuxième type de toucher que l'on observe est le "toucher réparateur" qui vise la réparation, la reconstitution et la restauration. Celui-ci relève davantage du travail infirmier qui s'effectue au contact direct avec le corps des exilés à l'occasion des actes de soin. Le corps, ici, n'est plus seulement instrumentalisé par le praticien pour établir le diagnostic : il est la finalité même des gestes effectués par les soignants, la cible de leur attention. L'acte infirmier, naguère qualifié parfois de "*maternel*", est ici un acte compassionnel de réparation et de restauration des corps abîmés. Dès lors, sur le chemin de l'exil, les soignants sont ceux qui maintiennent les exilés debout, leur redonnent de la force, leur permettent de poursuivre leur projet. Le pansement les place forcément dans un contact direct avec le corps de leur patient et le toucher est alors comme en médecine chinoise, "thérapeutique" (Guilloux, 2006). On le voit notamment à travers les deux observations ci-dessous [cf. Encadré. Numéro 27].

Encadré numéro 27.

En salle de soin à la PASS-Ferry, l’infirmière regarde la plaie : *“Cen’est pas un abcès, je vais lui faire un protocole X et Y, il a une plaque qui grandit, qui ne guérit pas. Ce n’est pas beau.”* Le patient enlève son pantalon. Il a un pansement sur la cuisse, *“c’est une gale infectée”*. *“Il n’a jamais vu le docteur ?”* Elle touche avec le gant. *“Ça gratte ?”* *“Putain ! C’est... Seulement là ?”* *“Non.”* *“Je te dis que c’est une gale, exprime-t-elle tout haut. Don’t touch !”* Elle défait un kit de soins, pose en-dessous de sa cuisse un tissu stérile. Elle se lave les mains. *“Ça ne gratte pas ? Sûr ?”* *“No.”* Elle met du produit sur les instruments. Avec ses ciseaux, elle prend du coton qu’elle plonge dans la lotion antiseptique, elle le pose sur la plaie et tourne doucement, le mouvement est glissant et caressant. Le copain du patient regarde. L’infirmière au médecin de l’Eprus : *“Il dit qu’il ne se gratte pas. X l’a vu, elle lui a donné Fucidine®. Il n’a pas ramené son papier.”* Le médecin : *“C’est dommage qu’il ne l’ait pas.”* Elle pousse sur la plaie sans gant. Le médecin : *“Fais voir les mains.”* *“Je continue les soins locaux ?”* *“Oui. On peut continuer les soins et le traiter quand même. Son copain dit qu’il avait du pus.”* *“Oui bah quand c’est infecté, il y a du pus.”* Elle passe plusieurs cotons, puis de la Bétadine® en pommade sur une compresse. *“Oh ce pansement avec des pinces à la con !”* Elle pose plusieurs bandes de tissu, scotche ensuite. *“You can flex please ?”* Elle enroule un bandage (blanc et bleu). *“You come tomorrow.”* Elle se lave les mains. Elle note le pansement qu’elle a fait sur la cuisse droite et les lésions. Son copain lui mime qu’il a peur que le bandage tombe. *“Je vais mettre un élasto s’il veut. Pourtant j’ai bien serré.”* Elle le pose en diagonale. Le patient sort de la salle de soin par la salle de psy. L’infirmière nettoie le fauteuil [Carnet de terrain, PASS Ferry, Novembre 2015].

La réparation est une technique médicale porteuse de sens. On songe à ce médecin gynécologue congolais, Denis Mukwege, désigné comme “le réparateur” des femmes, victimes de mutilations génitales. Réparer est un acte médical qui fait levier sur ce qui fait obstacle à la vie (Collière, 1995). À la PASS, réparer les dommages ressemble à un dédommagement qui nous ramène une nouvelle fois, à la schizophrénie d’un État qui blesse d’un côté, et répare de l’autre. Maintenir en forme le corps autant que faire se peut est l’objectif visé. La maladie et la blessure marquent une rupture entre deux états et “fait naître quelque

nostalgie à l'égard du bien perdu" (Larre, 2004). Dans ce contexte, l'auteur rappelle que la santé se donne alors "soit comme un idéal à rétablir totalement, inévitablement pensé comme un retour aux conditions jugées normales du fonctionnement physiologique ou psychique antérieur, soit comme un idéal partiellement réalisable, une limite qu'on peut seulement approcher sans espérer l'atteindre" (Larre, 2004). L'auteur revient sur la fonction de réparation qu'il définit comme "la remise en état d'un fonctionnement naturel ou normal" et le "rétablissement des moyens physiques et psychologiques". Il rapproche le terme de réparation à celui de remède qui est "l'intervention en second lieu". Reconstituer et restaurer sont le sens du soin entendu comme réparation.

Le toucher, ici, est un art au service d'une vision mécaniste du corps, le corps-machine défini par Descartes. Mais parfois le corps - tout comme la parole - n'est pas accessible. Là encore, les professionnels de santé s'appuient, comme on l'a vu dans les chapitres précédents, sur le *care* pour déjouer les obstacles. Le toucher se décline alors de deux autres façons : un toucher inclusif et un toucher affectif. L'un et l'autre renvoient davantage à l'accueil qu'au soin dans sa dimension technique.

B. Les mains des soignants, un outil de travail symbolique

Le toucher inclusif prend en considération les aléas (Strauss, *in* Baszanger 1992) de la consultation, comme le rapport des patients à leur corps. En effet, selon le degré de pudeur, les professionnels accèdent plus ou moins facilement au corps souffrant. Des détours sont trouvés pour contourner ce frein au soin qui, nous le verrons, n'est pas prédominant.

1. Le toucher inclusif à l'égard de l'indésirable

Il est parfois difficile pour les soignants d'accéder au corps de leurs patients. Hommes ou femmes, certains ne veulent pas se déshabiller ou ont des difficultés à le faire. Cela peut d'abord s'expliquer par le fait que l'hiver les exilés qui vivent dehors, accumulent les couches de pull qui les préservent du froid et préfèrent que les médecins les auscultent au-dessus des vêtements [cf. Encadré. Numéro 28].

Encadré numéro 28.

Le patient se laisse déshabiller par le médecin qui insiste sur le fait d'enlever ses vêtements et exprime tout haut en plaisantant *“comme je n'ai pas la possibilité de me réincarner en vêtement !”*. Quelques consultations plus tard, il indiquera à un autre patient qui a du mal à se déshabiller : *“Désolé, je ne suis pas magicien, je ne peux pas encore voir à travers les vêtements”*. Une autre fois encore, il devra mimer qu'il faut ôter ses vêtements [Carnet de terrain, octobre 2015].

Il arrive que certains professionnels s'agacent face à cette gêne qui leur ôte du temps. Le médecin s'approche d'une patiente qui porte le voile pour regarder sa gorge. Il est assis près d'elle. Elle s'effraie des instruments en riant. *“Est-ce qu'elle peut dégager un peu ses habits pour que je puisse l'ausculter. Je vais regarder ses tympans aussi.”* Elle reste en pull. *“Quand elle était petite, elle faisait des otites ?”* *“Elle avait des infections.”* Le téléphone sonne avec un appel à la prière qui résonne dans la salle de consultation. Il l'examine longtemps. *“Je veux bien essayer de l'ausculter à travers les vêtements mais ça ne va pas être évident.”* Il ausculte, une main sur son épaule pour qu'elle ne bouge pas. Le visage de la patiente déclenche un fou rire qui semble traduire une gêne.

Le toucher, lorsqu'il est compris comme un geste intrusif oblige les soignants à le suspendre ou à l'adapter, ce qui montre aussi un respect du soignant par rapport à ses désirs inconscients (Bourguignon, 2012). Là encore, selon les praticiens, on observe différentes

manières de réagir. Certains choisissent d'ausculter au-dessus des vêtements : *“je ne les ai jamais forcés à se déshabiller mais je les ai toujours encouragés à le faire parce que sinon ce n'est pas sérieux”*, explique en ce sens un médecin. D'autres vont essayer de frayer un passage au stéthoscope sous la couche de vêtements pour faciliter leur travail ; les médecins font alors sortir l'interprète, en espérant ainsi détendre la relation. Un médecin précise qu'il demande toujours l'accord des patientes pour être examinées, car *“il faut que ce soit du volontariat”*. D'autres décident de ne pas ausculter en indiquant au patient qu'il ne peut pas faire son travail correctement : *“si le patient a une tuberculose, tu ne vas pas ausculter au-dessus des vêtements”*, précise un médecin qui décide dans ce cas d'adresser son patient à un confrère femme, car il ne faut pas *“s'acharner”*. *“On avait les paravents, on mettait des serviettes éponges, on mettait ce qu'il fallait, on arrivait toujours à les soigner”*, souligne une infirmière. Un autre praticien indique qu'il lui est arrivé d'appeler un infirmier pour l'aider, *“s'il refuse un examen sur un organe génital, on essaie de l'aider”*, explique-t-il. La configuration des lieux peut plus ou moins inciter le dévoilement de l'intimité et permettre au soignant de toucher le patient. Depuis leur construction, les salles ont des vitres extérieures teintées ; celles à l'intérieur sont cachées par du carton appliqué par les soignants afin de préserver le secret des consultations. Des rideaux neufs, accrochés aux murs de la PASS, ont été installés tardivement dans la salle de soin infirmier, en 2018, pour soustraire les patients aux regards des exilés venus chercher, non loin, leurs médicaments. Un rideau rétractable a aussi été posé en salle de consultation médicale. Il semble en tout cas que cette pudeur des patients, qui peut parfois compliquer les examens, n'a pas été un frein important pour les professionnels. *“Je m'attendais à plus de pudeur et de réactions de repli par rapport à la médecine européenne, eh ben non. Parce qu'ils sont tellement en demande de soin que la réaction est naturelle. (...) C'était une appréhension au début de ne pas pouvoir faire le boulot comme on le fait d'habitude, mais je n'ai pas été très gêné là-dessus.”* Un autre médecin précise : *“contrairement à ce qui est dit ici et là, il n'y a pas d'exigence de qui que ce soit pour que ce soit une femme qui examine ; on n'a pas ce côté culturel, absolument pas.”* Ce qui m'a frappée lors de mes observations, c'est que cette pudeur se retrouve aussi bien chez les hommes que du côté des femmes, et parfois plus chez les hommes. Une infirmière a remarqué aussi *“que les hommes étaient très pudiques ; lorsqu'ils avaient un abcès à la fesse, se faire soigner par des femmes, ce n'était pas évident. Il y en a au début qui refusait.”* Deux médecins et un infirmier le confirment : *“les hommes n'aiment pas trop le contact physique et la palpation d'un ventre, ils sont assez pudiques. Pour les problèmes sexuels, il ne fallait pas montrer les organes génitaux, c'est un aspect de la relation avec le corps qui est différent.”* *“Ils avaient*

un abcès aux fesses, c'était à peine si on pouvait relever le caleçon ou je ne sais quoi !" Ces observations remettent donc en question le postulat d'une pudeur genrée (Deschodt, 2010).

Et bien souvent, il est dit que cette pudeur corporelle est liée à des facteurs religieux, surtout s'agissant de croyants de confession musulmane. "La découverte de la nudité du corps est d'origine satanique" (Aggoun, 2010) et il en découle une obsession de la pureté. Ajoutons que "le Coran parle du vêtement qui doit recouvrir, cacher le corps de la femme dans sa vie quotidienne, dans le respect des règles de pudeur communes à toutes les civilisations". Ce "non-dévoilement" du corps justifié par un argument religieux sert aussi aux soignants occidentaux pour traduire automatiquement tel ou tel comportement de pudeur chez des patients qui sont en majorité de confession musulmane. Les corps incarneraient la religiosité. Lucien Lévy-Bruhl rappelle qu'on ne peut comprendre l'autre de notre propre point de vue et qu'il est mieux de connaître son mode de fonctionnement si l'on veut le comprendre (Guimelli, 1999). Mais la religion vient durcir les frontières de la pudeur. De fait, il ne suffit pas d'être religieux pour être pudique, cette dimension se retrouve dans toutes les sociétés. "La pudeur peut également s'apparenter à la dissimulation d'une vulnérabilité, en particulier celle du corps, mais aussi à des sentiments. D'où l'image du voile, du masque qui protège l'intime. La pudeur implique donc une frontière entre ce qui est voilé et ce qui est dévoilé, une limite liée au regard, aux gestes, aux mots" (Deschodt, 2010). La sociologue rappelle que chez les Romains, polythéistes, la norme voulait que tous les citoyens, hommes et femmes, soient pudiques, fidèles et pieux ; cela faisait partie de l'identité civique. Une enquête réalisée à l'hôpital de Bordeaux sur la pudeur des patients culturellement différents (Kotobi, Lkhadir, mars 2017), rappelle que "dès que le corps - ainsi que le montrent les différents témoignages - s'expose aux regards d'autrui, une gêne surgit". Il semble donc exister comme l'a défendu Hans Peter Duerr (Déchaux, 2001), une dimension universelle et intemporelle dans la notion de pudeur, qui se concrétise par ce sentiment de gêne ; celle-ci, de même que le rapport au corps, prend ensuite diverses formes selon le type de société dans laquelle on vit (Guimelli, 1999).

Le toucher inclusif témoigne de cet "aller vers" le patient en tant qu'individu culturellement différent et de la manière dont cette différence culturelle est intégrée pour permettre au professionnel de santé de poursuivre le soin. Mais il existe un autre toucher relevant du *care* : le toucher affectif. Nous verrons quelle symbolique revêt ce contact auprès d'une population laissée à la marge.

2. Le toucher affectif : la force du contact, la réinstauration d'une dignité

L'expression "toucher affectif" est employée par Bernard Andrieu (2008) pour désigner un toucher pathique et relationnel. Ce "sens du proche" (Le Breton, 2015) dit aussi "maternel", se réalise aussi sans gant, "peau à peau". À la PASS, on observe de multiples gestes désintéressés qui contribuent ainsi à améliorer la qualité de la relation de soin et même à la transfigurer. C'est pourquoi ce "toucher affectif", lié au *care*, permet en fait de transformer le "corps-objet" de l'exilé en "corps-sujet". Le "corps-objet" est celui qui erre à l'extérieur, ballotté par les événements, là où le contact corporel prend souvent la forme de la violence - que l'on songe aux bagarres, aux viols ou agressions qui émaillent la plupart des parcours migratoires. À ce corps essentiellement vulnérable - c'est-à-dire, étymologiquement, qui peut être blessé - s'oppose le "corps-sujet" auquel la souffrance et la maladie ouvrent des droits (Fassin, 2001), un corps qui déclenche aussi des réactions de sollicitude. "La souffrance trop grande, le poids d'une réalité trop dure déchirant l'esprit et accablant le corps, poussent l'individu à réagir en puisant dans les ressources inventives de son esprit et de sa sensibilité" (Larre, 2004). Toucher, en effet, revêt dans ce cas d'une signification forte : cela restaure la dignité du patient, signale la qualité de sa présence et établit, symboliquement et concrètement le contact avec la société d'accueil. Il existe toujours une asymétrie dans la pratique mais ici c'est une manière d'incarner une reconnaissance et une solidarité, qui ont un sens très fort s'agissant des exilés.

Le *care* en tant que toucher n'est pas généralisé chez tous les soignants de la PASS néanmoins il est fréquemment observable. Dans le couloir de la PASS, un infirmier entoure de ses bras un patient qui est content de le voir ; une infirmière serre la main d'un Soudanais qu'elle connaît en ajoutant une main sur son épaule. Ces observations peuvent être rapprochées de celles réalisées par Isabelle Parizot (2003) qui note des embrassades dans la salle d'attente, des mains serrées, des bises échangées : "lorsque la fréquentation se prolonge, usagers et membres du personnel apprennent à se connaître et développent des sentiments de confiance (ou de méfiance), le plus souvent réciproques. Ils prennent conscience qu'il est possible d'établir des relations qui ne se limitent pas à la stricte technique thérapeutique. Désormais, les patients connaissent et reconnaissent les intervenants, et sont connus et

reconnus d'eux." À la PASS, des patients, pour remercier le médecin, lui serrent la main ou posent leur main sur leur cœur en s'adressant à lui. Le moment du soin ne se cantonne pas, ici, à l'acte technique : il offre des occasions de prodiguer du bien être au patient comme on le constate dans cet échange :

En décembre 2015 à Jules Ferry, un patient a un bandage à la main gauche. L'infirmière coupe le bandage. "*You play football and your hand*, elle mime la main qui ne fonctionne plus correctement. *When this problem ?*" "*After yesterday.*" Elle plie ses doigts. "*Si c'est cassé c'est là*, elle montre la paume, *pas à tes doigts. Je pense que tu as une fracture.*" Le médecin de l'EPRUS vient. Il tâte, "*pain full ?*". Le patient ferme les yeux, on voit sur son visage qu'il a mal. "*Ce n'est pas un problème au poignet. Vous avez possibilité d'une immobilisation ?*" L'infirmière masse la main du patient : "*Je vais lui mettre une atèle comme ça avec de l'élasto.*" "*Je crois qu'il faut l'immobiliser le plus longtemps possible.*" L'infirmière masse avec du Flector sans gant. "*It's ok.*" Elle pose une compresse. "*Je vais lui mettre une atèle en-dessous, on enroule avec du scotch, c'est plus du dispensaire.*" Elle touche la main du patient avec ses deux mains. Elle lui propose des gants, cherche des gants en plastique. "*Put your hand in bag*" car les gants en plastique ne marchent pas. Le patient demande : "*For shower ?*" "*Oui oui ou quand il pleut. You come back friday. You show this paper at 10 o'clock to see me.*" [Carnet de terrain, novembre 2015].

Le massage de la main du patient est ici, selon notre interprétation, une manière pour l'infirmière de lui signifier sa bienveillance, sa sollicitude et son envie de lui prodiguer du bien-être et du confort. La main est "un instrument d'apaisement" (Le Breton, 2015). Il s'agit de gestes simples mais qui, dans la situation de l'exilé, peuvent signifier beaucoup - on le suppose puisque notre enquête se limite au point de vue des soignants. Ces gestes démontrent une prise de conscience par les soignants de la situation que subissent leurs patients. Isabelle Parizot montre comment la relation subie, de dépendance d'un patient à une structure de soins gratuits peut se transformer et déboucher sur une motivation positive des patients à s'y rendre. De sorte que ces attentions peuvent ainsi influencer sur la qualité de la relation thérapeutique. Les soignants sont aussi regonflés par ce type de contacts, un terme qui revient très souvent dans les entretiens. Toutes ces formes de "*prendre soin*", comme se plaît aussi à le mentionner une cadre qui se refuse de parler de "*pris en charge*", ont été analysés par Catherine Mercadier

comme étant “sémiotiques” : “il s’agit pour l’infirmière de faire savoir au malade qu’il n’est pas seul, qu’elle est là. Caresser la tête d’un enfant, prendre la main d’un adulte, caresser la joue d’une personne âgée sont des gestes qui visent à rassurer le malade, à atténuer sa douleur, à calmer son angoisse” (Mercadier, 2002). Ce “toucher affectif” commence à être considéré à sa juste valeur puisque des travaux récents ont souligné l’existence de neurones affectifs. Ce toucher aurait donc des vertus en termes de guérison en plus d’être un “rituel social”, un acte “essentiel pour la vie sociale” (Andrieu *in* La Tête au Carré, 2016). Il peut d’ailleurs, à ce titre, contribuer à augmenter le degré de confiance.

Tirer, retourner, tendre, appuyer, suspendre, etc. sont autant de verbes qui témoignent de ce “jeu avec la peau” observé à la PASS. À l’extérieur de la PASS, le corps devient une machine qui doit tenir pour franchir les obstacles ; son efficacité est privilégiée à son bien-être : les exilés n’ont pas d’autres choix. La sexualité devient un luxe : Patrick Papazian, médecin sexologue, explique que l’exil anesthésie la sexualité et “faire l’amour dans une vie précaire serait devenu un luxe”. De plus, à la marge, le contact corporel est souvent violent : on pense notamment aux violences sexuelles, aux représailles, aux bagarres, aux violences policières. La consultation médicale rétablit le patient dans sa dignité de sujet. Le toucher est technique et thérapeutique, il est un “contact positif” émis par la société d’accueil. Les exilés sont comme les intouchables en Inde, ceux en bas de l’échelle de la société, ceux qu’il ne faut pas toucher ; le corps de l’exilé est un corps rejeté, indésirable, un corps en trop. Le toucher est aussi une connexion avec le patient, c’est “de tous les sens le plus interactif” (Mercadier, 2002). Une tape sur l’épaule, une caresse sur le bras, la délicatesse des gestes, par ces milles gestes anodins, les soignants utilisent le *care* pour rétablir une forme de langage. “L’homme n’est jamais un œil, une oreille, une main, une bouche ou un nez, mais un regard, une écoute, un toucher, une gustation ou une olfaction, c’est-à-dire une activité” (Le Breton, 2007). Le toucher soignant remplit auprès des patients une fonction de “restauration de soi en situation de souffrance ou de manque à être” (Le Breton, 2015), de rétablissement d’une dignité chez des patients, femmes, hommes, mis à l’écart de nos sociétés. “Perdre le toucher des autres est parfois perdre le monde, être à nouveau l’objet (ou plutôt le sujet) d’un contact, c’est le retrouver” (Le Breton, 2015). Les soignants apprécient ce contact corporel, c’est aussi ce qui fait, pour eux, l’attrait de cette médecine générale qu’ils pratiquent. L’un des médecins de la PASS souligne que “*le contact avec le corps est essentiel pour un médecin généraliste. La machine, c’est bien mais la machine se trompe aussi. (...) J’aime bien le contact avec le patient, toucher le patient non pas seulement être là en train de faire des bigoudis sur la tête*

ou soigner des AVC ou des scléroses en plaque, toucher à tout c'est bien". Auprès du corps, s'inscrit un retour du soignant à la matière brute, naturelle et vivante. Le contact est direct et la machine ne fait pas obstacle : on n'est pas là dans le sujet "fiction" (Sicard, 2002). Les soignants de la PASS se démarquent des médecins 3.0 en se confrontant à une réalité assurément crue, non chiffrée, aussi peu télémédicalisée que numérisée. Mais tout indique que le recours à ce type de contact direct prend un sens symbolique fort puisqu'à l'extérieur de la PASS, les exilés sont ceux desquels on s'efforce, le plus souvent, de se tenir éloignés. De sorte que l'hôpital est aussi ce lieu où il est possible de redonner à ces patients ce sentiment si précieux d'être pris en considération.

CONCLUSION

Au terme de ce travail, il apparaît que l'emplacement d'un hôpital sur un lieu-frontière implique nombre de turbulences dans l'organisation de travail mais aussi au cœur des pratiques soignantes. Cette médecine, "médecine de l'exil à la frontière", ou encore "une médecine des frontières", comme le résumait un professionnel de la PASS de Dunkerque citant ainsi les frontières linguistiques, culturelles, médicales, professionnelles, administratives et réglementaires, statutaires, budgétaires, légales, de même que les "*frontières du réel*", du confort et du consentement. En parcourant les divers types de médecine, il semble qu'aucun, en réalité, ne rassemble autant d'aléas susceptibles de désorienter l'arc de travail (Strauss in Baszanger, 1992) des soignants.

Composer avec l'imprévisible

La médecine de l'exil est d'abord une médecine de l'imprévisible qui met en jeu des logiques difficilement conciliables entre la nécessité de soigner pour les professionnels et la nécessité de traverser pour les patients. Cette imprévisibilité est accentuée par la permanence de la frontière et se retrouve au cœur des pratiques de soin à la PASS ; elle questionne le sens d'une consultation instantanée. Les identités médicales et civiles des patients échappent à bien des égards aux professionnels qui tentent, souvent vainement, de les recomposer. Sur le plan médical, ils doivent surtout compter sur la parole et la confiance placée dans le patient telle que l'illustre la reconstitution de l'anamnèse. Le défi est aussi d'instaurer la confiance sur une seule consultation puisque, dans la plupart des cas, il est difficile d'instaurer une relation sur le long terme. Comme aux urgences, les patients sont de passage. Cette médecine de l'imprévisible se conçoit comme une médecine de l'instant. Les consultations à la PASS se démarquent nettement, dès lors, de celles qui ont lieu dans le cadre de la médecine libérale par des professionnels qui connaissent la majorité de leurs patients et les suivent sur plusieurs années. De plus, ces médecins libéraux ont leur propre cabinet à la différence des médecins de la PASS qui effectuent des vacations éparses et travaillent en équipe pluridisciplinaire. À l'inverse des familles calaisiennes qui ont recours à la médecine libérale, les patients de la

PASS n'ont donc pas un médecin dédié. Ce faisant, la médecine générale hospitalière s'éloigne de celle pratiquée en libéral - ce que l'on a d'ailleurs pu observer à travers les réactions déconcertées de médecins libéraux investis à la PASS. Cette médecine hospitalière pratiquée à la PASS est par ailleurs dédiée à un public précaire contrairement à la médecine de ville qui accueille *a priori* tout type de public, bien que certains professionnels rechignent à prendre en charge les malades désargentés.

L'incertitude migratoire définit la relation de soin. D'abord, parce qu'elle oblige les exilés dont les regards sont constamment tournés hors de France à reléguer au second plan la santé - sauf lorsque le corps est arrêté dans sa course et a besoin de soins pour repartir. Les professionnels tentent toutefois par des stratégies (fidélisation par délivrance de traitement) de faire adhérer leurs patients au projet de rester sur le territoire. Parfois, certains reviennent d'ailleurs plusieurs jours après ou des années plus tard pour les remercier. Mais de fait, le suivi médical est le plus souvent un doux rêve et les professionnels entrent dans le cauchemar du deuil de la guérison. La plupart du temps, ils doivent renoncer à ce qui fait le sens de leur métier et de leur utilité. Cela ne se fait pas sans heurts puisque les soignants doivent alors procéder à un refaçonnement de leur identité personnelle et professionnelle, installer des barrières mentales salvatrices et composer avec leur impuissance ou la résignation. Le maintien de ces soignants à la PASS et la qualité de leur travail se trouvent ainsi fragilisés.

L'incertitude migratoire est liée, certes, aux hésitations et aux réflexions des exilés quant à la nature de leur projet, mais elle est surtout influencée par des politiques répressives qui les obligent à vivre dans le secret. Les soignants composent avec ce camouflage des identités comme en témoigne la recherche quotidienne des dossiers médicaux pendant des heures à la PASS. Les questions administratives sont chronophages et empiètent sur le temps médical. Elles obligent les professionnels à bien connaître les cadres juridiques et l'arsenal de textes qui régule les déplacements migratoires. "Ce fait apparaît notamment dans les demandes qui portent sur des certificats, des bilans, dont on espère qu'ils pourront aider à la régularisation du séjour", notait déjà en 2004 Jaqueline Ferreira dans un centre de soins. De plus, l'absence d'identité civile légale détermine le comportement des patients dans leur rapport aux soignants et à l'institution hospitalière. On l'a vu, beaucoup se cachent par peur d'être expulsés et certains vont jusqu'à fuir les hôpitaux pour continuer la traversée. L'accès aux soins n'est donc pas serein ; il est surtout partiel puisque, même si l'AME permet aux "clandestins" (Laacher, 2007) d'obtenir des traitements, l'absence de justificatifs d'identité -

difficiles à se procurer - freine mécaniquement l'ouverture aux droits.

Une médecine médicale plus que sociale

Cette difficulté à ouvrir des droits réinterroge la vocation première de la PASS conçue comme un dispositif médico-social destiné à intégrer des patients en marge du droit commun. Dans ses travaux sur les PASS et centres de soins à destination des précaires, Isabelle Parizot (2003) rappelle que ces dispositifs sont un mélange entre un univers médical et un univers humaniste. On retrouve à bien des égards les traits de ces deux univers à la PASS de Calais.

L'univers humaniste se manifeste à travers cette relation presque égalitaire entre les professionnels paramédicaux et médicaux. Les premiers ont, pour ainsi dire, un rôle de "donneurs d'ordre" (Camus, Dodier, 1994). On assiste aussi à un partage des savoirs et une délégation constructive et commode des tâches. En outre, la PASS est un lieu abrité, non aseptisé qui accueille tous les précaires quelle que soit leur histoire. Au nom de ce principe, les professionnels s'affranchissent de la légalité en administrant des soins à ceux qui sont pourtant considérés comme malvenus sur le territoire français. La structure médicale offre une assistance à des personnes diminuées sans autre forme de contrôle sur l'identité ou la réalité des droits. Les postures des professionnels témoignent d'un respect à l'égard des populations précaires leur discours ne les condamne pas et, comme cela a été observé dans l'enquête sur le Samu social de Cefai et Gardella (2011), certaines des précautions - telles que le non usage systématique des gants et le contact direct - sont employées afin de ne pas réduire les patients à leur condition. C'est là une situation assez éloignée de celle qu'a pu observer Jean Peneff (1992) aux urgences où, par exemple, les précaires sont dans l'obligation de se passer de l'anti-poux.

L'univers médical se déploie quant à lui autour d'une médecine clinique se démarquant ainsi de la médecine 3.0 que l'on retrouve, de plus en plus, dans les services spécialisés. En effet, les soins administrés relèvent davantage du dispensaire que d'une médecine très technicisée. Les consultations se concentrent essentiellement sur le corps des patients, parce qu'il est difficile de mener un interrogatoire étant donné la barrière linguistique. On note un recours à des réflexes postcoloniaux pour contourner l'incompréhension culturelle,

avec notamment la mobilisation du mime et de la gestuelle. En cela, les professionnels se rapprochent de l'exercice pédiatrique et s'éloignent de l'ethnopsychiatrie. L'arrachement au pays est encore un concept difficile à prendre en charge et, pour le moment, la médecine pratiquée à la PASS s'agrippe à ce qu'elle connaît, et à ce qu'elle sait faire. Les symptômes et les plaintes se substituent à la parole des patients au grand dam de certains professionnels. En cela, cette médecine diverge de la médecine légale. En effet, j'ai pu mener quelques observations à l'Unité médico-judiciaire de Boulogne-sur-Mer lors de consultations d'exilés en demande d'un certificat pour l'Ofpra¹. Ceux-ci disposent d'un temps de consultation assez long, d'au moins vingt minutes, et cette consultation est basée sur l'écoute et le récit afin que le médecin légiste puisse corréler les preuves du corps avec la parole. C'est pourquoi, on assiste finalement à la PASS, à une mise en tension entre deux catégories de professionnels : les uns ont un profil "hospitalier", les autres sont plutôt des praticiens libéraux et des psychologues. Ces derniers aimeraient que la parole des patients soit davantage prise en compte et que tous les moyens pour y accéder soient mobilisés - notamment le recours systématique à l'interprétariat en salle de consultations. De même, les assistantes sociales ou les bénévoles des ONG souhaiteraient que cette écoute porte aussi sur les conditions de vie des patients et leur parcours. Cette catégorie de soignants, qui vit d'une façon différente la temporalité, regrette que la PASS soit encore trop exclusivement curative alors que, de leur point de vue, la population exilée aurait besoin d'une plus grande écoute. Mais, bien sûr, accéder à la biographie des patients nécessiterait davantage de temps et de moyens humains. Par ailleurs, cela est-il seulement envisageable dès lors qu'il semble un peu illusoire de vouloir fixer un tant soit peu les patients ? Dans ces conditions, comment mettre en place un suivi sur le long terme ? Les soignants de l'exil doivent-ils se résigner à soigner au coup par coup ? Bien qu'étant un dispositif médico-social, la PASS est réduite à n'être, finalement, qu'une structure de soins et ce d'autant plus lorsque la crise de l'accueil s'amplifie.

Une médecine de crise

La médecine générale à la PASS se transforme au gré de l'actualité migratoire en médecine d'urgence, en médecine de crise, en médecine convulsive. C'est en effet l'actualité migratoire locale qui influence directement les effectifs, l'organisation et la configuration des lieux. Lorsque la crise humanitaire s'aggrave, l'institution doit s'organiser et mettre à profit la logistique. "Nous n'étions pas préparés. (...) D'un coup, il faut s'adapter. Le médecin doit changer sa façon de travailler. Il faut reformer les professionnels", écrit Patrick Pelloux (2017)) propos des soignants qui ont été confrontés aux victimes de la tuerie du Bataclan. Comme pour la médecine des attentats ou la médecine du Covid-19 qui offrent des situations inédites, l'hôpital se retrouve dépassé par une situation qui l'oblige à trouver des solutions rapidement. "Nous avons des modèles qui ne pensent pas l'urgence, l'aléatoire, l'inopiné", souligne à cet égard Patrick Pelloux (2017). Cela donne lieu à un recours aux méthodes humanitaires, à un décloisonnement des rôles, des services et des compétences, à une demande d'aide extérieure, ou à un renforcement des équipes. Par conséquent, la crise fait émerger une médecine de l'impensé, d'autant plus que le système de santé est conçu pour une population sédentaire. L'impensé conduit les acteurs aux frontières de la légalité et les met face à des flous juridiques car "*les exilés ne rentrent pas dans les clous de la réglementation nationale*" comme le rappelle une cadre. La hiérarchie doit alors s'arranger, tracter en coulisse, compter sur des bonnes volontés, négocier. Cette médecine de crise est finalement une médecine clandestine si elle veut pouvoir être menée à bien et tenir les objectifs du soin. Les cadres espéraient même que leur expérience puisse faire jurisprudence.

Quant aux travailleurs de la PASS, ils sont amenés, lors des périodes longues pendant lesquelles le nombre d'exilés augmente, à gérer un flux continu de patients. C'est assez différent des observations de Jean Peneff (1992) qui, aux urgences, décrit une alternance de moments de répit dans la journée et de pics d'adrénaline. À la PASS, le repos en temps de crise n'existe pas tant les entrées de patients sont incessantes ; les professionnels doivent tenir bon jusqu'à la fin de la journée. Un peu comme la médecine des tranchées d'antan. Se met alors en place une sorte de médecine du tri telle qu'elle est pratiquée aux urgences et qui, ici, vient interroger la frontière entre le sanitaire et le sécuritaire. C'est aussi dans ce chaos qu'émergent des initiatives individuelles, que s'inventent de nouvelles pratiques.

Ainsi, l'hôpital s'engage sur un terrain humanitaire même si l'institution se défend de faire de l'humanitaire. Celle-ci veut en effet garder le contrôle de cette frontière statutaire qui lui confère sa valeur et son expertise. "Dé-staturer" l'hôpital reviendrait à le destituer. Cette

position est partagée par ses agents bien que la plupart soient attirés par l'humanitaire. L'institution endosse un rôle de tête de pont dans la coordination de la chaîne de soins ; elle s'articule avec les ONG comme le souhaitait l'OMS qui, à travers le projet *Public Health Aspects of Migration in Europe* (PHAME) suggère une collaboration avec les États membres pour renforcer les capacités de santé publique. L'instance a en effet préconisé en 2015 la création d'une coordination sanitaire à échelle européenne entre les acteurs institutionnels et les associations, une tâche difficile compte tenu des divergences entre les systèmes de santé et des coûts de la prise en charge. Si cette coordination doit permettre un meilleur accès aux soins des populations mobiles marginalisées, elle instaure aussi une veille sanitaire. Car la médecine à la frontière prend aussi des allures de médecine défensive en temps de crise, lorsque la concentration et l'entassement d'une population s'intensifient.

La puissance migratoire face au biopouvoir

Contrôler et traiter le risque épidémique devient parfois la priorité des autorités. Cette expression du biopolitique transforme les professionnels de santé en paratonnerres de mesures inhospitalières. Placés à la frontière du sécuritaire et du sanitaire, les soignants sont alors dans une position inconfortable, "une fragilité normative" (Bujon, Dourlens, Le Naour, 2014), surtout en centre de rétention, une fragilité normative que l'on retrouve par exemple en médecine pénitentiaire. La situation calaisienne présente aussi des affinités avec la prise en charge des Roms en Italie dont la vie quotidienne était rythmée par l'exclusion et les démantèlements de camps. Lorenzo Alunni (2015), qui a documenté cette imbrication entre l'intime et le politique, rappelle cependant que l'exécution du geste technique peut, à l'inverse, participer d'une dépolitisation de l'acte médical. Reste que la médecine de l'exil est forcément une médecine politique, et l'hôpital sort de sa neutralité lorsqu'il est réquisitionné, par exemple, pour gérer une épidémie et que l'enjeu sanitaire déguise une problématique sociale et politique. Même si les soignants gardent le soin comme boussole, autour d'eux tournoient des pressions associatives, policières, institutionnelles, les pressions aussi de la patientèle. Pour de frêles épaules, ce fardeau semble bien difficile à porter, d'où l'importance du groupe, de la corporation. Comme l'indique un infirmier, "*le principal est qu'on garde tous le même discours*". De la solidarité et de l'entraide sous-tendent donc l'activité de cette petite équipe,

même si les soignants libéraux auraient aimé être davantage intégrés au noyau dur. Et en même temps, l'exercice d'un biopouvoir de type foucauldien est ici un leurre puisque le suivi médical et le fichage des populations est quasi-impossible. De fait, la mobilité des patients et leur clandestinité empêchent toute forme de stabilité. La médecine de l'exil ne verse donc pas dans le contrôle mais, en revanche, elle compose sans cesse avec l'incertitude et se déploie sous la forme d'un travail artisanal "basé surtout sur le regard et le toucher" (Jaqueline Ferreira, 2004).

On l'a vu : cet artisanat sensible, qui s'apprend surtout sur le tas, peut être dédaigné par certains professionnels. Ceux-ci considèrent parfois ces pratiques soignantes avec condescendance, même si elles sont en réalité complexes. Le dénigrement dont elles font l'objet peut témoigner d'une peur d'un changement des rapports de pouvoir entre les disciplines ou les fonctions. Ce qu'a montré Anselm Strauss, par exemple, avec la percée des radiologues regroupés autour d'une nouvelle mission, non pas seulement le diagnostic mais l'application des radiations à des fins thérapeutiques. Dans cet exemple, la constitution de ce nouveau groupe de radiologues-thérapeutes était considérée comme menaçante pour les tenants de l'ancienne spécialité médicale (Strauss *in* Baszanger, 1992). On peut alors faire l'hypothèse selon laquelle la médecine de l'exil suscite d'autant plus de réticences, voire de résistances qu'elle mobilise de nouveaux savoir-faire, inégalement distribués, et bouleverse les hiérarchies instituées entre les divers professionnels.

La constitution d'une sous-spécialité dans la médecine des précaires ?

Cette médecine si particulière, certains professionnels aimeraient la transformer en spécialité. "*On a développé une véritable expertise sur la personne exilée en termes d'adaptation et de communication*", s'enthousiasme une cadre. La médecine à la frontière s'auto-construit sous l'effet de la réappropriation des normes par un personnel soignant éclectique qui participe à l'innovation hospitalière. Ainsi la PASS devient-elle un nouveau segment professionnel (Strauss *in* Baszanger, 1992) dans un environnement où "la médecine hospitalière est devenue une mosaïque de spécialités et même de sous-spécialités (...)" (Clément, 2001). C'est ce que suggérait déjà Jaqueline Ferreira (2004) en relatant les propos d'un médecin bénévole dans un centre de soins gratuits tenu par Médecins du Monde : "nous

sommes devenus spécialistes des immigrants sans papiers”, disait-il. De fait, l’expérience de terrain acquise auprès des exilés par l’hôpital de Calais depuis les années 1990, tout comme celle engrangée à l’hôpital Avicenne, leur donnent une longueur d’avance dans ce domaine sur bien d’autres établissements de santé. S’ajoutent à cela les micro-actions des professionnels qui enrichissent cette médecine à la frontière, des micro-actions qui sont désormais reconnues comme des savoirs à part entière et soutenues financièrement par l’ARS. En effet, l’institution encourage les expérimentations afin de les protocoliser à terme. On peut rapprocher cette construction d’une nouvelle médecine de l’étude d’Isabelle Baszanger (1991) sur l’émergence des professionnels de la douleur et la manière dont ils ont tenté d’acquérir un statut. Les professionnels de santé, au fil des expériences, se sont fait une idée plus précise de la douleur en déterminant des degrés allant de la “douleur symptôme” ou “douleur signal” à celle la “douleur maladie” et en assurant la prise en charge de cette douleur. Des spécialistes de plusieurs disciplines se sont alors regroupés et les “consultations douleur” ont démarré lentement dans les années 1970. De même, la PASS n’est pas seulement le produit de politiques de lutte contre l’exclusion : elle s’est construite aussi dans la dynamique de la division du travail médical en confiant à une équipe dédiée le soin de s’occuper des précaires et de perfectionner ses pratiques - comme ce fut le cas, par exemple, avec l’apparition des infirmières d’annonce dans les soins palliatifs (Mino et Frattini *in* Pennec, Le Borgne-Uguen Douguet, 2014). Cette activité dite d’interface établit alors des liens entre les patients et d’autres segments professionnels.

Des ambassadeurs d’une médecine de l’exil

L’alliage de professionnels du “dehors” et du “dedans” crée un mouvement ville-hôpital ou PASS-CH-services spécialisés, qui permet de faire connaître et diffuser les pratiques au-delà du périmètre de la PASS. Lorsque celle-ci était ouverte seulement dans l’après-midi, les salariés étaient amenés à travailler en polyvalence le matin dans divers services. Ainsi, les infirmiers font-ils la jonction entre la PASS et les autres services de l’hôpital où les professionnels sont amenés, occasionnellement, à rencontrer des exilés. Pour obtenir des conseils, ceux-ci s’appuient alors sur les soignants de la PASS, qui en tirent d’ailleurs une certaine fierté. Une infirmière explique par exemple avoir vu des soignants des

urgences asperger les murs de l'hôpital de produits contre la gale ; elle est alors intervenue en leur disant que cela était inutile et ne s'appliquait, en outre, que sur la literie. Au-delà de cet épisode, tout porte à croire que les soignants de la PASS de Calais deviennent en quelque sorte des "ambassadeurs d'une médecine de l'exil" : *"Nous, ici, on a l'expérience avec les précaires, avec les migrants sur la gale donc les médecins des étages nous appellent pour donner un avis sur comment on les prend en charge médicalement mais également sur le plan social comment insérer cette personne dans son environnement. Ça, c'est plutôt gratifiant pour l'équipe médicosociale de la PASS"*, indique un médecin. *"Ils se réfèrent beaucoup à nous parce qu'on fait partie de la PASS, ça c'est bien ça (petit rire couvert)"*, confirme une infirmière. Elle ajoute : *"Aux collègues des urgences, on donne des conseils contre le risque de phlébite. D'habitude, on injecte du Lovenox® qu'on injecte au patient une fois par jour quand il se fracture la jambe, et il faut surveiller les plaquettes. Il existe les mêmes produits qui ne nécessitent pas de surveillance, à prendre trois fois par semaine. Tu injectes le produit, tu n'as pas besoin de faire de surveillance ; donc nous, on va leur dire de mettre plutôt ça parce qu'il [l'exilé] ne va pas revenir faire son dosage de plaquette donc ça ne sert à rien. En général, ils nous écoutent."* Cette interférence bouleverse les protocoles classiques. La mémoire médicale est transmise d'un service à l'autre. Une cadre se souvient qu'après le démantèlement de la "jungle" en 2016 et l'envoi d'exilés en centres d'accueil partout en France, les appels téléphoniques des autres hôpitaux de France fusaient : *"ils voulaient tous savoir comment on faisait !"* L'expérience de la PASS devient une force, et même une source d'inspiration. Par exemple, les soignants de la PASS de Dunkerque ont visité la PASS-CH et la PASS-Ferry au moment de penser leur organisation de travail. Ils ont pris pour exemple l'installation d'une pharmacie directement dans la PASS, une délocalisation qui nécessite pléthore d'autorisations et une réorganisation avec la pharmacie centrale de l'hôpital. Ils ont aussi choisi de prendre leur distance avec la délocalisation de la PASS.

Une médecine plurielle

La médecine de l'exil à la frontière est une médecine "couteau-suisse", qui trouve ses inspirations dans bien des médecines déjà existantes avec cette particularité que la géographie du lieu conditionne la pratique médicale. "La relation de soin est une relation sociale qui peut

varier sensiblement selon les facteurs cognitifs, normatifs, selon les positions sociales des personnes, selon les types de pathologie, selon le genre, etc.” (Schweyer, 2014). Il semble néanmoins que cette pratique du soin s’inscrit dans la lignée de la médecine des précaires, mais avec des éléments inédits à considérer. Il en va ainsi des blessures liées à la traversée des frontières, nouvelles pathologies d’un monde à la fois ouvert et fermé. Ensuite, si les SDF ont habitué les professionnels à des passages brefs en consultation ; la frontière, elle, décuple ce phénomène. Tout comme elle amplifie la cadence de travail, au risque - parfois - de désincarner les patients aux yeux des soignants. Enfin, il semble que la perte de sens face à une réalité insensée est aussi une émotion nouvelle dans la médecine des précaires. L’intensité de la culpabilité, de l’incompréhension, l’usure de soigner à perte sont autant de défis moraux auxquels doivent se confronter les professionnels de cette médecine de l’exil à la frontière.

Des travaux de recherche abordant le triptyque espace géographique, santé et migration, émergent. On pense au récent ouvrage dirigé par Nina Sahraoui (2020) qui parcourt cette thématique dans divers pays européens. On y découvre aussi que cette médecine est plurielle, aussi, parce que les soignants prennent en compte les spécificités des patients. Or, cela va à l’encontre du souhait formulé par Didier Fassin (2019), qui espère une “désingularisation” de cette patientèle. Cette option vise assurément à ne pas essentialiser les patients, à ne pas les réduire à leurs caractéristiques ni réserver leur prise en charge sanitaire exclusivement à ce “gouvernement humanitaire” qui “institue sur le temps long un traitement ségréatif” (Alunni, 2015). Une telle différenciation dans la prise en charge était déjà caractéristique de la médecine des précaires puisque déjà Jaqueline Ferreira (2004) notait un processus de “familiarisation” par lequel un professionnel prendra en compte, par exemple, la culture des patients. Si prendre en compte les spécificités d’une population peut, comme le craint Didier Fassin, renforcer la ségrégation dont souffrent les exilés, on peut aussi se demander si, à l’inverse, cela ne participe pas à les faire exister. En effet, les politiques répressives et sécuritaires alimentent l’invisibilité de ces exilés, les réduisant peu ou prou à une masse indistincte d’individus indésirables.

Une médecine d’avenir ?

Alors que la migration est un mouvement *a priori* inévitable, que Calais restera toujours à deux pas de l'Angleterre, que les politiques répressives semblent vouées à perdurer, la médecine de l'exil n'est-elle pas en train de devenir incontournable ? L'incertitude en médecine est devenue si palpable avec, en premier lieu les attentats, puis plus flagrante encore lors de l'apparition de l'épidémie de Covid-19. Le soir de la tuerie au Bataclan, les professionnels de santé témoignaient d'un bouleversement de leurs habitudes professionnelles et d'une obligation de s'adapter dans l'urgence à une véritable médecine de guerre²⁷. L'incertitude, c'est aussi faire face à l'inconnu d'un virus émergent, et la Covid-19 a campé les professionnels de santé face à leur impuissance. Encore une fois, pour la contrer ou l'atténuer, l'adaptation et la réinvention s'offrent en réponse. L'incertitude replace la singularité soignante - avec ses qualités, ses jugements et expériences - au cœur d'une transformation hospitalière qui avait tendance à les réfréner. Elle diminue ainsi le pouvoir de la standardisation qui se manifeste à travers des protocoles de soin inspirés de l'*Evidence-based Medicine*, laquelle tend à "déshumaniser le soin". Or, cette rationalité scientifique et médicale qui vise "à nier" (Azria, 2013) l'incertitude atteint ses limites face à ces nouvelles contingences que sont les événements épidémiques, migratoires ou politiques. "On s'est toujours adaptés à toutes les situations. C'est pour ça que la PASS perdure parce qu'on a une capacité d'adaptabilité à tout. On est capables de s'adapter à des trucs qui sont insurmontables pour certains services, j'en suis certaine", affirme une infirmière.

Les perspectives de recherche

Cette réflexion entre prise en charge différenciée ou universelle, nous souffle plusieurs questions. La prise en compte de ces spécificités amène-t-elle à moins d'égalité pour les patients ? Une mise en œuvre sanitaire différenciée peut-elle - dans les conditions politiques et sociales d'un lieu-frontière - favoriser le soin ? Peut-on faire l'impasse sur les spécificités de ce public en mouvement ?

²⁷ "Attentats, les urgences en première ligne" Documentaire de Delphine Lopez et Camille Roperch; 2016, 60 min.

À l'issue de ce travail, j'aimerais le renouveler mais cette fois du point de vue des patients. Comment les exilés s'approprient-ils la PASS ? Que pensent-ils de la prise en charge sanitaire que leur offre la France ? Comment ressentent-ils la relation aux soignants ? Qu'en attendent-ils ? Comment se soignent-ils en dehors du système de soin ? Ce sont autant d'interrogations que je me pose. Une autre perspective de travail s'ouvre aussi à moi. En partant du triptyque frontière, migration et santé, j'aimerais observer cette fois, les bouleversements de la médecine légale. Car, si la frontière blesse ou mutilé, elle tue également, et des professionnels de santé prennent en charge les corps afin de les identifier, d'éclairer les circonstances des décès et ils s'investissent pour redonner à ces corps une dignité.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

Acker, F. (2008). “Infirmières : des pratiques en redéfinition ; une opportunité pour repenser quelques dimensions du soin ?”. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 61-67. doi:10.3917/rsi.093.0061.

Acker, F. (2005). “Les reconfigurations du travail infirmier à l’hôpital”. *Revue française des affaires sociales*, , 161-181. doi:10.3917/rfas.051.0161.

Agamben Giorgio, *État d’exception, Homo sacer*, Paris, Seuil, 2003.

Agier Michel, *Le couloir des exilés, "Être étranger dans un monde commun"*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, 2011.

Agier Michel, *La main gauche de l’empire. Ordre et désordres de l’humanitaire*, Paris, Multitudes, 2003.

Agier Michel, “De nouvelles villes : les camps de réfugiés. In: Les Annales de la recherche urbaine”, N°91, 2001. *Villes et guerres*. pp. 128-136.

Agier Michel et al, *La Jungle de Calais*, Paris, Hors collection, 2018.

Agier Michel, *Un monde de camps*, Paris, La découverte, 2014.

Agier Michel, *Gérer les indésirables. Des camps de réfugiés au gouvernement humanitaire*, Paris, Flammarion, 2008.

Aggoun Atmane, *Enquêter auprès des migrants, le chercheur et son terrain*, Paris, L’harmattan, 2009.

Aïach Pierre, Delanoë Daniel, *L’ère de la médicalisation*, Paris, Anthropos, 1998.

Albert Jean-Pierre, “Incarnations, désincarnations, ce que les religions disent et font du corps”, *Corps* 2006/1 (n° 1), p. 31-38.

Alter Norbert, “Travail et déni du don”, *Revue du MAUSS* 2010/1 (n° 35), p. 175-194.

Alunni, L. (2015). “La douleur politique. Enjeux du corps malade dans les campi roms de Rome [1]”. *Confluences Méditerranée*, 93, 103-113.

Amourous Charles, *Que faire de l'hôpital ?*, Paris, L'Harmattan, 2004.

Andrieu Bernard, "Mon corps est remarquable ! Du body art à la chirurgie esthétique", *Informations sociales* 2008/1 (n° 145), p. 82-89.

Andrijasevic Rutvica et Walters William, "L'Organisation internationale pour les migrations et le gouvernement international des frontières", *Cultures & Conflits*, Hiver 2011.

Antoniotti, S., Manuel, C., Sapin, C., Auquier, P. & San Marco, J. (2002). "Déclaration obligatoire de l'infection par le VIH. Justifications épidémiologiques et interrogations éthiques." *Santé Publique*, vol. 14(1), 63-73. doi:10.3917/spub.021.0063.

Antoniotti, S., Pellissier, V., Siméoni, M. & Manuel, C. (2002). "Déclaration obligatoire des maladies infectieuses : Des maladies 'pestilentiennes' aux maladies 'émergentes'". *Santé Publique*, vol. 14(2), 165-178. doi:10.3917/spub.022.0165.

Arborio Anne-Marie, *Un personnel invisible, Les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris, Economica, 2012.

Arborio Anne-Marie, Cohen Yves, Fournier Pierre, Hatzfeld Nicolas, Lomba Cédric et Muller Séverin (dir.), *Observer le travail, Histoire, ethnographie, approches combinées*, La Découverte, Paris, 2008.

Arendt Hannah, *Responsabilité et jugement*, Paris, Payot, 2009.

Atlantico, <https://www.atlantico.fr/decryptage/3573957/drogue-du-travailleur--le-tramadol-le-nouveau-traffic-tres-lucratif--et-terriblement-mortel-qui-ravage-l-afrique-antonin-tisseron>

Aubert Nicole et Haroche Claudine, *Les tyrannies de la visibilité*, Paris, Eres, 2011.

Autès Michel, "Vers de nouvelles régulations politiques de la question sociale", *Déviance & Société*, vol. 26, numéro 2, 2002.

Azria Elie, "Le soignant et la standardisation des pratiques médicales", *Centre Laennec*, 2013/3 Tome 61.

Bacqué, M., Rey, H. & Sintomer, Y. (2005). “Introduction. La démocratie participative, un nouveau paradigme de l’action publique ?”. Dans : Marie-Hélène Bacqué éd., *Gestion de proximité et démocratie participative: Une perspective comparative* (pp. 9-46). Paris: La Découverte.

Bajoit Guy, *Pour une sociologie relationnelle*, Paris, Puf, 1992.

Balint Michael, *Le médecin son malade et la maladie*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 1972.

Ballière Frédéric, *Le recours aux soins des demandeurs d’asile*, Approche ethnographique de l’expérience de l’exil, Paris, L’Harmattan, 2011.

Barron Pierre, Bory Anne, Chauvin Sébastien, Jounin Nicolas, Tourette Lucie, *On bosse ici, on reste ici !*, Paris, La Découverte, 2011.

Bateman Simone. “À propos de l’incertitude dans la pratique médicale (Commentaire)”. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 28, n°1, 2010. pp. 71-80.

Batifoulier Philippe *et al.*, “Présentation”, *Revue du MAUSS* 2013/1 (n° 41), p. 5-21.

Batifoulier Philippe, “Faire payer le patient : une politique absurde”, *Revue du MAUSS* 2013/1 (n° 41), p. 77-92.

Batifoulier Philippe, Ventelou Bruno, “L’érosion de la “part gratuite” en médecine libérale. Discours économique et prophéties autoréalisatrices”, *Revue du MAUSS*. 2003/1 (no 21), p. 313-329.

Bassis Antarès, “La ville monde”, France, Allemagne, Belgique | 2018 | 104 minutes.

Baszanger Isabelle, *La trame de la négociation*, Paris, L’Harmattan, 1992.

Baszanger Isabelle. “Socialisation professionnelle et contrôle social. Le cas des étudiants en médecine futurs généralistes”. In: *Revue française de sociologie*, 1981, 22-2. pp. 223-245;

Baszanger Isabelle, Bungener Martine, Paillet Anne, *Quelle médecine voulons-nous ?* Paris, La Dispute, 2002.

Baszanger Isabelle. “Déchiffrer la douleur chronique. Deux figures de la pratique médicale”.
In: Sciences sociales et santé. Volume 9, n°2, 1991. Professionnels en acte. pp. 31-78

Baszanger Isabelle, “Les maladies chroniques et leur ordre négocié”. *In: Revue française de sociologie*, 1986, 27-1. pp. 3-27

Baumann, F. (2018), *Le brownout*, Josette Lyon.

Baux Mathilde, “Des maux aux mots: balbutiements des équipes mobiles psychiatrie précarité envers les personnes migrantes”, *Université de Lille 2, Faculté de médecine*, 2015.

Bellet, P. (2019). “L’hypnose pour réhumaniser le soin. Hegel”, 1, 78a-78a.
<https://doi.org/10.3917/heg.091.0078a>

Belorgey Nicolas, *L’hôpital sous pression, Enquête sur le “nouveau management public”*, Paris, La Découverte, 2010.

Benoist Yann , “Vivre dans la rue et se soigner”, *Sciences sociales et santé* 2008/3 (Vol. 26), p. 5-34.

Benoist Jean, “Une anthropologie de la guérison”, in Nathalie Dumet et al., *Soigner ou guérir ?*, ERES “L’Ailleurs du corps”, 2010.

Bercot, R. (2008). “Hôpital : petits arrangements avec les règles”, *Les Grands Dossiers des Sciences Humaines*, 12, 10-10.

Bernardot Marc, *Captures*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du croquant, 2012.

Bernardot Marc, “Mobilité, hybridité, liquidité : un architecte de la globalisation ?”, *Variations* [En ligne], 21 | 2018, mis en ligne le 05 avril 2018.

Bernardot Marc, “Invasions, subversions, contaminations”, *Cultures & Conflits*, 84 | 2011, 45-62.

Bernardot Marc, Le Marchand Arnaud, Santana Bucio, *Habitats non ordinaires et espace-temps de la mobilité*, Bellecombe-en-Bauges, Terra, 2014.

Bertossi Christophe et Prud’homme Dorothee, “La ‘diversité’ à l’hôpital : identités sociales et discriminations”. Une étude du *Centre Migrations et Citoyennetés de l’Ifri*. Réalisée avec

le soutien de la HALDE, du Conseil Régional d'Ile-de-France, de la Fédération Hospitalière de France (FHF) et de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP).

Bessin Marc, "Le social aux urgences de l'hôpital", *Espace éthique*, 2003, Île-de-France.

Bessin Marc et Lechien Hélène, "Soignants et malades incarcérés. Conditions, pratiques et usages des soins en prison", *Centre d'étude des mouvements sociaux*, EHESS, Paris, novembre, 2000.

Binst Marianne, *Du mandarin au manager hospitalier*, Paris, L'Harmattan, 1990.

Biraben Jean-Noël, Maître Jacques. Claudine Herzlich, Janine Pierret, "Malades d'hier, malades d'aujourd'hui. De la mort collective au devoir de guérison". In: *Sciences sociales et santé*. Volume 3, n°1, 1985. pp. 117-128;

Blanc Marie-Eve et Monnais Laurence, "Culture, immigration et santé. La consommation de médicaments chez les Vietnamiens de Montréal", p. 151-176, *Migrations internationales et vulnérabilités*, *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 23 - n°3, 2007.

Bloy Géraldine, "L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles", *Sciences sociales et santé*, Volume 26, n°1, 2008. pp. 67-91.

Bloy Géraldine, Schweyer François-Xavier, *Singuliers généralistes : sociologie de la médecine générale*, Paris, Broché, 2010.

Boch Anne-Laure, "Une éthique pour la chirurgie", in Emmanuel Hirsch, *Traité de bioéthique*, ERES "Poche - Espace éthique", 2010 (), p. 633-643.

Boëtsch Gilles, Hervé Christian, Rosenberg Jacques, *Corps normalisé, corps stigmatisé, corps racialisé*, Bruxelles, De Boeck, 2007.

Boltanski Luc, Chiapello Ève, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.

Bolzmann Claudio, Exil et errance, n°35, Paris, *Pensée plurielle*, 2014.

Bouchaud, O. & Cha, O. (2012). 9. "Médecine générale et précarité". Dans : Pierre-Henri Bréchat éd., *Innover contre les inégalités de santé* (pp. 117-134). Rennes, France: Presses de l'EHESP.

Bouchon Magali, "Les soignants en souffrance : les difficultés émotionnelles des soignants en interaction avec la douleur, la maladie et la mort dans un service de pathologies lourdes et chroniques à l'hôpital national du point G de Bamako (Mali)", *Face à face* [En ligne], 9 | 2006.

Boudou Benjamin, "Ennemis, hôtes et étrangers. Enquête sur les identités politiques grecque et romaine", *Mots. Les langages du politique* [En ligne], 101 | 2013.

Bourdieu Pierre et Sayad Abdelmalek. *Le déracinement. La crise de l'agriculture traditionnelle en Algérie*, Paris, Les Editions de Minuit, 1964.

Bourdieu Pierre, *La misère du monde*, Paris, Seuil, 1993.

Bourdieu Pierre, *Sur l'État, Cours au Collège de France 1989-1992*, Paris, Seuil, 2012.

Bourgeon Dominique, "Le don et la relation de soin : historique et perspectives...", *Recherche en soins infirmiers* 2007/2 (N° 89), p. 4-14.

Bourguignon Odile, "L'intime, le corps et la relation de soin", in Emmanuel Bréchat et al., *Innover contre les inégalités de santé, Presses de l'EHESP "Hors collection"*, 2012 (), p. 117-134.

Bourmaud, P. (2012). "Discipline et familiarisation à travers la médecine : une mission médicale à Gaza (1878-1914)." *Histoire et missions chrétiennes*, 21, 81-102. <https://doi.org/10.3917/hmc.021.0081>

Bretin Hélène, "Marginalité contraceptive et figures du féminin : une expérience de la contraception injectable hormonale en France", *Sciences Sociales et Santé*, Vol. 22, n° 3, septembre 2004.

Breviglieri Marc, "De la cohésion de vie du migrant : déplacement migratoire et orientation existentielle", *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 26 - n°2 | 2010.

Bronner Gérald, *La démocratie des crédules*, Paris, Broché, 2013.

Brugère Fabienne, Le Blanc Guillaume, “Introduction. La vie, le sujet et les normes, in Fabienne Brugère et al., Judith Butler”, *Presses Universitaires de France* “Débats philosophiques”, 2009 ()).

Bruneteaux Patrick, Lanzarini Corinne, *Les nouvelles figures du sous-prolétariat*, Paris, L’Harmattan, 1999.

Bruneteaux Patrick, “Les politiques de l’urgence à l’épreuve d’une ethnobiographie d’un SDF”, *Revue française de science politique*, 2007/1 (Vol. 57), p. 47-67.

Bruzulier, J., Haudebourg, G. (2001). “Cachez ce pauvre que je ne saurais voir.” Rennes, France: *Presses de l’EHESP*. <https://doi.org/10.3917/ehesp.bruzu.2001.01>

Bujon Thomas, Dourlens Christine et Le Naour Gwenola, *Aux frontières de la médecine*, Paris, Editions des archives contemporaines, 2014.

Buton, F. & Pierru, F. (2012), “Instituer la police des risques sanitaires : Mise en circulation de l’épidémiologie appliquée et agencification de l’État sanitaire”, *Gouvernement et action publique*, vol. 1(4), 67-90. doi:10.3917/gap.124.0067.

C

Cabral Maria de Jesus (Direction), Domingues José, Danou Gérard (Direction), Projections médicales, artistiques et littéraires, *Le Toucher*, Essai (broché), 2019.

Cailhol, J., Lebon, MC. & Sherlaw, W. “Will my patients get their residence permit? A critical analysis of the ethical dilemmas involved in writing medical certificates for residence permits in France.” *BMC Med Ethics* 21, 59 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12910-020-00500-7>

Caillé Alain, “Don, care et santé”, *Journal du Mauss*, Conférence du 15 novembre 2013, VIe Congrès des sciences sociales, ABRASCO.

Caillé Alain, “Jouer/Donner”, *Revue du MAUSS* 2013/1 (n° 41), p. 241-264.

Caillé Alain, “Peut-on faire le deuil du structuralisme ?” *La Grande Table des idées*, France Culture, 19 juin 2018.

Cambrezy Luc, La journée “Crise des migrants : décentrer le regard” du 18 mars 2016, à l’Ined, a été co-organisée par Cris Beauchemin (Ined) et Jean-Luc Primon (Unice-iPOPs). Crise des migrants ou crise de l’asile ? Luc Cambrezy (CEPED).

Cambrezy Luc, *Réfugiés et exilés. Crise des sociétés, crise des territoires*, Paris, éditions les archives contemporaines, 2001.

Campagne, G., Chippaux, J. & Garba, A. (2003). “Information et recueil du consentement parental au Niger.” *Autrepart*, 28, 111-124.

Camus Agnès, Dodier Nicolas, *L’intérêt pour les patients à l’entrée de l’hôpital, Enquête sociologique dans un service d’urgences médicales*, Paris, Centre de recherche, médecine, maladie et sciences sociales, 1994.

Canguilhem Georges, *La Connaissance de la vie*, Paris, Vrin, 1965.

Castel Patrick, “La gestion de l’incertitude médicale : approche collective et contrôle latéral en cancérologie”, In: *Sciences sociales et santé*. Volume 26, n°1, 2008. pp. 9-32.

Castel Robert, *L’insécurité sociale*, Paris, Seuil, 2003.

Castel Robert, *L’ordre psychiatrique*, Paris, Minuit, 1976.

Castel Robert, *La gestion des risques*, Paris, Minuit, 1981.

Castel Robert, *Les métamorphoses de la question sociale*, Folio Essais, Paris, 1995.

Castel Robert et Duvoux Nicolas, *L’avenir de la solidarité*, Paris, Puf, 2013.

Carenews, 9 août 2016, <https://www.carenews.com/entourage/news/au-coeur-du-chapsa-avec-jacques-hassin-docteur-en-clodologie>

Carricaburu Danièle, Castra Michel, Cohen Patrice, *Risque et pratiques médicales*, Rennes, Presses de l’Ecole des hautes études en santé publique, 2010.

Cary Paul, Roi Claire-Sophie, “L’assistance entre charité et soupçon. Sur la distribution alimentaire dans une petite ville du nord de la France”, *Revue du MAUSS* 2013/1 (n° 41), p. 327-346.

- Casella Colombeau, S. (2010). "La frontière définie par les policiers." *Plein droit*, 87(4), 12-15.
- Castel, Robert, *La montée des incertitudes : travail, protections, statut de l'individu*, Paris, Éd. du Seuil, 2009.
- Castel Pierre-Henri, *L'esprit malade*, Paris, Ithaque, 2009.
- Castra Michel, *Bien Mourir*, Paris, Puf, 2003.
- Castra Michel, "Identité", *Sociologie* [En ligne], Les 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 01 septembre 2012, consulté le 03 décembre 2017. URL : <http://sociologie.revues.org/1593>.
- Cefaï Daniel, Gardella Edouard, *L'urgence sociale en action. Ethnologie du Samusocial de Paris*, Paris, La Découverte, 2011.
- Célérier M.-C, Oresve C., Janiaud-Gouitaa F., *La rencontre avec le malade*, Paris, Dunod, 1999.
- Cellier Julie, "Soigner les exilés : la coordination des soins inter-structures. L'exemple du refuge solidaire de Briançon", mai-juin 2019, *EHESP*.
- Chambon, N. (2018). "Édito". *Rhizome*, 68(2), 1-2. doi:10.3917/rhiz.068.0001.
- Chambon, N. (2018). "Raconter son histoire comme personne : les migrants et leurs récits. Le sujet dans la cité", 9(2), 63-74. doi:10.3917/lsdlc.009.0063.
- Chambon, N. & Le Goff, G. (2016). "Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie". *Revue française des affaires sociales*, , 123-140.
- Chambon, N. (2018). "Édito". *Rhizome*, 68(2), 1-2. doi:10.3917/rhiz.068.0001.
- Chanial Philippe, "Don et care : une perspective anthropologique", *Recherche et formation* [En ligne], 76 | 2014.
- Chanial Philippe, "18. Donner aux pauvres", in Philippe Chanial, *La société vue du don*, La Découverte « TAP/Bibliothèque du MAUSS », 2008 (), p. 272-305.
- Chanterreau François, "La société, l'hôpital et les pauvres", Paris, Arts&éducation, 1996.

Chaud P, Haeghebaert S, Leduc G, Merlin B, Janssens M, Denoual A, *et al.* “Surveillance des maladies infectieuses dans les populations migrantes accueillies à Calais et à Grande-Synthe”, novembre 2015 – octobre 2016. *Bull Epidemiol Hebd.* 2017;(19-20):374-81. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/19-20/2017_19-20_1.html

Chauvenet Antoinette, *Médecines au choix, médecine de classes*, Paris, Broché, 1978.

Chauvenet Antoinette, “Ordre médical et filières de soins.” In: *Sociologie du travail*, 18^e année n°4, Octobre-décembre 1976. Lecorps du pauvre.

Chemla Patrick, *Politiques de l'hospitalité*, Toulouse, Editions Erès, 2014.

Cicourel Aaron V., *Le raisonnement médical*, Seuil, Paris, 2002.

Clément Jean-Marie, *1900-2000 : La mutation de l'hôpital*, Bordeaux, Les études hospitalières, 2001.

Clochard Olivier, “Le jeu des frontières dans l'accès au statut de réfugié – Une géographie des politiques européennes d'asile et d'immigration”, Thèse de *l'université de Poitiers*, 8 juin 2007, Emmanuel Ma Mung et Luc Legoux (Dir).

Cogné Gaël, “Tramadol, les ravages de la “cocaïne du pauvre””, 16 août 2016, *Libération*.

Cognet Marguerite, Anne-Cécile Hoyez et Christian Poiret, “Expériences de la santé et du soin en migration : entre inégalités et discriminations”, *Revue européenne des migrations internationales*, 2012, p.7 à p.10

Collière M.-F, *Soigner... le premier art de la vie*, Masson, Paris, 2001, c 1996.

Collovald Annie, “De la défense des ‘pauvres nécessiteux’ à l'humanitaire expert. Reconversion et métamorphoses d'une cause politique.”, In: *Politix*, vol. 14, n°56, Quatrième trimestre 2001. Inconstances politiques. pp. 135-161.

Combis Hélène, “Simmelweis, le médecin qui tenta d'imposer le lavage de mains”, 16/03/2020, France Culture.

Comiti Vincent-Pierre, Patureau Jacqueline, “La santé des migrants en France: spécificités, dispositifs et politiques sanitaires”, *Santé, Société et solidarité*, n°1, 2005. Immigration et

intégration, p. 129-137. Conrad Peter, *The Medicalization of society*, Baltimore, Johns Hopkins, 2007.

Conseil National de l'Ordre des Médecins (Cnom), "La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale. Étude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité", Juin 2014.

Corbin Alain, *Le miasme et la jonquille*, Champs Flammarion, 2001.

Côté Jean-François, "Du pragmatisme de George Herbert Mead à la sociologie de Chicago : les prolongements d'une vision kaléidoscopique de la société", *SociologieS* [En ligne], Dossiers, Pragmatisme et sciences sociales : explorations, enquêtes, expérimentations, mis en ligne le 23 février 2015.

Courau Henri, *Ethnologie de la Forme-camp de Sangatte*, Les archives contemporaines, Paris, 2007.

Crochet Soizick, "24. Le sacrifice impossible : contradictions de l'action humanitaire", in Philippe Chaniel, La société vue du don, *La Découverte "TAP/Bibliothèque du MAUSS"*, 2008 (), p. 381-398.

Crocq Louis, *Les traumatismes psychiques de guerre*, Paris, Odile Jacob, 1999.

Cuttitta P., 2015, "La frontière Lampedusa. Mises en intrigue du sécuritaire et de l'humanitaire." *Cultures & Conflits*. 99-100,(3), pp. 99-115.

D

D'Andlau Guillaume, *L'action humanitaire*, Paris, Puf, 1998.

Dambuyant-Wargny Gisèle, *Quand on n'a plus que son corps*, Armand Colin, Paris, 2006.

Danet François, "La psychiatrie, une spécialité marginale dans la modernité", *L'information psychiatrique* 2013/1 (Volume 89), p. 33-41.

Dassa Sami, Dassa Josette. “L’équipe de travail : un concept idéologique ambigu et obscur (Commentaire)”. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 5, n°2, 1987. La sociologie de la santé en R.F.A. (2e partie) pp. 85-94.

Daubas-Letourneux Véronique, “Accidents du travail : des blessés et des morts invisibles”, *Mouvements* 2009/2 (n° 58), p. 29-37.

Deau Xavier (Rapporteur), Bouet Patrick, Cerruti François-Régis, Lagarde Gérard, Leriche Bertrand, Pouillard Jean, Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des *Assises du Conseil national de l’Ordre des médecins* du 18 juin 2005.

Debout Frédérique *et al.*, “La santé à l’épreuve du travail”, *Mouvements* 2009/2 (n° 58), p. 7-12.

De Certeau Michel, *L’Invention au quotidien. Arts de faire*, Paris, Gallimard, 1990.

Declerck Patrick, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris*, Paris, Terre humaine Poche, 2001.

Déchaux Jean-Hugues. Duerr Hans Peter, “Nudité et pudeur. Le mythe du processus de civilisation”. In: *Revue française de sociologie*, 2001, 42-1. pp. 165-169;

Degos, L. (2017). “Complémentarité entre médecine traditionnelle chinoise (MTC) et médecine occidentale”. *Hegel*, 1, 98-98. <https://doi.org/10.3917/heg.071.0098>.

De Kervasdoué Jean, *L’hôpital*, Paris, Presses universitaires de France, 2004.

Déplauze Marc-Olivier, “Une xénophobie d’État ? Les ‘médecins étrangers’ en France (1945-2006)”, *Politix* 2011/3 (n° 95), p. 207-231.

De Latour Éliane, “Si bleu, si calme” (redux), 80 min, Les Films d’ici, Canal Plus, La Sept/Arte - Cnrs Image, 2007/1996.

Demailly Lise, *Sociologie des troubles mentaux*, Paris, La Découverte, 2011.

Demailly Lise et Autès Michel, *La politique de santé mentale en France*, Paris, Armand Colin, 2012.

De Puy Sybille, *Comment on dit dans ta langue ?*, Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 2005.

De Pauw Caroline, “Prise en charge des personnes précaires en médecine générale. Un levier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ?” *Thèse*, soutenue le 22 octobre 2013 (Université de Lille 1).

Deschodt, G. (2010). “La pudeur, un bilan.” *Hypothèses*, 13,(1), 95-105.

Desgrées du Loû, A., Ravalihasy, A. & Pannetier, J. (2017). “Des situations de précarité qui exposent aux risques sexuels et au VIH.” Dans : Annabel Desgrées du Loû éd., *Parcours: Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France* (pp. 139-159). Paris: La Découverte.

Dessinges Catherine, “Émotion, collectif et lien social : vers une approche sociologique du don humanitaire”, *Revue du MAUSS* 2008/2 (n° 32), p. 303-321.

Detrez Christine, *La construction sociale du corps*, Paris, Seuil, 2002.

Devereux Georges, *Psychothérapie d'un indien des plaines*, Paris, Fayard, 1982.

Devereux Georges, *La renonciation de l'identité*, Paris, Payot & Rivages, 2009.

Devillard, A. (2019). “L'Allemagne – pays de prédilection pour la médecine alternative. Une vue panoramique.” *Allemagne d'aujourd'hui*, 229, 73-78.
<https://doi.org/10.3917/all.229.0073>

D'Houtaud Alphonse et Fields Mark g., *La santé, approche sociologique de ses représentations et de ses fonctions dans la société*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, 1989.

Diaz Delphine sur Arte, “Faire l'histoire, la frontière de papier”,
<https://www.arte.tv/fr/videos/094484-013-A/faire-l-histoire/>

Diaz Delphine, *Un asile pour tous les peuples ? Exilés et réfugiés étrangers en France au cours du premier XIXe siècle*, Paris, Armand Colin, 2014

Diminescu Dana, “Présentation” dans la *revue Réseaux* n°159, Paris, La Découverte, 2010.

Docteurs Blouses, “L’hôpital malade de l’ ‘efficacité’”, *Revue du MAUSS* 2013/1 (n°41), p. 53-75.

Dodier, N., *Une sociologie du jugement*. Dans : , N. Dodier, *L'expertise médicale: Essai de sociologie sur l'exercice du jugement* (pp. 13-35), Éditions Métailié, Paris, 1993.

Domin Jean-Paul, “Quand l’hôpital se moque de la charité, son compromis fondateur est rompu”, *Revue du MAUSS* 2013/1 (n° 41), p. 41-52.

Douglas Mary, 2001 [1967], *De la souillure. Essai sur les notions de pollution et de tabou*, trad. Anne Guérin, Paris, La Découverte.

Drexler Armelle, “Le défi du recrutement des médecins à diplômes étrangers dans les hôpitaux publics” - Mémoire de l’*École des Hautes Études en Santé Publique* - 2008.

Drulhe, M. (1996). Chapitre 5 - Les styles de vie et leurs implications sanitaires. Dans : , M. Drulhe, *Santé et société: Le façonnement sociétal de la santé* (pp. 267-300). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Dubar Claude, entretien audio, Lyon, SES ENS, 31 mars 2008. Sciences pour tous, “Quand médecins et patients réinventent la santé ensemble”, Lyon, Radio Brume, 13 novembre 2016.

Dubus, P. (2009). “Réflexion sur les tiers-lieux: Signification et effets dans les institutions médico-sociales.” *VST - Vie sociale et traitements*, 103, 18-24. <https://doi.org/10.3917/vst.103.0018>

Durand Antonin, “Migrants et épidémies : une vieille histoire”, in : Annabel Desgrées du Loû (dir.), Dossier “Les migrants dans l’épidémie : un temps d’épreuves cumulées”, *De facto* [En ligne], 18 | Avril 2020, mis en ligne le 10 avril 2020. URL : <http://icmigrations.fr/2020/04/07/defacto-018-05>

Duriez Marc, Lancry Pierre-Jean, Lequet-Slama Diane et Sandier Simone, *Le système de santé en France*, Paris, Puf, 1996.

E

Ehrenberg Alain, *La société du malaise*, Paris, Odile Jacob, 2010.

Einhorn Lou, “Diagnostic final d’un mémoire de Master 2 en psychologie pour Médecins du Monde”, septembre 2013, p. 7.

Elias Norbert, *La société des individus*, Paris, Agora, 1997.

Elias Norbert, *La civilisation des mœurs*, Paris, Calmann-Lévy, 1969.

Elias Norbert, *Logiques de l’exclusion*, Fayard, 1965, Paris

Enjolras Franck, “Soigner en centre de rétention administrative”, *Hommes et migrations* [En ligne], 1282 | 2009.

Esposito Roberto, *Communauté, immunité, biopolitique*, Paris, Les prairies ordinaires, 2010.

Everett C. Hughes, “Les honnêtes gens et le sale boulot”, *Travailler* 2010/2 (n°24), p. 21-34. Cet article a été initialement publié sous le titre Good People and Dirty Work, in *Social Problems*, vol. 10, no 1, p. 3-11, 1962.

F

Fabre Gérard, *Épidémies et contagions*, Paris, Puf, 1998.

Fainzang Sylvie, “L’anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques.” In: *Sciences sociales et santé*. Volume 19, n°2, 2001. pp. 5-28.

Fainzang Sylvie, “Les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l’incohérence des conduites des malades”, In: *Sciences sociales et santé*. Volume 15, n°3, 1997.

Fainzang Sylvie, *La relation médecins-malades : information et mensonge*, Paris, Puf, 2006.

Fainzang Sylvie, *L’intérieur des choses*, Paris, L’Harmattan, 1986.

Fainzang Sylvie, “Médicaments et société. Le patient, le médecin et l’ordonnance”, *Ethnologies*, Presses Universitaires de France, 2001.

Fargues Philippe, “Un million de migrants arrivés sans visa en Europe en 2015 : Qui sont-ils?”, n°532, Paris, *Population & Sociétés* de l’Institut national d’études démographiques, avril 2016.

Fassin Didier. *Quand le corps fait loi. La raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers*. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 19, n°4, 2001. pp. 5-34.

Fassin Didier, “Santé et immigration en France et en Europe”, 1^{ère} journée scientifique Institut convergences migrations, 12 juin 2019, https://www.youtube.com/watch?v=a_wdWJBUJoo&feature=emb_logo.

Fassin, D. (1997). 7 - La santé en souffrance. Dans : Didier Fassin éd., *Les Lois de l'inhospitalité : Les politiques de l'immigration à l'épreuve des sans-papiers* (pp. 107-123). Paris: La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.fassi.1997.01.0107>"

Fassin Didier, “Les politiques de l’ethnopsychiatrie”, *L’Homme*, 153 | 2000, 231-250.

Fassin Didier, *Des maux indicibles, sociologie des lieux d’écoute*, Paris, Alternatives sociales, La Découverte, 2004.

Fassin Didier, Morice Alain, Quiminal Catherine, *Les lois de l'inhospitalité*, Paris, La Découverte, 1997.

Fassin Didier, *Faire de la santé publique*, Rennes, EHESP, 2008.

Fassin Didier et Rechtman Richard, *L’empire du traumatisme, enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion, 2007.

Fassin Didier, *Les nouvelles frontières de la société française*, Paris, La Découverte, 2010.

Fassin D., Eideliman J.-S. (dir.), *Économies morales contemporaines*, Paris, La Découverte, 2012.

Feroni, I. (2004). 14. “La substitution au Subutex[®] en médecine de ville : tension des normes et hétérogénéité des pratiques médicales.” Dans : François-Xavier Schweyer éd., *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (pp. 197-208). Rennes, France: Presses de l’EHESP. doi:10.3917/ehesp.cress.2004.01.0197.

Fernandez Fabrice, Lézé Samuel, Marche Hélène (Eds.), *Le langage social des émotions, Études sur les rapports au corps et à la santé*, Economica Anthropos, Paris (2008). 426 pp.

Ferreira Jaqueline, *Soigner les mal soignés, Ethnologie d'un centre de soins gratuits*, Paris, L'Harmattan, 2004.

Ferreira Jaqueline, "Soigner l'Autre. Ethnologie d'un centre de soins humanitaires en France", *Brasília, ABA, Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology*, v. 4, n. 1., Janvier à juin 2007.

Ferreira Jaqueline, "Soigner l'Autre. Ethnologie d'un centre de soins humanitaires en France", *Brasília, ABA, Vibrant – Virtual Brazilian Anthropology*, v. 4, n. 1., Janvier à juin 2007.

Ferreira Jaqueline, *Soigner les mal soignés, Ethnologie d'un centre de soins gratuits*, Paris, L'Harmattan, 2004.

Fournier Pierre *et al.*, *Introduction Étudier le travail en situation*, in Anne-Marie Arborio *et al.*, *Observer le travail*, La Découverte Recherches, 2008.

Fouré Lionel, "La société biographique: une injonction à Vivre par Isabelle Astier et Nicolas Duvoux", *Philosophoire*, n°27, Paris, 2006.

Fouteau Carine, Lochak Danièle, *Immigrés sous contrôle*, Paris Le Cavalier Bleu, 2008.

France 3 Régions, "Comment ne pas devenir fou ? À Calais, des migrants en détresse psychologique" ; <https://france3-regions.francetvinfo.fr/hauts-de-france/comment-ne-pas-devenir-fou-calais-migrants-detresse-psychologique-1420211.html>

France Inter, "Le Pouvoir du toucher", *La Tête au Carré*, Paris, 3 février 2016.

<https://www.franceinter.fr/societe/les-hotspots-centre-de-tri-ou-centre-d-accueil>

France Inter, "Le Pouvoir du toucher", *La Tête au Carré*, Paris, 3 février 2016.

France Terre d'asile, *Rapport général d'activité*, Paris, 2015.

France Culture, Singaravélou Pierre, Comment un canapé ottoman est-il devenu le symbole de la psychanalyse ?, 40 objets de la mondialisation, 15/07/21.

France Culture, "La relation soignant-soigné, La Fabrique des médecins", *LSD*, 13/11/2017

France Culture, “Malaise dans le monde médical: quels remèdes?”, Paris, *Emission Les Matin de France Culture*, 7 avril 2016.

France Télévisions, France 5, “La santé des migrants, une jungle médicale”, Allô Docteurs, 14/10/2008.

Freidson Eliot, *La profession médicale*, Paris, Payot, 1984.

G

Gabarro Céline, “L’accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion”, Centre d’information et d’études sur les migrations internationales. *Migrations Société*. 2018/1 N° 171 | pages 93 à 104.

Gabarro Céline, “Les demandeurs de l’aide médicale d’État pris entre productivisme et gestion spécifique”, *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 28 - n°2 | 2012.

Gadéa, C. (2013), “Les professions intermédiaires de l’enseignement, de la santé et du travail social comme objet de recherche en sociologie des groupes professionnels.” Dans : Jean-Paul Cadet éd., *Les professions intermédiaires: Des métiers d'interface au coeur de l'entreprise* (pp. 101-120). Paris: Armand Colin. doi:10.3917/arco.guit.2013.01.0101.

Gaille Marie, “De la relégation du corps par les techniques médicales à la relégation du corps par la maladie : un corps en quête de reconnaissance et d’ajustement”, *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem* 2007/1 (N° 1), p. 151-165.

Gaille Marie, “Sortir de la précarité par le soin ? Dévoiler l’invisible ou voir le visible”, *Critique* 2010/5 (n° 756).

Gajac Olivier, “La notion de désaffiliation chez Robert Castel”, *Revue du Mauss*, 28 octobre 2015.

Galitzine-Loumpet Alexandra (Cessma Inalco, Liminal) & Amir Moghani (Cerlom Inalco, Liminal), 28 06 2018, ANR LIMINAL JUNGLE - “DJANGALA” - DJEUNGUEL
<https://liminal.hypotheses.org/276>

Galitzine-Loumpet, A. (2018). “Le livre de ‘la jungle de Calais’ : imaginaires et désobjectivations.” *Journal des anthropologues*, hors-série(5), 99-127.
<https://www.cairn.info/revue-journal-des-anthropologues-2018-5-page-99.htm>.

Gayet-Viaud Carole, “Du passant ordinaire au Samu social : la (bonne) mesure du don dans la rencontre avec les sans-abri”, *Revue du MAUSS* 2010/1 (n° 35), p. 435-453.

Gardella Edouard, Laporte Anne & Le Méner Erwan (2008), “Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri”, *Sciences Sociales et Santé*, 26, 3, 2008, p. 35-46.

Geeraert JérémY, “Le touriste et le réfugié. Logiques de catégorisation des patients migrants et précaires à l’hôpital public”, *Cliniques méditerranéennes* 2016/2 (n° 94), p. 69-82.

Georges-Tarragano Claire *et al.*, “Soigner les migrants dans les PASS. Une pratique spécifique, miroir d’une approche universelle”, *Laennec* 2017/1 (Tome 71), p. 25-37.

Génolini Jean-Paul *et al.*, “‘L’éducation’ du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ?”, *Sciences sociales et santé* 2011/3 (Vol. 29), p. 81-122.

Geremek, *La Potence et la pitié. L’Europe des pauvres, du Moyen Âge à nos jours*, Gallimard, Paris 1987.

Gheorghiu, M. & Moatty, F. (2005). “Groupes sociaux et enjeux de la coopération au travail dans l’industrie”. *Réseaux*, no<(sup> 134), 91-122. <https://doi.org/>

Giroux Fabrice, “Rôle ambigu du certificat médical”, Médecin généraliste et membre du Conseil d’administration de Médecin Du Monde et de Primo, Levi[1] *Rhizome* 21, 2005.

Global trends forced displacement in 2019, produced and printed by UNHCR (18 June 2020).

Godelier Maurice, “Maladie et santé selon les sociétés et les cultures”, in Maurice Godelier, *Maladie et santé selon les sociétés et les cultures*, Presses Universitaires de France “Hors collection”, 2011 (), p. 11-29.

Goffman Erving, *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps* (1963), traduit de l’anglais par Alain Kihm, coll. “Le Sens commun”, Éditions de Minuit, Paris, 1975.

Goffman Erving, *Asiles*, Paris, Le sens commun, 1968.

Goodhart David, *La tête, la main et le cœur*, Paris, Les Arènes, 2020.

Gras, F. (1996). “Communication et déontologie des professions de santé”. *LEGICOM*, 11(1), 13-20. doi:10.3917/legi.011.0013.

Graz Bertrand *et al.*, “Réfugiés, migrants, barrière de la langue : opinion des praticiens sur les moyens d'aide à la traduction”, *Santé Publique* 2002/1 (Vol. 14), p. 75-81.

Grmek, Mirko (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident 3. Du romantisme à la science moderne*. Paris, Seuil, 1999.

Grignon Claude, Passeron Jean-Claude, *Le savant et le populaire, Misérabilisme et populisme en sociologie et en littérature*, Seuil, Paris, 1989.

Grimaldi, A. (2010). “Les différents habits de l’ ‘expert profane’”. *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 91-100. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/seve.027.0091>.

Grimaldi André, “Les hôpitaux en quête de rentabilité : à quel prix ?”, *Revue du MAUSS* 2013/1 (n° 41), p. 25-33.

Grimaldi, A. (2010). “Les différents habits de l’ ‘expert profane’”. *Les Tribunes de la santé*, 27(2), 91-100. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/seve.027.0091>.

Grosjean Oscar, *Victimisation et soins de santé*, Sprimont, Mardaga, 2002.

Gruat Florence, “Une éthique du soin”, in Emmanuel Hirsch, *Traité de bioéthique*, ERES “Poche - Espace éthique”, 2010 (), p. 297-309.

Guenebeaud Camille, “Dans la frontière : migrants et luttes des places dans la ville de Calais”, Thèse en doctorat de géographie sous la direction de Patrick Picouet, *Université de Lille*, 2017.

Gueslin André, *D'ailleurs et de nulle part*, Paris, Fayard, 2013.

Guilloux Ronald, “Le toucher en médecine chinoise”, *Corps* 2006/1 (n° 1), p. 99-106. Guimelli Christian, *Les précurseurs*, dans *La pensée sociale*. Paris, Presses Universitaires de France, “Que sais-je ?”, 1999, p. 26-39.

Guillaume Pierre, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles (1800-1945)*, Paris, Comité d'histoire de la sécurité sociale, 1996.

Guild Elspeth et Didier Bigo, *Schengen et la politique des visas*, Cultures & conflits, Paris, 2003.

Guilloux Ronald, “Le toucher en médecine chinoise”, *Corps* 2006/1 (n° 1), p. 99-106.

Guimelli Christian, *Les précurseurs*, dans *La pensée sociale*. Paris, Presses Universitaires de France, “Que sais-je ?”, 1999, p. 26-39.

H

Hachimi Alaoui Myriam et Alexandra Nacu, “Soigner les étrangers en situation irrégulière”, *Hommes et migrations* [En ligne], 1284 | 2010.

Haberey-Knues V, Heeb JL, Morgan de Paula, “L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier”, *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2013 ; 115 : 8-18.

Hall Edward T. (trad. de l'anglais par Amélie Petita, postface Françoise Choay), *La Dimension cachée* [“The Hidden Dimension”], Paris, Points, 1978 (1^{re} éd. 1971 en français, 1966 en anglais), 254 p. (ISBN 978-2-02-004776-0).

Hannigan A, O'Donnell P, O'Keefe M, MacFarlane A. “How do variations in definitions of “migrant” and their application influence the access of migrants to health care services?” Copenhagen: *WHO Regional Office for Europe*; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46).

Hanus Philippe, Le choléra à nos frontières, petite chronique de l'épidémie de 1884-85 entre la France et l'Italie, *Ethnopôle "Migrations, frontières, mémoires" du centre du patrimoine arménien*, avril 2020.

Hardy, A. (2013). 1. "Du colloque singulier à l'éthique médicale." Dans : , A. Hardy, *Travailler à guérir: Sociologie de l'objet du travail médical* (pp. 23-45). Rennes, France: Presses de l'EHESP.

Hastings, M., Héraud, B. & Kerlan, A. (2018).

Hassin Jacques, thèse "L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable". Le 12 décembre 1996. *Université Paris Descartes*.

Helman André, "L'hôpital compétitif. Et l'humain, dans tout ça ?", *Revue du MAUSS* 2013/1 (n° 41), p. 35-40.

Héran François, https://laviedesidees.fr/migrations-afrique-prejuge-stephen_smith-oracle, "Comment se fabrique un oracle. La prophétie de la ruée africaine sur l'Europe", le 18 septembre 2018.

Héran François, "Crise des migrants : Crise migratoire ou crise européenne ?", La journée "Crise des migrants : décentrer le regard" du 18 mars 2016, à l'Ined, a été co-organisée par Cris Beauchemin (Ined) et Jean-Luc Primon (Unice-iPOPs).

Héran François, "Crise des réfugiés, crise de l'hospitalité", 14 octobre 2016, Collège de France.

Herzlich Claudine, "Vingt ans après... l'évolution d'une épidémie", La revue *Études*, Société d'édition de revues, Paris, 2002.

Herzlich Claudine, "Au croisement de plusieurs mondes : la constitution de la sociologie de la santé en France (1950-1985)", *Revue française de sociologie*, Paris, Presse de Sciences Po, 2010.

Hirsch Emmanuel, *Traité de bioéthique*, ERES "Poche - Espace éthique", 2010 (), p. 84-95.

Hobert, I. (2019). "L'ethnomédecine : guérir grâce au dialogue transculturel". *Allemagne d'aujourd'hui*, 229, 121-124. <https://doi.org/10.3917/all.229.0121>

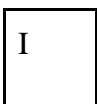
Hochschild Arlie R., “Travail émotionnel, règles de sentiments et structure sociale”, *Travailler* n°9, p. 230, 2003.

Hôpital Avicenne. 29 mai 2018. “Santé des femmes migrantes, ressources et vulnérabilités.

Homan, S. (2009). “Réhabilitation d’une médecine traditionnelle et recompositions identitaires”. *Les Cahiers de l’Orient*, 95, 145-155. <https://doi.org/10.3917/lcdlo.095.0145>

Honneth Axel *La société du mépris*, La découverte, Paris, 2006. Homan, S. (2009). “Réhabilitation d’une médecine traditionnelle et recompositions identitaires”. *Les Cahiers de l’Orient*, 95, 145-155. <https://doi.org/10.3917/lcdlo.095.0145>

Hughes Everett C., *Le regard sociologique*, Paris, Ecole des hautes études en sciences sociales, 1996.



Illich Ivan, *Némésis médicale*, Paris, Seuil, 1975.

Ingleby David, “La santé des migrants et des minorités ethniques en Europe”, *Hommes et migrations*, [En ligne], 1282 | 2009.

Institut convergences migration ; Webinaire “Accompagnement et prise en charge des migrants pendant l’épidémie de Covid 19”, 29 mai 2020. <https://icmigrations.fr/2020/01/08/laide-medicale-detat-favorise-le-tourisme-medical-tour-dhorizon-des-desinfox/>

Ionesco Eugène, *Le rhinocéros*, Paris, Gallimard, 1972.

IRDES, “La santé des migrants”, juillet 2016.

Izambert Caroline, “La santé des immigré.e.es entre réponse médicale et approche sécuritaire”, *La Découverte* | “Mouvements”, 2018/1 n° 93 | pages 51 à 59.

J

Jaeger Marcel, *Usagers ou citoyens ?*, Paris, Dunod, 2011.

Jaeger Marcel, Monceau Madeleine, *La consommation des médicaments psychotropes en prison*, éditions Erès, Ramonville Saint-Agne, 1996.

Jaisson Marie. “L’honneur perdu du généraliste.” In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 143, juin 2002. Médecines, patients et politiques de santé. pp. 31-35.

Jallot Nicolas, “Afghanistan, l’héritage des French Doctors”, France | 2018 | 68 minutes | Beta numérique.

Jaunait Alexandre, “La relation de coopération médicale et l’asymétrie médecin-patient (Commentaire)”, *Sciences sociales et santé*. Volume 25, n°2, 2007.

K

Kalifa Dominique (2013), *Les bas-fonds : histoire d’un imaginaire*, Paris, Le Seuil.

Karsz Saül, *L’exclusion, définir pour en finir*, Paris, Dunod, 2000.

Keck Frédéric, *Les Sentinelles des pandémies : Chasseurs de virus et observateurs d’oiseaux aux frontières de la Chine*, Zones Sensibles, 2020.

Keck Frédéric, *Un monde grippé*, Paris, Flammarion, 2010.

Klingberg Sylvia. “Le sans-frontiérisme et l’intégration planétaire”. In: *L’Homme et la société*, N. 129, 1998. Regards sur l’humanitaire. pp. 29-46.

Kobelinsky Carolina et Makaremi Chowra, *Enfermés dehors, Enquête sur le confinement des étrangers*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, mars 2009. Kotobi, Lkhadir, “Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle”, *Rapport final de la Fondation de France*, À propos de la diversité culturelle dans le soin : la pudeur, mars 2017.

Kotobi, Lkhadir, “Une ethnographie hospitalière autour de la pudeur et de la diversité culturelle”, *Rapport final de la Fondation de France*, À propos de la diversité culturelle dans le soin : la pudeur, mars 2017.

Kouchner *et al.* Bernard, “L’humanitaire a changé le monde”, *Les Temps Modernes* 2004/2 (n° 627), p. 10-21.

L

Laacher Smaïn, *Croire à l’incroyable. Un sociologue à la Cour nationale du droit d’asile*, Paris, Gallimard, 2018.

Laacher Smaïn, *Après Sangatte, nouvelles immigrations, nouveaux enjeux*, La dispute, Paris, 2002.

Laacher Smaïn, *Le Peuple des clandestins*, Paris, Calmann-Lévy, 2007.

Laacher Smaïn, *Ce qu’immigrer veut dire*, Paris, Le Cavalier Bleu, 2012.

Laacher, S. (2005). “Éléments pour une sociologie de l’exil”. *Politix*, 69(1), 101-128. doi:10.3917/pox.069.0101.

Lachenal Guillaume, *Le médicament qui devait sauver l’Afrique. Un scandale pharmaceutique aux colonies*, Paris, La Découverte, 2014.

Lachenal Guillaume, Lefève Céline, Nguyen Vinh-Kim, *La médecine du tri Histoire, éthique, anthropologie*, Science Histoire & Société, Paris, Puf, 2014.

Lachenal Guillaume, “Quand la médecine coloniale laisse des traces”, *Les Tribunes de la santé* 2011/4 (n° 33), p. 59-66.

Laferrière Dany, *L’exil vaut le voyage*, Paris, Grasset, 2020.

Laget Pierre-Louis et Laroche Claude, *L’hôpital en France Histoire et architecture*, Lyon, Lieux Dits Editions, 2012.

Lallier Christian, “Le besoin d'aider ou le désir de l'autre”, *Autrepart* 2007/2 (n°42), p. 91-108.

Lamkaddem M., ML. Essink-Bot, W. Devillé, A.Gerritsen, K. Stronks, “Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process”, *Eur J Public Health*, 2015.

Laplantine François, *La description ethnographique. L'enquête et ses méthodes*, Paris, Colin, 2010.

Laplantine, F. (2003). 13. *Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne*. Dans : Denise Jodelet éd., *Les représentations sociales* (pp. 295-318). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.jodel.2003.01.0295>

Laredj Waciny, *Les fantômes de Jérusalem*, Paris, Sindbad, 2012.

Larre, D. (2004). “Les fonctions de l'acte de soin.” *Laennec*, 52, 46-56. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/lae.042.0046>.

Laubie Raphaëlle, “Le patient connecté ou les métamorphoses de la santé”, Paris, L'expansion management review, n°143, 2011.

Lazarus, A. & Delahaye, G. (2007). “Médecines complémentaires et alternatives : une concurrence à l'assaut de la médecine de preuves ?”. *Les Tribunes de la santé*, 15, 79-94. <https://doi.org/10.3917/seve.015.0079>

Lazzeri Christian et Reynié Dominique, *La raison d'État: politique et rationalité*, Paris, Puf, 1992.

Les archives de la *Voix du Nord*.

Lebas Jacques et Chauvin Pierre, *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998.

Lebas Jacques, *A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital : document de synthèse remis à Madame le ministre de l'emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d'Etat à la santé*, Paris, 1er février 1998.

Le Blanc Guillaume, “La vie hors de soi”, in Fabienne Brugère *et al.*, *Judith Butler*, Presses Universitaires de France “Débats philosophiques”, 2009 (),p. 111-127.

Le Breton, D. (2007). “Pour une anthropologie des sens.” *VST - Vie sociale et traitements*, 96,(4), 45-53. doi:10.3917/vst.096.0045.

Le Breton David, “Éthique des soins en situation interculturelle à l’hôpital”, dans *Traité de bioéthique. II - Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*. Toulouse, ERES, “Poche - Espace éthique”, 2010, p. 106-119.

Le Breton David, “Médecine, corps et anthropologie”, in Emmanuel Hirsch, *Traité de bioéthique*, ERES “Poche - Espace éthique”, 2010 (), p. 74-83.

Le Breton David, *Corps et sociétés, Essai de sociologie et d’anthropologie du corps*, Paris, Librairie des Méridiens, 1985.

Le Breton David, *L’adieu au corps*, Paris, Métailié, 1999.

Le Breton David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Puf, 1990.

Le Breton David, *La sociologie du corps*, Paris, Puf, 1992.

Le Breton David, *La peau et la trace*, Paris, Métailié, 2003.

Le Breton David, *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*, Paris, Métailié, 2015.

Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle, “La santé des étudiants et jeunes médecins”, *La santé des jeunes médecins*, 2016.

Lecarpentier Chloé. “Problématique médicale et sociale d’une vague migratoire nouvelle sur Briançon : bilan d’une année de prise en charge et vécus des parcours de soins.” *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2019.

Leclerc Annette, Kaminski Monique, Lang Thierry, *Inégaux face à la santé*, Paris, La Découverte, 2008.

Le Défenseur des droits, “Exilés et droits fondamentaux : la situation sur le territoire de Calais”, Paris, octobre 2015 [en ligne].

Lert France, “Le rôle propre peut-il fonder l’autonomie professionnelle des infirmières ? (Commentaire)”. In: *Sciences sociales et santé*. Volume 14, n°3, 1996. Définitions et enjeux professionnels autour du soin. pp. 103-115?

Leteurre Hervé et Quaranta Jean-François, *La qualité des soins médicaux*, Paris, Puf, 1999.

Lévy-Vroelant, C. (2016). “Se mouiller au propre comme au figuré. De l’observation à l’ethnographie dans les bains-douches parisiens.” *Espaces et sociétés*, 164-165, 127-142. <https://doi.org/10.3917/esp.164.0127>

Lochak Danièle, Carine Fouteau, *Immigrés sous contrôle*, Paris, Le Cavalier bleu, 2008.

Lopez Delphine, Roperch Camille, “Attentats, les urgences en première ligne”, *France-3 société* 61 min 2016 tous publics. Vidéo sous-titrée.

Loriol Marc. “Sens et reconnaissance dans le travail”. 2011, pp.43-67. ffhalshs-00650279

Loriol Marc, “Éthique et soins en milieu hospitalier : Un regard sociologique”, *EPU du centre Hospitalier de Charleville Mezieres*. Groupe de travail sur l’éthique, May 2012.

Lebas Jacques et Chauvin Pierre, *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998.

Lebas Jacques, *A l’épreuve de la précarité : une certaine idée de l’hôpital : document de synthèse remis à Madame le ministre de l’emploi et de la solidarité et à Monsieur le Secrétaire d’Etat à la santé*, Paris, 1er février 1998.

Le Breton David, *La saveur du monde. Une anthropologie des sens*, Paris, Métailié, 2015.

Lecarpentier Chloé. “Problématique médicale et sociale d’une vague migratoire nouvelle sur Briançon : bilan d’une année de prise en charge et vécus des parcours de soins.” *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2019.

Leteurre Hervé et Quaranta Jean-François, *La qualité des soins médicaux*, Paris, Puf, 1999.

M

Macron Melanie. “Impact de l’erreur médicale sur le médecin généraliste : étude qualitative auprès de 14 médecins de l’Oise.” *Médecine humaine et pathologie*. 2015.

Mamadou Mbaye Elhadji, “La santé des immigrés en France”, Paris, revue *Hommes et Migrations* n°1282, Paris, 2009.

Mandon Daniel, “Culture et changement social”, Lyon, *Chronique sociale*, 1990.

Mankou Brice Arsène, Frontières, “Calais, une prison ouverte pour les migrants”, *Revue Hommes et migrations*, Frontières, numéro 1304, octobre-novembre-décembre 2013, p.35

Massé, R. (2003). “Valeurs universelles et relativisme culturel en recherche internationale : les contributions d'un principisme sensible aux contextes socioculturels.” *Autrepart*, 28, 21-35. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/autr.028.0021>

Marichalar Pascal, Pitti Laure, “Réinventer la médecine ouvrière ? Retour sur des mouvements médicaux alternatifs dans la France post-1968”, *Actes de la recherche en sciences sociales* 2013/1 (n° 196-197), p. 114-131.

Marmilloud Laure, “Prendre soin : plus qu'un métier, une symbolique... pour la société”, in Emmanuel Hirsch, *Traité de bioéthique*, ERES “Poche - Espace éthique”, 2010 (), p. 168-177.

Marranconi, F. & Kerbage Hariri, H. (2017). “Les services de santé mentale pour les réfugiés syriens: Entre politiques de l’humanitaire et politiques du soin.” *Hommes & Migrations*, 1319(4), 87-94. <https://www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2017-4-page-87.htm>.

Martrette Bruno. “Évacuation des camps de migrants à Calais : une hérésie sanitaire.” Publié le 28.05.2014 à 17h06. *Pourquoi docteur ?*

Martuccelli Danilo, *Grammaires de l’individu*, Gallimard, Paris, 2002.

Martuccelli Danilo & Lits Grégoire (2009), “Sociologie, Individus, Épreuves. Entretien avec Danilo Martuccelli”, *Émulations*, 3 (5).(2014). La responsabilisation, nouvelle forme de domination. Dans : Xavier Molénat éd., *L’Individu contemporain: Regards sociologiques* (pp. 206-208). Auxerre, France: Éditions Sciences Humaines.

Martuccelli Danilo, “séminaire de recherche au CERIES”, 22 janvier 2018.

Maurice Stéphanie, “À Calais, le préfet soigne la gale, en vain”. 29 août 2009 à 06:52. *Libération*.

Math Antoine, “Droit à la santé des ressortissants communautaires vivant en France”, *Hommes et migrations* [En ligne], 1282 | 2009.

Maufrais Louis, *J'étais médecin dans les tranchées*, Paris, Laffont, 2008.

Mauger Gérard, “Sociogenèse et usages de la figure du ‘beauf’”, *Sens-Dessous*, numéro 23, 2019.

Mazzella Sylvie, *Sociologie des migrations*, Paris, PUF, 2014.

Mebtoul, M. (2004). 9. Déconstruction des normes professionnelles et discours de « victimisation » des acteurs de la santé (Algérie). Dans : François-Xavier Schweyer éd., *Normes et valeurs dans le champ de la santé* (pp. 135-150). Rennes: Presses de l'EHESP. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/ehesp.cress.2004.01.0135>"

Memmi Dominique, “Le retour de la 3^e classe ? Comment déclasser sans larmes dans le service public”, le 16 octobre 2018 *La Vie des idées*.

Mendy Angèle Flora, *Être médecin africain en Europe*, Préface de François-Xavier Merrien, Paris, Karthala, 2016, 275 p. ISBN 978-2-8111-1579-1

Ménoret-Calles Brigitte, *L'accès aux soins des populations démunies*, Paris, L'Harmattan, 1997.

Mercadier Catherine, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Paris, Seli Arslan, 2008.

Mercuel, A. (2018). “‘Aller vers...’ en psychiatrie et précarité : l'opposé du ‘voir venir...’ !”. *Rhizome*, 68(2), 3-4. doi:10.3917/rhiz.068.0003.

Mestre, C. (2009). “Les certificats médicaux aux étrangers demandeurs d'asile et déboutés : cliniques et politiques”. *L'Autre*, volume. 10(2), 162-170. doi:10.3917/autr.029.0162.

Migrations et Covid-19 : “le grand retour des frontières ?” Le Musée part en live #1. Mercredi 27 mai 2020 à 18h.

Misset Séverine, “Une nouvelle “élite des réprouvés” ? Les bacheliers professionnels industriels devenus ouvriers qualifiés”, *Formation emploi* [En ligne], 131 | Juillet-Septembre 2015, mis en ligne le 15 octobre 2017.

Montagut, M. (2014). I. Des êtres en lambeaux. Dans : , M. Montagut, *L'être et la torture* (pp. 97-129). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Muhlmann Géraldine et Plenel Edwy, *Robert E. PARK, Le journaliste et le sociologue*, Paris, Éditions du Seuil, 2008.

N

Nakano Glenn Evelyn, Traduit de l'anglais (États-Unis) par Séverine Sofio, “Pour une société du care”, *Cahiers du Genre* 2016/3 (HS n° 4), p. 199-224.

Nathan Tobie, *La folie des autres*, Paris, Dunod, 2001.

Noiriel, G. 2001. “Les pratiques policières d'identification des migrants et leurs enjeux pour l'histoire des relations de pouvoir. Contribution à une réflexion en ‘longue durée’”. In Blanc-Chaléard, M., Douki, C., Dyonet, N., & Milliot, V. (Eds.), *Police et migrants : France 1667-1939. Presses universitaires de Rennes*.

Noiriel Gérard, *Le creuset français*, Paris, Seuil, 1988.

Noiriel Gérard, *Réfugiés et sans papiers*, Paris, Pluriel, 2012.

O

Ogien Albert. “L'ordre de la désignation. Les habitués dans les services hospitaliers”. In : *Revue française de sociologie*, 1986, 27-1. pp. 29-46.

OMS, Bureau régional de l'OMS, “Stratégie et plan d'action sur la santé des migrants dans la Région européenne de l'OMS”, Copenhague, 12-15 septembre 2016.

OMS, “Bulletins du Phame”, 2014.

Organisation mondiale de la santé, “Migrations et santé”, *Questions-réponses*, février 2017, <http://www.who.int/features/qa/88/fr/>

Ouédraogo Didier, “Approche philosophique de la maladie en Afrique noire”, in Emmanuel Hirsch, *Traité de bioéthique*, ERES “Poche - Espace éthique”, 2010, (), p. 135-157.

P

Paugam, S. (2002). *La société française et ses pauvres: L'expérience du revenu minimum d'insertion*. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Paquot Thierry, *En lisant Georg Simmel*, Paris, Hermès la Revue, 2012.

Parizot Isabelle, *Soigner les exclus*, Paris, Puf, 2003.

Parizot Isabelle, Chauvin Pierre, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Inserm Questions En Santé Publique, Sciences & Techniques, 2005.

Park Robert, *Le journaliste et le sociologue*, Paris, Seuil, 2008.

Parsons, T. (1951), *The Social System*. Free Press, New York.

Peiretti-Courtis, D., *Corps noirs et médecins blancs: La fabrique du préjugé racial, XIXe-XXe siècles*, La Découverte, Paris, 2021.

Pelloux Patrick, *L'instinct de vie*, Cherche midi, 2017.

Pellerin Denys, “Les erreurs médicales”, *Les Tribunes de la santé* 2008/3 (n° 20), p. 45-56.

Peneff Jean, *L'hôpital en urgence*, Paris, Métailié, 1992.

Peneff Jean. “Le travail du chirurgien : les opérations à coeur ouvert”. In: *Sociologie du travail*, 39^e année n°3, Juillet-septembre. 1997. pp. 265-296.

Pennec, Le Borgne-Uguen, Douguet, *Les négociations du soin, Les professionnels, les malades et leurs proches*, Puf, 2014.

Perez, S. (2006). “Le toucher des écrouelles : médecine, thaumaturgie et corps du roi au Grand Siècle”. *Revue d’histoire moderne & contemporaine*, no 53-2,(2), 92-111.

Périlleux Thomas et Cultiaux John, *Destins politiques de la souffrance*, Erès, Toulouse, 2009.

Perone, N., Filliettaz, S., Budan, F., Schaller, P., Balavoine, J. & Waldvogel, F. (2015). “Concrétiser la prise en charge interdisciplinaire ambulatoire de la complexité”. *Santé Publique*, s1(HS), 77-86. doi:10.3917/spub.150.0077.

Perrigreur Elisa, “Calais, sur la route des passeurs”, *Le Monde*, 2019. https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/06/18/a-calais-sur-la-route-des-passeurs-kurdes_5477664_3224.html,

Pestre Elise, *La vie psychique des exilés*, Paris, Petite bibliothèque Payot, 2014.

Pette, M. (2016). “Venir en aide aux migrants dans le Calais: Entre action associative locale et crise migratoire internationale”. *Savoir/Agir*, 36(2), 47-52. doi:10.3917/sava.036.0047.

Pette, M. (2015). “Les associations dans l’impasse humanitaire ?”. *Plein droit*, 104(1), 22-26. <https://doi.org/10.3917/pld.104.0022>

Pette, M. (2019). “Heurs et malheurs de la cause des migrants à Calais (1994-2016)”. Dans : Annalisa Lendaro éd., *La crise de l'accueil: Frontières, droits, résistances* (pp. 209-230). Paris: La Découverte.

Pettigrew Simone F., “Ethnography and Grounded Theory: a Happy Marriage?”, in *NA - Advances in Consumer Research Volume 27*, eds. Stephen J. Hoch and Robert J. Meyer, Provo, UT : Association for Consumer Research, Pages: 256-260, 2000.

Pian Anaïk, “La fabrique des figures migratoires depuis l’expérience des migrants sénégalais”, *Journal des anthropologues* [En ligne], 118-119 | 2009.

Pierron Jean-Philippe. “Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins”. In : *Sciences sociales et santé*. Volume 25, n°2, 2007. pp. 43-66.

Pierru, F. (2012). “Le mandarin, le gestionnaire et le consultant: Le tournant néolibéral de la politique hospitalière”. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 194(4), 32-51. doi:10.3917/arss.194.0032.

Pignon Baptiste, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine. "Psychoses atténuées et migration : une revue systématique de la littérature scientifique enrichie d'une étude originale." Présentée et soutenue publiquement le vendredi 13 mai 2016 à 18h au Pôle Recherche. Université Lille 2 Droit et santé. Faculté de médecine Henri Warembourg. 2016.

Pirotte Claire et Husson Bernard, *Entre urgence et développement*, Paris, Karthala, 1997.

Piveteau Denis, "Soigner ou Prendre soin ? la place éthique et politique d'un nouveau champ de protection sociale", *Laennec 2009/2 (Tome 57)*, p. 19-30.

Pizzolati Micol, *Migration et services de santé en Italie*, Paris, L'Harmattan, 2013.

Pochard, M. (2011). "Des citoyens et des travailleurs comme les autres ?". Dans : Marcel Pochard éd., *Les 100 mots de la fonction publique* (pp. 27-41). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France.

Pourette Dolorès, "Prise en charge du VIH et de l'hépatite B chronique chez les migrants subsahariens en France : le rôle-clé de la relation médecin-patient", *Santé Publique 2013/5 (Vol. 25)*, p. 561-570.

Prud'homme Dorothée, "La racialisation en urgence. Représentations et pratiques des professionnels hospitaliers à l'égard des patients présumés roms (2009-2012)", 8 décembre 2015.

Q

Quétel Claude, *Histoire des murs*, Paris, Perrin, 2012.

R

Rainhorn Jean-Daniel et Burnier Mary-Josée, *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXIe siècle*, Paris, Puf, 2001.

Rainhorn Jean-Daniel, “Santé internationale et action humanitaire”, *Canal U*, Fondation maison des sciences de l’homme, 9 octobre 2014.

Rammstedt Otthein, “L’étranger de Georg Simmel”, *Revue des Sciences Sociales de la France de l’Est*, 1994.

Raux Mathieu, anesthésiste-réanimateur au centre d’accueil des polytraumatisés, à l’hôpital Pitié-Salpêtrière, Attentats de Paris : “On a soigné des blessés de guerre avec des techniques civiles de pointe”. 27/11/2015. <https://www.aphp.fr/contenu/attentats-de-paris-soigne-des-blesses-de-guerre-avec-des-techniques-civiles-de-pointe>

Rea Andrea et Tripier Maryse, *Sociologie de l’immigration*, Paris, La Découverte, 2008.

Rey Alain (dir), *Dictionnaire historique de la langue française*, Paris, Le Robert, 1992.

Remili Donia. “Violences et souffrances en milieu hospitalier : le cas des infirmiers du gouvernorat de Tunis.” *Psychologie. Conservatoire national des arts et métiers - CNAM ; Université des lettres, arts et sciences sociales - Tunis I. Faculté des sciences humaines et sociales*, 2019.

Reynaud Jean-Daniel. “Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome”. In: *Revue française de sociologie*, 1988, 29-1. Travail : d’autres jalons. Études réunies et présentées par Jean-René Tréanton. pp. 5-18.

Ricard, A. (2020). “Aux bons soins.” *Mémoires*, 77(1), 2-2. <https://www.cairn.info/revue-memoires-2020-1-page-2.htm>.

Ricoeur Paul, “Les trois niveaux du jugement médical”, *La Revue Esprit*, Paris, 1996.

Ritaine, Evelyne, “Blessures de frontière en Méditerranée”, n°99-100, *Cultures et conflits*, Paris, 2015.

Robelet, M., Serré, M. & Bourgueil, Y. (2005). “La coordination dans les réseaux de santé : entre logiques gestionnaires et dynamiques professionnelles.” *Revue française des affaires sociales*, , 231-260. doi:10.3917/rfas.051.0231.

Rodriguez, J. & Tisserand, C. (2021). “Les personnes exilées à la frontière : quand la violence ricoche sur les soignants.” *Rhizome*, 80-81, 33-34. <https://doi.org/10.3917/rhiz.080.0033>

Rodriguez Jacques et Tisserand Chloé, “Vieillir dans l’exil à Calais : l’impossible guérison”, Paris, *Hommes & Migrations* n°,1309, 2015.

Rodriguez, J. & Tisserand, C. (2021). “Les personnes exilées à la frontière : quand la violence ricoche sur les soignants.” *Rhizome*, 80-81, 33-34. <https://doi.org/10.3917/rhiz.080.0033>

Rodriguez Jacques et Tisserand Chloé, “Calais, ‘laboratoire’ d’une médecine de l’exil”, Paris, *Hommes et migrations* n° 1316, 2017.

Rodriguez Jacques et Wachsberger Jean-Michel, “L’automédication en République démocratique du Congo : choix ou contrainte ?” *African Population Studies* Vol. 30, No. I, 2016.

Rodriguez Jacques et Wachsberger Jean-Michel, “L’automédication, une contrainte négociée ? Le cas de la République Démocratique du Congo”, *Actes des Rencontres Nord/Sud de l’automédication et de ses déterminants*, 2015.

Rosman Sophie, *Sida et précarité, une double vulnérabilité*, Paris, L’Harmattan, 1999.

Rossi Ilario, “Médicalisation du mal-être, migration et société”, *Revue des Sciences Sociales*, 2008, n° 39, “*Éthique et santé*”. Priscille Sauvegrain, “La santé maternelle des “Africaines” en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins”, *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 28 - n°2 | 2012, mis en ligne le 10 octobre 2012.

Rousset Hugues, “Introduction : guérir...”, in Nathalie Dumet *et al.*, *Soigner ou guérir ?*, *ERES “L’Ailleurs du corps”*, 2010, p. 11-18.

Ryfman Philippe, *Une histoire de l’humanitaire*, Paris, La Découverte, 2016.

S

Sahraoui Nina, *Borders across Healthcare Moral Economies of Healthcare and Migration in Europe*, New York City, Berghahn Books, 2020.

Saïd Edward W., *L’orientalisme L’Orient créé par l’Occident*, Paris, Seuil, (1980,1997), 2005.

Sainsaulieu Ivan, *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, Paris, L'Harmattan, 2003.

Saliba Jacques, Bon-Saliba Brigitte, Ouvry-Vial Brigitte, *Les infirmières, "Ni nonnes, ni bonnes"*, Paris, Syros, 1993.

Sartre Jean-Paul, *Qu'est-ce que la littérature ?* Gallimard, Paris, 1985.

Sartre Jean-Paul, *L'existentialisme est un humanisme*, Gallimard, Paris, 1996.

Sassier Philippe, Imbert-Huart Marie-José, Lebas Jacques, "La société, l'hôpital et les pauvres", documentaire de François Chantereau, 1996, couleur, 57 min, *Collection Canal du savoir*.

Sauvegrain Priscille, "La santé maternelle des "Africaines" en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins", *Revue européenne des migrations internationales* [En ligne], vol. 28 - n°2 | 2012, mis en ligne le 10 octobre 2012.

Savage Clémence, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine, "Vécu des médecins généralistes face aux retards ou erreurs de diagnostic". Présentée et soutenue publiquement le 13 février 2014 à 18 heures au Pôle Recherche. *Université du droit et de la santé Lille 2*. Faculté de médecine Henri Warembourg. Année 2014.

Sayad Abdelmalek, *La double absence*, Paris, Seuil, 1999.

Sayad Abdelmalek, *L'immigration ou les paradoxes de l'altérité*, Paris, Raisons d'agir, 2006.

Schlegel Vianney, Thèse de sociologie préparée soutenue publiquement le 30/09/2019, Question sociale, question médicale. La professionnalisation de la prise en charge des personnes sans-domicile en France, *Université de Lille Clersé (UMR 8019)* - Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques ED SÉSAM (73) – Sciences économiques, sociales de l'aménagement et du management.

Schrecker, C., *Quelques précisions concernant la notion de communauté*. Dans : Thomas Saïas éd., *Introduction à la psychologie communautaire*, Dunod, Paris, 2011.

Schmoll Camille. "Le corps des autres dans l'Europe des frontières". *Outis. Revue de philosophie (post-)européenne*, 2011, 1, pp.121-128.

Schwartz Rachelin “Le patient syrien”, Israël | 2017 | 55 minutes.

Segrestin, D., *Le Phénomène corporatiste: Essai sur l'avenir des systèmes professionnels fermés en France*, Fayard (programme ReLIRE), Paris, 1985.

Sicard Didier, *La médecine sans le corps. Une nouvelle réflexion éthique*, Paris, Plon, 2002.

Sicard Didier, *L'éthique médicale*, Paris, Que sais-je ? Puf, 2017.

Sicot François et Slimane Touhami, “Les professionnels français de la santé mentale face à la culture de leurs patients d'origine étrangère”, *Anthropologie & Santé* [En ligne], 10 | 2015, mis en ligne le 27 mai 2015, consulté le 24 août 2016.

Simmel Georg, *Les Pauvres*, Paris, Allia, 2009.

Sionneau Sylvain, “Les médecines illégales et les médecines populaires en France au XIX^e siècle, avec l'exemple du Maine-et-Loire”, thèse Université Nantes, Angers, Le Mans, 5 juillet 2013.

Smith Stephen, *La Ruée vers l'Europe. La jeune Afrique en route pour le Vieux Continent*, Grasset, Paris, 2018.

Sola Christel, “Toucher et savoir. Une anthropologie des happerceptions professionnelles”. *ethnographiques.org*, Numéro 31 - décembre 2015. La part de la main [en ligne].

SOS Méditerranée, rapport d'activités annuel France, http://www.sosmediterranee.fr/medias/sos_med_rapport_activites.pdf, 2016.

Soulet Marc-Henry, “La vulnérabilité comme catégorie de l'action publique”, *Pensée plurielle*, 2005/2 no 10, p. 49-59.

Soum-Pouyalet Fanny, *Le risque émotionnel en cancérologie. Problématiques de la communication dans les rapports entre soignants et soignés*, Face à face [En ligne], 8, 2006.

Sournia Jean-Charles, *Histoire de la médecine et des médecins*, Paris, Larousse, 1991.

Stuedler François, *L'hôpital en observation*, Paris, Armand Colin, 1974.

Streiff-Fenart, *La distinction entre réfugiés et migrants fait obstacle au débat démocratique*, Paris, Sciences humaines, 14 octobre 2015.

T

Tabouri Aziz, *L'interprétariat dans le domaine de la santé*, Hommes et migrations, n°1282, 2009.

Tandonnet Maxime, *Géopolitique des migrants, La crise des frontières*, Paris, Ellipses, 2007.

Têtu Marie-Thérèse, "Aller et venir : le rêve des Algériens", *Plein droit* 2011/4 (n° 91), p. 27-30.

Tchobroutsky Georges et Wong Olivier, *La Santé*, Paris, Puf, 1995.

Thomas Hélène, "L'exclusion des pauvres, Exclusion des pauvres. Nouveaux fondements de la lutte contre la pauvreté en France." *Le Seuil*, "Le Genre humain" 2002/2 n°38-39 pages 95 à 112.

Thomas Hélène, *La production des exclus*, Paris, Presses universitaires de France, 1997.

Thomas Hélène, *Les vulnérables, La démocratie contre les pauvres*, Bellecombe-en-Bauges, Editions du Croquant, février 2010.

Thouroude Vanessa, "La situation de communication lors de la consultation médicale avec et sans interprète. Points de tensions et stratégies développées par les interacteurs de la situation de soin", *Cahiers internationaux de sociolinguistique*, 2020/1 (N° 17), p. 145-177.

Thuderoz, C., *Chapitre 1. Qu'est-ce qu'une décision collective ?*. Dans : , C. Thuderoz, *Décider à plusieurs* (pp. 27-59), Presses Universitaires de France, Paris, 2017.

Tiagi Raaj, "Access to and utilization of health care services among Canada's immigrants", *International Journal of Migration, Health and Social Care*, Vol. 12 Issue: 2, pp.146-156, 2016.

Tisserand Chloé, “Immersion dans la permanence d’accès aux soins de l’hôpital”, *La Voix du Nord*, 28 juillet 2014.

Tisserand Chloé, “D’un pays à l’autre, les exilés de Syrie sont devenus les exclus de Calais”, *Hommes & migrations*, 1304 | 2013, 136-139.

Tisserand Chloé, “Médecine à la frontière : le recours aux professionnels de santé afghans en contexte d'urgence humanitaire”, *Revue francophone sur la santé et les territoires* [En ligne], Les circulations en santé : des produits, des savoirs, des personnes en mouvement, mis en ligne le 16 décembre 2019.

Tisserand, C. (2017). “Le camp de la Linière détruit: Les exilés éloignés du littoral”. *Hommes&Migrations*,1319,(4),138-140. <https://www.cairn.info/revue-hommes-et-migrations-2017-4-page-138.htm>.

Tisserand, C. (2018). “Soigner, Porte de la Chapelle, les exilés à la rue.” *Hommes & Migrations*, 1323, 47-53. <https://doi.org/10.4000/hommesmigrations.7247>.

Tisserand Chloé et Rodriguez Jacques. “Frontières et médicaments. Soigner à la frontière. La délivrance de médicaments aux exilés dans les PASS du nord de la France.” 2021. *Socio-anthropologie N° 43*, 1er semestre - Grand Format. Médicaments et frontières. Johanne Collin.

Todd Emmanuel, *Le destin des immigrés*, Paris, Seuil, 1994.

Touré Laurence, “La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Perceptions sur les politiques d’exemption de paiement des soins au Mali”, *Afrique contemporaine 2012/3 (n° 243)*, p. 49-63.

Tribalat Michèle, *Les yeux grands fermés, L’immigration en France*, Paris, Denoël, 2010.

Tripier Maryse, *L’évolution conceptuelle en sociologie de l’immigration en France*, Paris, Recherches, Armand Colin, 2012.

Tronto Joan C., “Du care”, *Revue du MAUSS* 2008/2 (n° 32), p. 243-265.

Y

Younos C., R. Soulimani, N. Seddiqi, O. Et al., 2005, Étude ethnobotanique et historique des tamaris (*Tamarix sp.*, tamaricaceae) et leurs usages actuels en Afghanistan. *Phytothérapie*. Vol 3, pp. 248-251.

V

Vallet Elisabeth, *Borders, Fences and Walls. State of Insecurity?*, Ashgate, coll. Border Regions Series, 2014.

Vallot Pauline, “Déclassement professionnel et fragilité des privilèges en migration”, in : Eren Akin, Théotime Chabre, Claire Cosquer, Saskia Cousin, Vincente Hugoo, Brenda Le Bigot et Pauline Vallot, Dossier “Migrer sans entraves”, *De facto* [En ligne], 27 | Juillet 2021.

Valluy Jérôme, *Introduction : L'Europe des camps. La mise à l'écart des étrangers*, Cultures & conflits, 2005.

Vassy Carine, “L'organisation des services d'urgences, entre le social et le sanitaire”, *Mouvements 2004/2 (n° 32)*, p. 67-74.

Veïsse Arnaud, “Exclus des politiques de santé publique”, *Revue Plein droit n°101*, Paris, juin 2014.

Verspieren Patrick, “L'hospitalité au cœur de l'éthique du soin”, *Laennec 2006/4 (Tome 54)*, p. 33-49.

Vidal Laurent (2003). “De l'universalisme au relativisme en éthique: échanges autour de l'exemple du sida en Côte d'Ivoire.” *Autrepart*, 28, 55-69. <https://doi-org.ressources-electroniques.univ-lille.fr/10.3917/autr.028.0055>

Vidéo du Webinaire HEALTH “Accompagnement et prise en charge des migrants pendant l'épidémie de Covid 19”, 29 mai 2020. <https://icmigrations.fr/2020/06/05/conf-webinaire-health-29-mai-2020/>

Vigarello Georges, *Le propre et le sale*, Paris, Seuil, 1985.

Vigarello Georges, *Histoire des pratiques de santé. Le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Points, 1999.

Vincent Gilbert, “À la croisée de l'éthique et du politique : don et institution, selon Ricoeur”, *Le Portique* [En ligne], 26 | 2011.

W

Weissman Elisabeth, *La désobéissance éthique*, Paris, Stock, 2010.

Wihtol de Wenden Catherine, “Les migrations internationales, un enjeu pour le XXI^e siècle”, Calais, *Conférence de l'UTL*, 13 novembre 2017.

Wihtol de Wenden Catherine et De Tinguy Anne, *L'Europe et toutes ses migrations*, Bruxelles, Editions Complexe, 1995.

Wihtol de Wenden Catherine, *Faut-il ouvrir les frontières ?*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2013.

Wihtol de Wenden Catherine, *Le droit de migrer*, Paris, CNRS Éditions, 2013.

Wihtol de Wenden Catherine, *La question migratoire au XXI^e siècle*, Paris, Les Presses de Sciences Po, 2013.

Wluczka Marc, “Du contrôle sanitaire à la prévention, les enjeux de la santé des migrants”, *Les Tribunes de la santé* 2007/4 (n° 17), p. 39-45.

Worms Frédéric, *Le moment du soin, à quoi tenons-nous ?* Paris, Puf, 2010.

Z

Zielinski Agata, “La vulnérabilité dans la relation de soin. “Fonds commun d’humanité”,
Cahiers philosophiques 2011/2 (n° 125), p. 89-106.